

PONENCIAS Y CONCLUSIONES SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

20
21

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía



RED REGIONAL
CONTRA LA SOLEDAD
NO DESEADA



PONENCIAS Y CONCLUSIONES SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

ÍNDICE

Documento para el debate: un estímulo para la reflexión	- 4 -
Últimos avances de investigación en materia de soledad	- 10 -
Soledad diferencial entre hombres y mujeres	- 22 -
Soledad en las residencias y en los domicilios	- 31 -
Soledad en las personas cuidadoras	- 40 -
Escuchar la voz de las propias personas mayores para actuar contra la soledad	- 49 -
Intervención ante la soledad no deseada desde Atención Sanitaria Primaria de la Comunidad de Madrid.....	- 59 -
Estrategia municipal contra la soledad emocional o relacional en las personas mayores	- 70 -
El programa Siempre Acompañados	- 79 -
El programa Radars: un abordaje comunitario de la soledad	- 87 -
Conclusiones.....	- 95 -

Documento para el debate: un estímulo para la reflexión

El 16 de noviembre de 2021 tuvo lugar el *Simposio Soledad no deseada en las personas mayores*, organizado por la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia, de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Este evento, que se configuraba como punto de partida inicial de la *Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada*, iniciativa liderada por la Comunidad de Madrid, pretendía posibilitar un espacio de encuentro en el que poder profundizar y reflexionar sobre la soledad no deseada en las personas mayores, los diversos aspectos y características diferenciales que se relacionan con la experiencia de vida en soledad y llevar a cabo un recorrido por una serie de experiencias exitosas de trabajo en red para paliar la soledad y reducir el aislamiento social.

En el lugar de celebración del Simposio, auditorio del Centro de Alzheimer Reina Sofía, se contó con la valiosa asistencia presencial, aforo completo, de numerosos profesionales y voluntariado procedentes de diversas administraciones públicas, entidades del tercer sector, entidades privadas de servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio, entre otras, interesados en profundizar en la temática y actuar de forma conjunta y coordinada a través de la citada Red, para evitar las situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

El seguimiento del evento pudo ampliarse, a su vez, a un número mayor de personas que asistieron ese mismo día en directo, de forma virtual a distancia, por vía telemática, a través de la grabación en *streaming*.

En la carpeta de documentación que se entregó en el encuentro a todos los asistentes presenciales se incluyó el "*Documento para el debate: Un estímulo para la reflexión*", constituido por una serie de cuestiones que pudieran servir de punto de partida y estímulo para realizar una reflexión previa individual y, posteriormente, una reflexión conjunta en el turno de preguntas y debate del Simposio. A continuación, se muestra los contenidos del citado Documento para el debate:

PRESENTACIÓN Y MARCO DE DESARROLLO DEL SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

La soledad, sobre todo la que se debe a la distancia entre los contactos, las relaciones y las interacciones sociales deseadas y las reales, es una experiencia de marcada vivencia individual, y sus efectos sobre el bienestar, calidad de vida y salud de las personas, han sido puestos de manifiesto en muchas investigaciones.

Una persona mayor que vive sola es potencialmente vulnerable a determinados riesgos que pueden llegar a limitar su bienestar, especialmente cuando ésta es una situación no deseada. A medida que la edad se incrementa, aumenta también el riesgo de experimentar sentimientos de soledad.

Por otra parte, estas situaciones se dan en mayor proporción entre las mujeres. Como se nos ha recordado recientemente (Rodríguez Rodríguez, 2021) "entre las personas que tienen de 65 a 79 años la vivencia de experimentar sentimientos de soledad afectaba al 9,2% de los hombres y al 23,0% de

las mujeres, pero dichos porcentajes se elevan para el segmento de 80 y más años al 13,4% y 31,7%, respectivamente”.

Se han identificado distintos motivos que llevan a las personas a vivir en la modalidad de hogar unipersonal, pudiéndose agrupar en dos claramente diferenciados (López Doblas, 2005):

- La obligación circunstancial, que puede derivar de distintos hechos, como la falta de recursos o la pérdida de la pareja y otras redes de apoyo/ familiares.
- La voluntad personal, que se traduce en preferir vivir en el propio domicilio o en el entorno conocido.

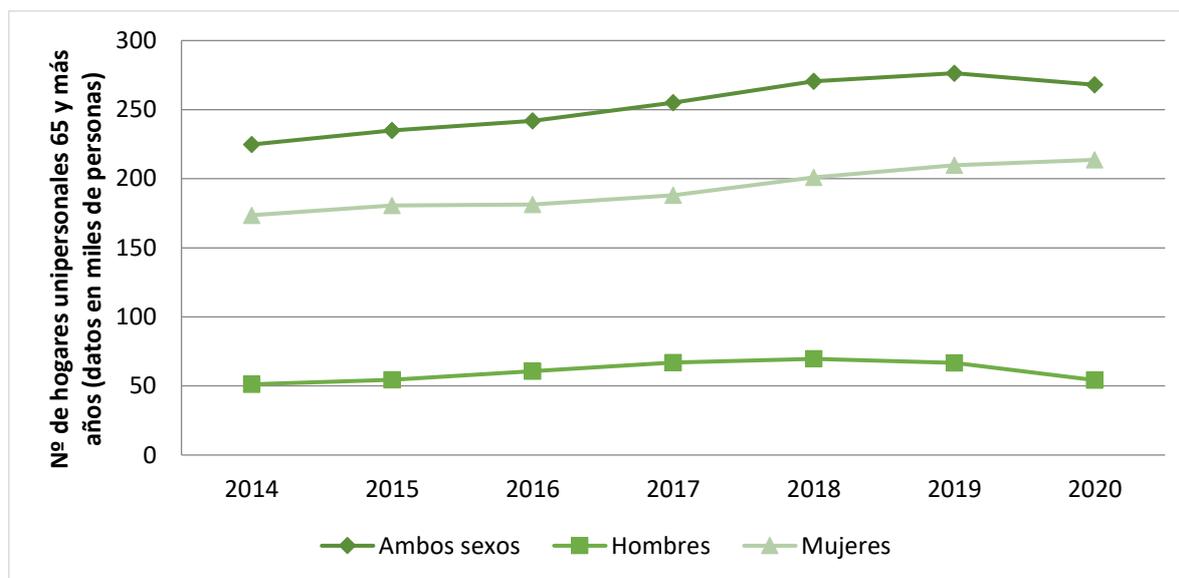
Aunque residir en hogares unipersonales no implica, a priori, una calidad de vida inferior a la vida en compañía, distintos autores e instituciones (Pinazo Hernandis et al., 2018; OMS, 2015; Koopman-Boyden y Moosa, 2014; López Doblas, 2005) nos recuerdan diferentes factores que, a menudo, son concomitantes a la vida en solitario:

- Empeoramiento de la salud.
- Problemas de accesibilidad dentro y fuera del hogar.
- Reducción de relaciones afectivas.
- Distanciamiento de los hijos/as.
- Déficit de interacciones sociales y escasa o nula participación social.
- Pérdida de poder adquisitivo.
- Aumento de la probabilidad de sufrir pobreza energética.
- Aumento de sentimientos de inseguridad y/o miedo ante accidentes.
- Falta de habilidades/conocimientos para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.

Sin duda, algunos de estos factores pueden agudizar el sentimiento de soledad aunque se viva con otras personas.

Actualmente, más de 2 millones de personas por encima de 65 años viven solas en nuestro país. Concretamente, en la Comunidad de Madrid, casi una de cada cuatro personas mayores vive sola en su domicilio y las proyecciones demográficas anuncian que esta relación aumentará, llegando a alcanzar casi al 30% para el 2030 según el Instituto Nacional de Estadística.

La situación de vulnerabilidad es especialmente relevante en el caso de las mujeres (como se refleja en la Gráfica 1), pues estas suelen llegar a la vejez en peores condiciones económicas que sus coetáneos varones ya que las pensiones de jubilación que perciben suelen ser más bajas que las de los hombres y son las principales destinatarias de las de viudedad y no contributivas, lo que conlleva que, si no disponen de otros recursos, sean un colectivo de riesgo de pobreza (Blázquez, 2019; Rodríguez Rodríguez, 2021).



Gráfica 1.- Número de hogares unipersonales en la CAM (datos en miles de personas) según sexos. Periodo 2014-2020.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística, 2020.

Teniendo en cuenta esta situación sociodemográfica actual y las previsiones futuras, que afectan a todas las sociedades occidentales, se considera necesario desarrollar políticas adecuadas y diversas para paliar la soledad no deseada de las personas mayores.

Desde distintos ámbitos (López Doblas, 2005; Alonso López, 2008; Organización Mundial de la Salud, 2015; Thomas, 2015; Pinazo Hernandis et al., 2018) se nos recuerda la conveniencia de desarrollar una diversidad de fórmulas y programas que busquen combatir la soledad no deseada de las personas mayores de manera integral y hacerlo también de manera personalizada teniendo en cuenta las preferencias de dichas personas. En este sentido, la aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona -MAICP- ofrece una metodología muy apropiada para orientar las actuaciones y programas que se realicen.

Entre otras diversas actuaciones, la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia, de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, lidera una iniciativa de creación de una Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada. Se trata de aglutinar un conjunto de entidades, fundamentalmente Administraciones y entidades del Tercer Sector, que tienen como fin actuar de forma conjunta y coordinada para evitar las situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

Esta iniciativa de trabajo en red se fundamenta en el conocimiento de la importancia que tiene ofrecer una diversidad de recursos, de forma coordinada e integrada, para dar respuesta a los distintos perfiles existentes en el heterogéneo colectivo de personas mayores que viven en situación de soledad no deseada.

En el *Simposio sobre la Soledad No Deseada en las Personas Mayores*, enmarcado en la mencionada Red Regional, se pretende describir, profundizar y reflexionar sobre los diversos aspectos que se relacionan con la experiencia de vida en soledad de las personas mayores y la identificación de iniciativas y proyectos en red para reducir el sentimiento de soledad no deseada y el aislamiento social. En este encuentro se invita a los participantes a profundizar en la conceptualización de la soledad y su problemática asociada en sus diversas variables diferenciales (hombres, mujeres, grupos de edad, nivel de renta, formación...) y escenarios (domicilio, residencias...), así como a realizar una revisión de las intervenciones de trabajo en red:

Los objetivos específicos de dicho Simposio son:

- Conocer, a través de personas expertas de reconocido prestigio, los aspectos más relevantes del problema de la soledad no deseada en las personas mayores en la Comunidad de Madrid.
- Conocer diversas experiencias exitosas de trabajo en red contra la soledad no deseada en las personas mayores.

El mencionado simposio va dirigido a profesionales y voluntariado de organizaciones del tercer sector, de la administración y de empresas de servicios, cuya actividad esté relacionada con los principales ejes de actuación en soledad no deseada de las personas mayores y que tengan especial incidencia o puedan ser aplicados en la Comunidad de Madrid.

ANEXO

CUESTIONES PARA EL DEBATE Y LA REFLEXIÓN CONJUNTA QUE SE PROPONEN

Agradeciendo de antemano su inestimable participación y asistencia en el Simposio, a continuación, exponemos una serie de cuestiones que puedan servirle de punto de partida y estímulo para realizar una reflexión previa individual y, posteriormente, una reflexión conjunta en el turno de preguntas y debate del Simposio:

2.1. CONCEPTO Y CARÁCTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

- 2.1.1. ¿Realmente las personas mayores son conscientes del impacto en su bienestar y calidad de vida que conlleva vivir en situación de soledad no deseada?
- 2.1.2. ¿Y la sociedad en general, está concienciada ante esta situación?
- 2.1.3. ¿Por qué va a más la incidencia de personas mayores que viven solas y les gustaría vivir en compañía?
- 2.1.4. ¿Qué puede hacer la sociedad para cambiar esta tendencia?
- 2.1.5. La soledad no deseada ¿Es un problema específico de la vejez que sólo nos debe ocupar y preocupar cuándo somos mayores de 60 años?

- 2.1.6. ¿Estar en situación de dependencia, tener algún tipo de discapacidad me hace más vulnerable a encontrarme en una situación de soledad no deseada?
- 2.1.7. Ser mujer mayor de 60 años me hace más proclive a vivir en situación de soledad no deseada?
- 2.1.8. ¿Es lo mismo vivir en situación de soledad no deseada en un contexto urbano que en un contexto rural?

2.2. PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA A NIVEL INDIVIDUAL Y COLECTIVO

- 2.2.1. ¿Se puede prevenir la soledad no deseada?
- 2.2.2. Todavía soy joven ¿Cómo puedo sentar las bases en mi vida para que cuando cuente con más de 60 años no me encuentre en una situación de soledad no deseada?
- 2.2.3. ¿Es útil hablar y concienciar sobre la soledad no deseada a los alumnos en centros escolares de Primaria, Secundaria y Universidades?
- 2.2.4. ¿Cómo puede prevenir una persona la soledad no deseada antes de la jubilación? ¿Y a partir de los 65 años?
- 2.2.5. ¿Qué se puede hacer, desde la sociedad en su conjunto, para prevenir la soledad no deseada en los domicilios?
- 2.2.6. ¿Qué se puede hacer, desde la sociedad en su conjunto, para prevenir la soledad no deseada en las personas cuidadoras de otras personas en situación de dependencia?
- 2.2.7. ¿Qué se puede hacer, desde la sociedad, para prevenir la soledad no deseada en las personas mayores que viven en residencias u otras instituciones?

2.3. DETECCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

- 2.3.1. ¿Podemos afirmar que una persona que vive sola en contra de su deseo es suficientemente consciente de este hecho e identifica adecuadamente las consecuencias que esto puede tener en su salud y calidad de vida?
- 2.3.2. ¿Cuáles son los indicadores de alarma que me deben avisar que estoy viviendo en una situación de soledad no deseada?
- 2.3.4. ¿A quién podría acudir si tengo más de 60 años y me encuentro en situación de soledad no deseada?
- 2.3.5. ¿Cómo detectar de forma centralizada, coordinada e integral, para la posterior derivación e intervención eficiente, a las personas que viven en situación de soledad no deseada?
- 2.3.6. ¿Cómo se pueden detectar situaciones de soledad no deseada en personas mayores que residen en sus domicilios?
- 2.3.7. ¿Cómo se pueden detectar situaciones de soledad no deseada en personas que llevan a cabo de cuidados de larga duración de familiares en situación de dependencia?

- 2.3.8. ¿Cómo se pueden detectar situaciones de soledad no deseada en las personas mayores que viven en residencias y otras instituciones?

2.4. INTERVENCIÓN ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

- 2.4.1. Si ya soy consciente de que estoy viviendo en una situación de soledad no deseada ¿Qué puedo hacer a nivel individual si tengo más de 60 años?
- 2.4.2. ¿Cómo se puede intervenir ante situaciones de soledad no deseada en personas mayores que residen en sus domicilios?
- 2.4.3. ¿Cómo se puede intervenir ante situaciones de soledad no deseada en personas que llevan a cabo de cuidados de larga duración de familiares en situación de dependencia?
- 2.4.4. ¿Cómo se puede intervenir ante situaciones de soledad no deseada en las personas mayores que viven en residencias y otras instituciones?
- 2.4.5. ¿Qué agentes, instituciones y organismos han de estar coordinados y trabajar de forma integral para intervenir ante casos de soledad no deseada en personas mayores?
- 2.4.6. ¿Cómo se ha de articular este trabajo en red, para que realmente las acciones de intervención ante casos detectados de soledad no deseada resulten eficientes?
- 2.4.7. ¿Intervenir ante la soledad no deseada es algo que debe recaer exclusivamente en organismos públicos, entidades empresariales de servicios de teleasistencia, apoyo a domicilio o entidades del tercer sector?
- 2.4.8. ¿Qué se puede hacer desde los núcleos familiares para intervenir ante la soledad no deseada de los miembros de más de 60 años?
- 2.4.9. ¿Qué se puede hacer desde el tejido comercial de barrio, tiendas de proximidad u otros elementos propios de contextos urbanos y rurales para intervenir ante casos de soledad no deseada en personas mayores?
- 2.4.10. Si vive en solitario en una vivienda, ¿cree que le iría bien compartirla con otra persona que también busque compañía y poder repartirse los gastos comunes entre este conviviente y usted?
- 2.4.11. ¿Qué inconvenientes o problemas ve que puede tener esta opción de vivienda compartida?

Últimos avances de investigación en materia de soledad

Autora: Sacramento Pinazo Hernandis

Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología. Profesora Titular de Psicología Social, Universidad de Valencia.

Sacramento.Pinazo@uv.es



**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**ÚLTIMOS AVANCES DE INVESTIGACIÓN
EN MATERIA DE SOLEDAD**

Sacramento Pinazo-Hernandis
Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología.
Profesora titular de Psicología Social, Universidad de Valencia.

1.INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN

¿Qué hace que unas personas vivan con más bienestar a lo largo de su vida y tener una vida más longeva? Las investigaciones dicen que el secreto está en las buenas relaciones sociales, y así aparece en los resultados del *Estudio Longitudinal de Harvard* (Waldinger y Schulz, 2010), entre otros. El estudio afirma que los beneficios de crear vínculos personales plenos son muy grandes: ayuda a retrasar el deterioro cognitivo, mantiene la memoria, a tener un buen sueño reparador, y controla el estrés. Es más, cuando se trata de longevidad, la felicidad es un indicador más fiable que la predisposición genética. Según Waldinger, las personas que estaban más satisfechas con sus relaciones cuando tenían 50 años, estaban más sanos con 80 años.

Mucho se ha escrito sobre el funcionamiento social, porque es un determinante importante de la felicidad en las personas en general y en las personas mayores en concreto. Las relaciones sociales pueden moderar el impacto de los acontecimientos vitales de las personas como las transiciones evolutivas, los momentos de crisis, los problemas de salud. Las conexiones sociales son muy positivas a lo largo de la vida. Somos seres interdependientes o, visto de otro modo, la falta de relaciones, la soledad, mata.

Las relaciones con otras personas son importantes: nos ayudan a formar nuestra identidad, nos ayudan en la socialización. Se ha encontrado una importante relación entre el contacto con amigos y vecinos y la soledad, y esta relación es mayor incluso que la que se encuentra con las relaciones con familiares e hijos adultos. Esto parece indicar que tener contacto con amigos y vecinos reduce más los sentimientos de soledad en las personas mayores que tener contacto con la familia. Pero no solo es importante tener muchas personas en nuestras redes de relación o redes sociales; es más importante aún la calidad de esas relaciones. La intimidad, la confianza, el respeto mutuo, son los aspectos cualitativos de las relaciones. Hablamos de tamaño de la red social cuando nos referimos al número de miembros con los que una persona tiene relaciones directas, próximas y significativas, y de aspectos funcionales de la red social, como el intercambio de apoyo y recursos entre la persona y los miembros de su red social. Los estudios dicen que los aspectos cualitativos de las relaciones sociales son más importantes para reducir la soledad que la cantidad de relaciones.

Durante el envejecimiento se producen cambios en las redes sociales debido a que las personas experimentan pérdidas de otras personas significativas de su red social y familiar y también pérdidas de salud y de roles sociales que pueden conllevar situaciones de discapacidad y dependencia.

Varios estudios de intervención han demostrado que amistades estimulantes y aumentar el apoyo de las redes sociales son medidas exitosas para reducir la soledad, de modo que el apoyo social emocional es un elemento protector (Ellwardt, Aartsen, Deeg y Steverink, 2013). También, **aquellas intervenciones que sean educativas y se realicen en grupos específicos son más eficaces para aliviar la soledad y el aislamiento social** (Cattan, White, Bond, y Learmouth, 2005; Pinazo-Hernandis, 2021b).

Fue Frieda Fromm-Reichman (esposa de Erich Fromm) quien en 1959 definió la soledad como una emoción dolorosa que surge al ser conscientes de la ausencia de contactos significativos con otros. Poco saben los científicos sobre la soledad -decía-, al meter en el mismo cesto conceptual de soledad: aislamiento, soledad o soledad autoimpuesta, soledad obligada o no elegida, soledad real...

La soledad es la discrepancia entre las relaciones que una persona tiene y las que desearía tener. La soledad es una experiencia subjetiva y desagradable resultado de la percepción de unas relaciones sociales deficitarias (De Jong Gierveld, 1987). Es, por tanto, una evaluación cognitiva. No es solo el resultado de la ausencia de personas alrededor sino la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones existentes. Y esta sensación es desagradable y vivida por cada persona de un modo diferente. La soledad ocurre cuando se pierden contactos sociales y cuando las relaciones que se tienen no proporcionan intimidad, confianza, ...apoyo suficiente. Todos necesitamos de la interacción porque somos seres sociales e interdependientes. Ya decía John Bowlby que necesitamos de los vínculos de apego porque nos dan seguridad.

La soledad es un estado emocional, un sentimiento y una dinámica relacional, una percepción negativa, pero también es algo cognitivo por ser el resultado de una evaluación que uno hace de las relaciones que tiene o ansía.

La soledad es compleja de definir, es multidimensional. El hecho de vivir solo en la vejez es considerado un factor de riesgo, pero no es el único ni lo es siempre (Pinazo-Hernandis, y Donio-Bellegarde, 2018). **Cuando queramos evaluar la soledad e intervenir sobre ella deberemos tener esto presente: hay muchas y diversas vivencias de la soledad y además pueden cambiar a lo largo de la vida.**

A continuación, vemos algunas definiciones de distintos tipos de soledades.

a. Soledad social y soledad emocional.

Weiss en 1973 diferenció dos tipos de soledad: la **soledad social**, que es la ausencia de una red social satisfactoria y la **soledad emocional**, cuando la persona carece de relaciones de intimidad y cercanía con otras personas.

b. Soledad objetiva y soledad subjetiva

Pero también podemos distinguir otros dos tipos de soledad: una que tiene que ver con condiciones objetivas o reales de soledad por el hecho de vivir solo o estar aislado socialmente, **soledad objetiva**, y la experiencia psicológica desagradable que surge al percibir déficits en las relaciones sociales, **soledad subjetiva**.

c. Soledad y aislamiento social

Vivir solo y sentirse solo no son lo mismo. Soledad y aislamiento social tampoco son lo mismo. **Aislamiento social** se refiere a la ausencia de relaciones, y puede ser debida a diferentes causas. La realidad es que se puede estar solo, aislado y marginado y no existir soledad y al contrario. **Si**

queremos abordar la soledad en el ámbito comunitario, no podemos partir solo de “un listado de las personas que viven solas”.

d. Soledad elegida y soledad forzada o no deseada

A veces, la soledad es una elección (**soledad elegida** o **solitud**), buscada, positiva, e incluso enriquecedora, pero otras veces la soledad es un sentimiento muy doloroso para quien no lo desea. Se llama solitud a la elección de estar solo; es la soledad en positivo. Muchas personas disfrutan de su tiempo solas, pues ayuda a reflexionar sobre lo sucedido en el día, a mantener la calma, a crear... En cambio, la **soledad no deseada** es la que vive alguien que desearía tener compañía pero no la tiene, soledad desesperante de quien se siente rechazado por la sociedad, olvidado. No se siente útil ni extrañado por nadie.

e. Soledad ¿algo propio de la vejez?

Cada vez va a ser mayor el grupo de personas mayores de 65 años. Cada vez es más indiscutible la necesidad de nuevos y diferentes recursos que permitan a las personas envejecer participando de la vida social y comunitaria como lo puede hacer cualquier otro grupo de edad. Ni deben ni pueden ser marginadas ni invisibles. Falta todavía trabajar mucho para reducir la imagen estereotipada de las personas mayores y visibilizar más su contribución social pasada y presente. Todavía hay mucho por hacer para desterrar el *edadismo* -entendido como la actitud discriminatoria relacionada con la edad- y la *infantilización* con la que muchas personas mayores son tratadas. Falta también implementar más modelos de cuidados centrados en el buen trato, el respeto y la dignidad de las personas mayores, *Centrados en la Persona*. Edadismo, infantilización, discriminación, maltrato se relacionan con soledad porque muchas personas sienten que la sociedad les excluye (Pinazo-Hernandis, 2016).

La soledad no solo afecta a las personas mayores o durante la vejez. Es algo que nos acompaña a lo largo de la vida y debemos aprender a vivir con ella. La soledad no tiene edad, tal y como dice el estudio realizado por el Observatorio de la Soledad de la Fundación Amics de la Gent Gran en Cataluña, que aconseja no estigmatizar la soledad para que de este modo sea más fácil pedir ayuda y así minimizar el impacto de la soledad no deseada.

f. ¿Más soledad desde la COVID-19?

Durante la pandemia por COVID-19 todas las personas hemos tomado mayor conciencia de la importancia de las relaciones sociales, sobre todo de las relaciones sociales cara a cara. Las medidas sanitarias impuestas por la cuarentena, la distancia física, el confinamiento, han hecho aumentar la soledad en las personas de todo el mundo. Algunos autores han evaluado recientemente la prevalencia de soledad y está claro que ha aumentado, y parece que ha aumentado aún más en los jóvenes, y no tanto en las personas mayores, pero a todas las personas ha afectado (Pinazo-Hernandis, 2020a; Pinazo-Hernandis y Romero, 2020; Pinazo-Hernandis, 2021a).

g. La soledad ¿un problema social?

Vivimos en sociedades individualistas cada vez más conectadas por la tecnología, que, paradójicamente cada vez están más desconectadas. Tenemos muchas herramientas digitales para relacionarnos con otras personas, robots sociales. Cada vez se habla más de la tecnología para la soledad y los cuidados. El robot *Pepper* es capaz de tener una conversación con un tema elegido por la persona; *Zora* y *Asimo*, son robots humanoides que conversan. El robot *Héctor*, ha sido diseñado para ayudar a la interacción social y disminuir el aislamiento de las personas con deterioro cognitivo leve. El robot foca *Paro* ha sido utilizado para la interacción con personas que viven en centros residenciales. *Sophie* es un robot con forma humanoide diseñada para atender y adaptarse al comportamiento humano, imita gestos humanos y expresiones faciales. Pero ansiamos más que nunca el afecto y calor humanos (Pinazo-Hernandis, 2021d).

Decía Zygmunt Baumann (2000) que vivimos en sociedades líquidas, inciertas, frágiles, llenas de transformaciones en el ámbito laboral, en las familias, en las relaciones, en donde no es fácil encontrar el compromiso de y con el otro. Vivimos en una sociedad separada y segmentada por generaciones. Según el Barómetro del CIS (2018) el 62% de las personas mayores no se relacionan con personas menores de 35 años que no sean sus familiares (6 de cada 10) y solo el 35% de los jóvenes (18-24 años) dicen relacionarse con alguna persona mayores que no sea de su familia. Necesitamos mejorar el contacto entre las personas a lo largo de la vida y la cohesión entre generaciones. Justamente el *Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030*, que tiene como base la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento (2002) y el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud y se relaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propone entre sus retos: aumentar el compromiso, la solidaridad intergeneracional, la inclusión y la equidad, y no dejar a nadie atrás. Muchos retos quedan por delante (Pinazo-Hernandis, 2021c).

La soledad es un problema social (Blackpool, Gjøvik, y Tokyo, 2018), desde luego, pero también es un problema de salud (Worland, 2015), como veremos a continuación.

2. SOLEDAD Y SALUD

La soledad tiene repercusiones en la salud cuando se convierte en un estado crónico y persistente (Yanguas, Pinazo y Tarazona, 2018). Afecta a los mecanismos neurobiológicos al igual que ocurre con el miedo o estrés: incrementa la hipervigilancia, se relaciona con depresión, ansiedad, problemas de alimentación e incremento de ideas suicidas. Fue Holt-Lunstad y su equipo (Holt-Lunstad, Smith, y Layton, 2010) quienes al realizar un meta-análisis en 2015 sobre 3.407.134 participantes dijeron que la soledad incrementa el riesgo de mortalidad en un 26%, es decir más problemas de salud que los producidos por el sedentarismo, la obesidad o el abuso de tabaco.

a. Salud mental y soledad. La soledad se relaciona con problemas de salud mental (Bound, 2018): sentirse solo es ocho veces más probable en personas diagnosticadas con problemas de salud mental; soledad se relaciona con depresión; y también se relaciona la soledad con un mayor riesgo de suicidio.

b. Uso de servicios. La soledad se ha asociado positivamente con mayor uso de servicios de salud, con problemas de salud mental, con afecto negativo, estados emocionales displacenteros, como miedo, ansiedad, pesimismo, y baja autoestima, mayor riesgo de enfermedades, declive funcional y mortalidad y, negativamente, con la satisfacción con la vida.

c. Inactividad física y sedentarismo. La soledad se ha relacionado con mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, mayor sedentarismo y fragilidad. La soledad aumenta la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico (hipertensión arterial, altos niveles de glucosa, altos niveles de triglicéridos, bajos niveles de colesterol HDL y exceso de grasa abdominal) y esta relación es independiente de la edad. La soledad aumenta la presión sanguínea sistólica y esto es algo acumulativo que se manifiesta a largo plazo y aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas coronarias. Ante las mismas horas de sueño, las personas que refieren sentir soledad durante el día permanecen más tiempo en la cama despiertas y tienen un peor funcionamiento diario, que se caracteriza por tener baja energía, altos niveles de sueño y fatiga.

d. Depresión y soledad. La soledad también se relaciona con la sintomatología depresiva y la salud mental (trastornos de personalidad y psicosis, suicidio, deterioro cognitivo, aumento del riesgo de enfermedad de Alzheimer, disminución del control ejecutivo). La soledad tiene un papel etiológico en el inicio de la depresión y aumenta los síntomas depresivos pero lo cierto es que quizás soledad y depresión se hallan en un ciclo de retroalimentación que se refuerza mutuamente, pues la soledad no solo aumenta los síntomas depresivos sino que también aumenta el estrés percibido, la ansiedad, y disminuye el optimismo y la autoestima (Cacioppo, Hawkley, y Thisted, 2010). **Si la relación entre depresión y soledad está clara como argumentan diferentes investigaciones las intervenciones en soledad deberán tener en cuenta el objetivo de mejorar el estado afectivo** (Cohen-Mansfield, y Perach, 2015). El tipo y el tamaño de las redes sociales tienen un papel en la relación que se establece entre soledad y depresión. Algunas investigaciones asocian una red social pequeña con un riesgo tres veces mayor de sentirse solo tanto en hombres como en mujeres (Zebhauser et al., 2014) y estar insatisfecho con la frecuencia de contactos sociales (de familiares o amigos) es predictor significativo de sentimientos de soledad. Son muchas las situaciones o cambios, como la jubilación, la viudedad o la salida de los hijos del hogar, los que pueden contribuir a que las personas mayores se sientan solas. La muerte del marido o la esposa y de los amigos junto con la desconexión social después de la jubilación, son algunos de los eventos que cambian la vida y contribuyen a la soledad en las personas mayores. De estos tres factores, el que tiene un mayor peso en sentirse solo es la pérdida del cónyuge o pareja. Parece ser que tener pareja es el factor fundamental para no sentirse solo, independientemente de la edad.

e. Soledad y demencia. Sentirse solo más que estar solo se asocia con un mayor riesgo de demencia y puede ser señal de un estadio prodrómico de demencia, independientemente de la enfermedad

vascular, depresión y otros factores. **Por ello, es necesario realizar más investigación que ayude a identificar a las personas en riesgo y desarrollar intervenciones adecuadas.**

f. Soledad y mala salud percibida. La soledad se relaciona con una salud percibida negativa. Las personas mayores que sufren soledad tienen un 60% de probabilidad de percibir su salud como mala. Esta percepción junto con las consecuencias objetivas para la salud, puede ser una de las causas del aumento de la utilización de los recursos sanitarios (visitas frecuentes a los servicios de urgencias hospitalarias y a los centros de atención primaria, así como una mayor probabilidad de ingreso hospitalario y en residencias de personas mayores) que se dan entre la población mayor que presenta soledad.

3. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SOLEDAD

Los factores de riesgo y de protección de la soledad pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa del desarrollo, ocurren riesgos, sucesos, situaciones (normativas o no normativas) y algunas se pueden cambiar pero hay otras que no se pueden cambiar, y es necesario aprender a vivir con ellas.

Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo; al igual que algunos factores de protección. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra. Hay mucho de valoración subjetiva e impacto diferencial. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona se sienta sola y los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Los factores de riesgo pueden influir en la vivencia de la soledad de varias maneras. Cuanto más sean los riesgos a los que está expuesta una persona, mayor será la probabilidad de que se sienta sola. Pero el hecho de que concurren estas circunstancias no significa que necesariamente la persona se sienta sola, pero sí aumentan la probabilidad de que lo sea. Es decir, no existe una relación de relación causal directa sino de probabilidad estadística.

Los factores sociales y las barreras del entorno son las variables de más peso como causantes de la soledad, y por esa razón, la identificación de los factores de riesgo puede servir para prestar mayor atención e indagar con mayor profundidad en los casos concretos en que concurren y así realizar prevención.

Son muchos los factores de riesgo: acontecimientos vitales, relacionados con la estructura social, factores intrapersonales, factores interpersonales, factores relacionados con el ambiente social (Pinazo-Hernandis, 2020c). Algunos de ellos aparecen en la siguiente tabla:

Sociodemográficos	Salud	Psicológicas, emocionales y cognitivas	Sociales
Edad (más edad)	Baja salud percibida	Altos niveles depresión	Vivir solo
Género (ser mujer)	Baja capacidad funcional	Deterioro cognitivo (hasta GDS 6 aprox.)	Poca calidad y cantidad de relaciones familiares
Estado Civil (viudedad)	Problemas de movilidad	Baja satisfacción con la vida	Poca calidad y cantidad de relaciones sociales
Bajo estatus socioeconómico	Déficit sensorial (visual, auditivo)	Bajas autoestima	Baja participación social
Lugar de vida (institucionalizado)		Bajos niveles de autoeficacia	Poca inclusión social
		Eventos estresantes negativos	Ser cuidador/a

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Factores más relevantes relacionados con la soledad en personas mayores

Victor, Scambler, Bowling, y Bond, (2005) examinaron la prevalencia de la soledad en las personas mayores en Gran Bretaña, y la compararon con los resultados de los estudios realizados durante los últimos cincuenta años. Los autores identificaron seis factores de vulnerabilidad para la soledad: el estado civil (estar viuda/o), el aumento de la soledad en la década anterior, el aumento del tiempo de soledad en la década anterior, los problemas de salud mental, el mal estado de salud actual y la mala salud percibida y comparada.

El descubrimiento que hicieron los autores de **diferentes trayectorias de soledad sugiere que las políticas e intervenciones en soledad deben reflejar la variabilidad de maneras de ser vivida la soledad y por eso respuestas genéricas, globales, e indiferenciadas no serán ni apropiadas ni eficaces.**

Se ha estudiado tanto la calidad de los contactos sociales, entendida como el apoyo emocional que se recibe a través de las relaciones sociales, como la cantidad del contacto social, entendido como la frecuencia de contacto con personas que sirven de apoyo social. Ambas cualidades (calidad y cantidad o apoyo emocional y apoyo social) se han relacionado con la soledad (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007), aunque se ha observado que la calidad del contacto social (apoyo emocional) está más relacionada que la cantidad (apoyo social) con la soledad en personas mayores, por lo que, tal y como afirman Pinquart y Sorensen (2001) cuanto mayor es el apoyo emocional, mejor.

Realizar actividades sociales o de ocio se ha asociado negativamente con la soledad, es decir, cuanta menor actividad social o de ocio se realiza mayores niveles de soledad. Además, un dato llamativo que se ha encontrado de manera consistente en la literatura es que las personas que ven mucho la televisión se sienten más solas, por lo que la televisión no parece una buena estrategia para aliviar la soledad.

Los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con las personas que nos rodean y esta necesidad (*necesidad de afiliación*), es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes. A menudo, para satisfacer esta necesidad nos involucramos en la actividad y en la interacción social (Ryan y Deci, 2001), porque al estar implicados en la interacción social nos sentimos

valiosos, necesitados y percibimos que nuestras vidas tienen sentido y si además recibimos apoyo social a través de estas interacciones, nos sentimos queridos y cuidados, aspectos que nos protegen de experiencias emocionales desagradables que podrían ir vinculadas a depresión y soledad. Ante las circunstancias adversas, las relaciones sociales actúan como amortiguadores (Chen y Feeley, 2014). Los hallazgos sobre las diferencias de género en la experiencia de la soledad en mayores son escasos y algunos contradictorios, pero la mayoría de estudios han demostrado que las mujeres dicen sentirse más solas y esto es así también en nuestro contexto cultural (Domènech-Abella et al., 2017), pero quizás por otras variables estructurales ligadas al género: la peor salud de las mujeres, la peor salud percibida, la mayor discapacidad en la vejez, la mayor posibilidad de enviudar y el hecho de vivir solas, entre otros...

Dahlberg y McKee (2014), proporcionaron apoyo empírico para la separación conceptual de la soledad emocional y social. Ser hombre, estar viudo/a, tener peor bienestar, baja autoestima, bajos ingresos, poco contacto con la familia, poco contacto con amigos, poca actividad, baja percepción de integración comunitaria y recibir la atención de la comunidad fueron predictores significativos de soledad social. Y por otro lado, viudedad (reciente), bajo nivel de bienestar, baja autoestima, tener restricciones para la actividad, bajos ingresos y no recibir ayuda o atención de los cuidados informales fueron predictores significativos de la soledad emocional. La soledad social apareció determinada por el género, la frecuencia de contacto familiar (semanal), el contacto con miembros no familiares (dos veces por semana), la actividad, la integración comunitaria y la recepción de atención por parte de la comunidad fueron significativos. La soledad emocional solo apareció determinada por el estado funcional y la recepción de cuidados informales. Además, este estudio sugiere que la viudedad puede ser más relevante que el género como un factor explicativo para la soledad.

Aunque la mayoría de los estudios muestran que las mujeres informan de soledad en mayor grado que los hombres, la prevalencia general de soledad severa muestra poca diferencia entre hombres y mujeres, desafiando el estereotipo de que la soledad es una experiencia específicamente femenina, pues se ha visto que cuando se controlan los análisis teniendo en cuenta el estado civil, la edad y la forma de vida o convivencia (vivir sólo), el sexo ya no se asocia de forma independiente con la soledad. La soledad pues, no tiene género, ni edad. Pero los motivos por los que hombres y mujeres se sienten solos son diferentes; así, las mujeres tienen una mayor probabilidad de sentirse solas cuando carecen de interacciones emocionales cercanas, mientras que los hombres se sienten solos cuando se sienten privados de las interacciones de grupo. Las mujeres están más dispuestas a admitir sus sentimientos de soledad que los hombres, que no tienden a expresar públicamente sus sentimientos. Y en relación a las redes sociales, la soledad en los hombres está fuertemente asociada con la calidad de la relación con su pareja y confidente; en cambio, en las mujeres, es la evaluación subjetiva de su red en general la que se asocia con la soledad (De Jong-Gierveld, van Tilburg y Dykstra, 2006).

El uso de los recursos para combatir el sentimiento de soledad también difiere según el género, tendiendo por tanto, los hombres a las actividades más relacionales fuera del ámbito doméstico,

mientras que las mujeres se refugian más en la búsqueda de apoyo en la familia y en el interior del hogar.

Todas estas investigaciones acerca de la relación entre factores de riesgo y soledad son de mucha utilidad para emprender programas de prevención e intervención y es interesante revisarlas antes de emprender nuevos planes de acción.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blackpool, Gjøvik, Tokyo (2018). Loneliness is a serious public-health problema. [*The Economist*].
<https://www.economist.com/international/2018/09/01/loneliness-is-a-serious-public-health-problem>
- Baumann, Z (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bound, F (2018). Loneliness is a modern illness of the body, not just the mind [*The Guardian*].
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/nov/01/loneliness-illness-body-mind-epidemic>
- Cacioppo, JT, Hawkley, LC, Thisted, RA (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology & Aging*, 25, 2, 453-63. doi: 10.1037/a0017216.
- Cattan, M, White, M, Bond, J, Learmouth, A (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25 (81), 41-67. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Chen, Y, Feeley, TH (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. doi: 10.1177/0265407513488728
- CIS (2018). *Barómetro marzo. Estudio 3207*. CIS
- Cohen-Mansfield, J, Parpura-Gill, A (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19 (2), 279-294.
- Cohen-Mansfield, J, Perach, R (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons. A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29 (3), e109-e125.
<https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Dahlberg, McKee, KJ (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging and Mental Health*, 18(4). DOI: 10.1080/13607863.2013.856863
- De Jong Gierveld, J (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128.
- De Jong-Gierveld, J, van Tilburg, TG, Dykstra, PA (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman, y A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Uribe LA, Ayuso-Mateos JL, Mundó J, Haro JM (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 52(4): 381-390. doi: 10.1007/s00127-017-1339-3

- Ellwardt L, Aartsen M, Deeg D, Steverink N (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Soc Sci Med*, 98:116-124. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.002
- Pinazo-Hernandis, S (2016). Es el nuestro un país para viejos? *El diario.es*, 6 mayo 2016. https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/arguments/pais-viejos_132_4010024.html
- Pinazo-Hernandis, S (2020a). Impacto psicosocial del COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55 (5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pinazo-Hernandis, S (2020b). Intervenciones en soledad. (pp. 161-189). En J Yanguas (ed), *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación bancaria la Caixa.
- Pinazo-Hernandis, S (2020c). La soledad de las personas mayores. En: IMSERSO, *Informe 2018. Las personas mayores en España*. IMSERSO.
- Pinazo-Hernandis, S (2021a). La soledad, la distancia física, el confinamiento y sus repercusiones en el bienestar de las personas mayores que viven en residencias. *Agora FGCSIC*, 5 mayo 202. https://publicaciones.fgcsic.es/files/documentos-publicos/AgoraFGCSIC/14_SACRAMENTO_PINAZO-HERRANDIS.pdf
- Pinazo-Hernandis, S (2021b). Intervenciones con personas en situación de soledad. En: Pilar Rodríguez Rodríguez, Toni Vilà Mancebo y Clarisa Ramos Feijóo (coors), *Modelo de atención integral y centrada en la persona*. Tecnos.
- Pinazo-Hernandis, S (2021c). Davant la revolució de la longevitat, molts reptes a la la Comunitat Valenciana. *Saó*, 472, 37-39.
- Pinazo-Hernandis, S (2021d). Cómo queremos ser cuidados. *Del Amo (ed), Cuidadores y cuidados. Aspectos bioéticos*. Universidad Pontificia de Comillas.
- Pinazo-Hernandis, S, Donio-Bellegarde, M (2018). *La soledad de las personas mayores*. Fundación Pílares.
- Pinazo-Hernandis, S, Romero, J (2020). Les conseqüències socials i psicosocials de la pandèmia i els reptes a les polítiques públiques de la Comunitat Valenciana. *Saó*, 460, 25-27
- Pinquart, M, Sorensen, S (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4):245-266. doi: 10.1207/153248301753225702
- Ryan, RM, Deci, EL (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Victor, C, Scambler, S, Bowling, A, Bond, J (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357–375. doi:10.1017/S0144686X04003332.
- Weiss, RS (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- Worland, J (2015). Why Loneliness May Be the Next Big Public-Health Issue [Time]. <https://time.com/3747784/loneliness-mortality/>

Yanguas, J, Pinazo-Hernandis, S, Tarazona, F. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomed*, 89(2):302-314. doi: 10.23750/abm.v89i2.7404.

Waldinger, R, Schulz, M (2010). What's Love Got To Do With It?: Social Functioning, Perceived Health, and Daily Happiness in Married Octogenarians. *Psychology and Aging*, 25(2):422-31. doi: 10.1037/a0019087

Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Häfner S, Lacruz ME, Emeny RT, Döring A, Grill E, Huber D, Peters A, Ladwig KH (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(3): 245-252. doi: 10.1002/gps.3998

Soledad diferencial entre hombres y mujeres

Autor: Juan López Doblas

Profesor titular Universidad de Granada. Investigador en Sociología del Envejecimiento y de la Familia.

jdoblas@ugr.es



**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**SOLEDAD DIFERENCIAL
ENTRE HOMBRES Y MUJERES**

Juan López Doblas
Profesor titular, Universidad de Granada.
Investigador en Sociología del Envejecimiento y de la Familia.

A CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES

Consejería de la Presidencia,
Administración Pública e Interior



ugr | Universidad
de Granada

JUAN LÓPEZ DOBLAS

SOCIÓLOGO, PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

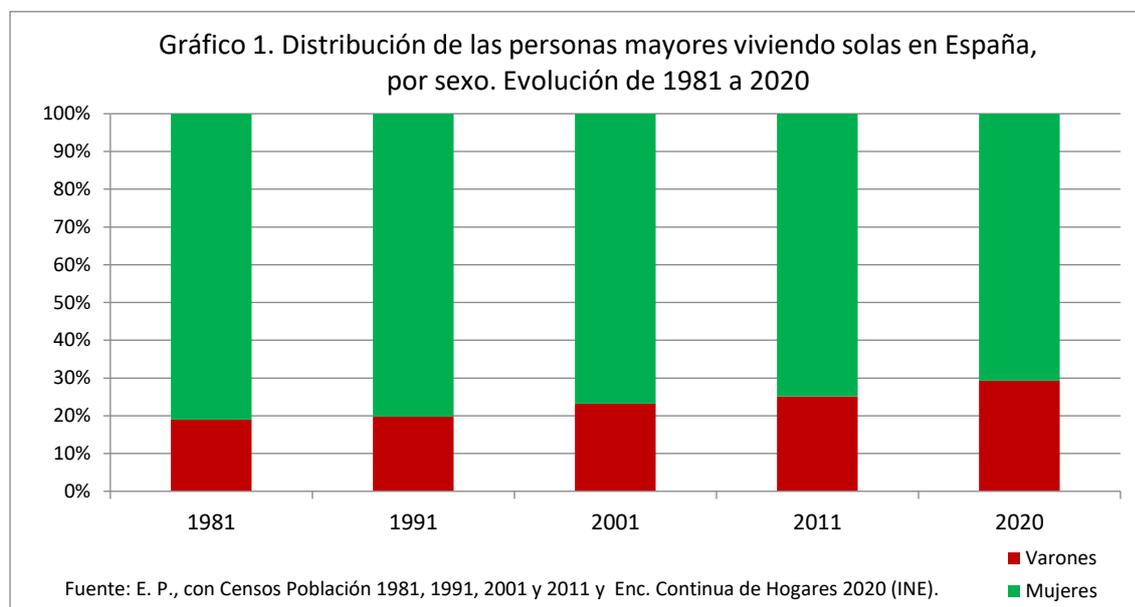
Presenta resultados del proyecto de investigación denominado: “**Personas mayores en soledad. Problemas cotidianos y mejora de su calidad de vida**” (PRY186/19), que está financiando por la Fundación Centro de Estudios Andaluces (Junta de Andalucía).

Duración: 15 de junio de 2020 a 14 de junio de 2022.

Tema: **Pautas diferenciales en la incidencia de la soledad en mujeres y varones**

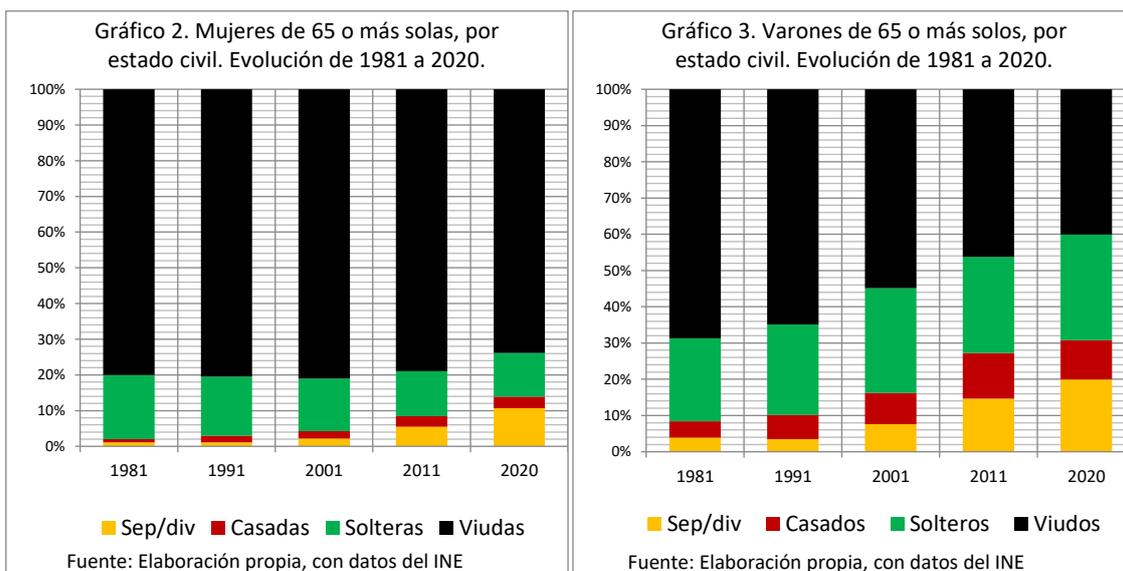
a) A nivel estadístico, existen dos aspectos que conviene tener en cuenta en cuanto a la composición de la población mayor solitaria, por sexo:

1º. En ella continúan predominando las mujeres, pero TENDENCIA 1: los varones vienen adquiriendo desde hace décadas un protagonismo creciente---→ En 2020 representan el 29,11%, que es el valor más alto registrado desde que disponemos de información al respecto (gráfico 1).



2º. Por estado civil, existe mucha más diversidad entre varones que entre mujeres. Pero TENDENCIA 2: aunque continúan siendo clara mayoría los casos de viudez, se registra un firme auge de los de separación o divorcio, en ambos sexos.

El estado civil de las personas mayores solas difiere significativamente según se trate de varones o mujeres. Entre las mujeres (gráfico 2), la proporción de viudas se mantiene elevadísima: el 73,85%. Aparte, existe un 12,27% de solteras, un 10,70% de separadas o divorciadas y un 3,18% de casadas (lo son de derecho, pero seguramente estén separadas de hecho). Sin embargo, entre los varones (gráfico 3), los viudos 'apenas' constituyen el 40,08%, de manera que es mucho más relevante la presencia de solteros (29,16%), de separados o divorciados (19,90%) e incluso de casados (10,86%).



3º. TENDENCIA 3: compartida por la población solitaria masculina y femenina, pero de gran importancia. En lo que va de siglo XXI, ambas están registrando un fuerte proceso de envejecimiento demográfico: las personas de 80 o más años ganan bastante peso estadístico, sea entre las mujeres (suponen alrededor del 47%), como entre los varones (en torno al 37%).

b) A nivel cualitativo. Nos basamos en el análisis preliminar de los resultados de las **61 entrevistas** que hemos realizado (hasta el momento) en la fase cualitativa (y principal) del estudio llamado: **“Personas mayores en soledad. Problemas cotidianos y mejora de su calidad de vida”**. Perfiles entrevistados:

- 46 Mujeres:

- 6 solteras. De ellas: 2 en capitales de provincia y 4 en resto de la provincia.
- 38 viudas, 18 en capitales y 20 en resto provincia.
- 2 separadas o divorciadas, 1 en capital y 1 en resto provincia.

- 15 Varones:

- 3 solteros. De ellos: 2 en capitales de provincia y 1 en resto provincia.
- 8 viudos, 2 en capitales y 6 en resto provincia.
- 4 separados o divorciados, 3 en capitales y 1 en resto provincia.

Los testimonios recogidos ponen de relieve que la vivencia de la soledad por parte de las mujeres y de los varones es diferente en bastantes aspectos:

A) El sentimiento de soledad tiene a veces su base en el déficit de apoyo instrumental (condiciones materiales de vida).

- Considerando que no tienen pareja y que viven solas en casa, para muchas personas mayores las necesidades no cubiertas (reales o percibidas) motivan el sentimiento de soledad. Pero, por lo que hemos constatado en nuestro trabajo de campo, ello es más frecuente que ocurra entre los varones que entre las mujeres. Varios factores a tener en cuenta:

- Para satisfacer necesidades materiales que pudieran tener, disponer de hijas cerca (o de hijos, aunque en menor medida) es un recurso más decisivo para los varones que para las mujeres. Aportan una ayuda a diario (o prácticamente a diario) en muchas tareas domésticas y en los cuidados de salud que puedan existir.

- Muchos viudos, sobre todo en el medio rural, que es donde se da más proximidad residencial, reclaman a la familia el apoyo instrumental que necesitan. Las viudas, en cambio, prefieren 'aguantar' más (por no 'molestarles', aunque tengan necesidad) y echar mano de este recurso más adelante, si dejan de valerse por sí mismas.

- Los varones solteros (no tienen descendientes) y los divorciados (escasez relacional conflictos) carecen de este recurso. Entre ellos, así como entre los viudos sin hijas o hijos viviendo en el entorno, hemos encontrado casos de necesidades básicas no cubiertas (alimentación, higiene, salud). Y tienden a admitir que sufren sentimientos de soledad.

He aquí dos ejemplos. Uno corresponde a un varón soltero, con graves problemas de movilidad:

No, porque es que hay amigos... es que hay amigos que me dicen: 'si me necesitas para algo, me llamas. Si me necesitas para algo me llamas'. Luego, echo mano y ninguno puede.

...

Te dicen: 'Que me llames, como no me avises... Como yo me entere de que te pasa algo y no me avisas...'; les digo: 'sí, ya te avisaré'. Luego les llamo y ninguno puede.

Pues vaya. ¿Y usted, WMWM, se siente solo?

¿Eh?

Si se siente solo.

Sí (Varón soltero urbano, sin hijos, 73 años).

Otro, a un varón divorciado con varios ictus y sin ningún tipo de vínculos familiares (solo tiene relación con un sobrino que vive a más de 300 kilómetros de distancia:

Yo tengo la cabeza todavía amueblada y sé las cosas que están bien y las que están mal. Pero lo que pasa es que dice uno: 'bueno, ¿y para qué mierda estoy yo en esta vida?'

¿Eso dice usted?

¿Para qué cojones está uno aquí? Para estar nada más que sufriendo... A veces me han dado ganas hasta de tirarme por la ventana.

¡Anda ya, hombre!

¡Lo que le estoy diciendo!

Eso es... muy duro.

Pues coger y decir: 'bah, yo me voy a tirar y aquí se termina todo' (Varón urbano, 65 años, divorciado, con una hija a la que no ve desde hace 15 años. Varios ictus).

- En este sentido, la falta de apoyo instrumental provoca situaciones de desesperación en algunas personas, a veces dramáticas. Y un sufrimiento de la soledad profundo, silencioso e indefenso. En nuestro estudio, es algo que hemos constatado en algunos varones, pero en ninguna mujer.

- Los varones expresan una mayor propensión a la institucionalización en el futuro que las mujeres. Incluso los viudos.

- Muchas mujeres (pocos varones) declaran haber cuidado en el pasado de familiares enfermos o ancianos (padres, madres, hermanos, hermanas, descendientes o el propio cónyuge). Esta experiencia les está sirviendo (o servirá) para afrontar las necesidades propias de salud (autocuidado, diálogo con el médico, etc.).

- Los varones, en cambio, poseen una mejor posición económica, y pueden afrontar con más medios la contratación de ayuda profesional en tareas domésticas. Pero, aun así, falta el componente emocional en el cuidado, que es clave contra el sentimiento de soledad cuando se tienen necesidades instrumentales.

B) El sentimiento de soledad tiene a veces su base en el déficit de apoyo emocional. Se aprecia sobre todo en las personas viudas. A tener en cuenta:

- Los varones soportan peor la pérdida del cónyuge que las mujeres. Muchos viudos, sobre todo recientes, expresan tener problemas de adaptación a la vida en solitario. Existe una base material en ello, capaz de activar el vacío emocional y, por ende, la aparición del sentimiento de soledad.

Y ahí nos vamos apañando, con la soledad. Que es lo peor que nos puede pasar a las personas, la soledad.

¿Qué es la soledad?

¿La soledad...?, que te veas solo y que... Yo ahora voy a mi casa, yo hoy tengo la comida preparada, ahora llego y te pones a comer solo. Que a lo primero no era comer, era agua salada... Hasta que ya te acostumbras y ya está. ¡Y qué vamos a hacer! (Varón rural, 82 años, con hija e hijo pero ambos fuera)

- Las mujeres expresan más sentimientos de apego emocional que los varones por la vivienda. Hemos encontrado más casos de varones que han cambiado de domicilio no hace mucho, e incluso que viven de alquiler, sobre todo en el medio urbano.

- Los varones dedican menos tiempo a hacer las tareas domésticas cotidianas que las mujeres. Si no se tiene actividades en el exterior, o no se puede salir (pandemia) ello puede llegar a ser una desventaja frente al sentimiento de soledad.

- Personas viudas. Cuando se les pregunta por el matrimonio que tuvieron, los varones son casi unánimes en sus respuestas: prima el grato recuerdo e incluso la añoranza. En cambio, las mujeres hacen una valoración más diversa (dispar calidad en su relación matrimonial, incluyendo algunas experiencias de maltrato y de violencia).

- En general, si se tienen familiares en el entorno, las mujeres hacen por verlos a diario (trato personal) en mayor medida que los varones (pueden pasar días o semanas sin el trato cara a cara).

- Frente a lo que señalábamos antes al referirnos a las fuentes de apoyo instrumental, a nivel emocional (y a nivel relacional), tener hijas cerca es un recurso más decisivo para las mujeres que para los varones.

- En los días laborables, hay viudas que cocinan e invitan a comer a casa a algún descendiente. Esta práctica no la hemos recogido en ningún varón. Ello les permite relacionarse de continuo, y suelen ser fuente de apoyo emocional.

- Las mujeres se declaran en general más religiosas, y obtienen de ello una fuente de apoyo emocional en casa (sus creencias, los rezos) y de apoyo social en el exterior (actividades ligadas a la práctica religiosa). Los varones, más dispares en este sentido (casos de ateísmo declarado, casos de misa frecuente).

C) El sentimiento de soledad también puede estar motivado por la escasez de apoyo social, en último extremo al aislamiento. Factores a considerar, que suelen diferenciar a mujeres y varones:

- El vecindario es un recurso mucho más habitual y efectivo (a nivel emocional y social) para las mujeres que para los varones. Tanto en el medio rural como en el urbano.

- Para las mujeres rurales, en particular, el vecindario es un recurso fundamental contra la soledad, que muchos varones rurales desaprovechan.

- Algo parecido ocurre con respecto a las redes de amistad: las de los varones suelen ser más reducidas en cantidad y más superficiales en calidad. Desde luego, posee un alcance mucho limitado para paliar el sentimiento de soledad que las redes de las mujeres.

- Los varones, en general, se declaran reacios a desahogarse emocionalmente con sus amistades (o en el marco vecinal). Esto no lo hemos apreciado entre las mujeres. He aquí un testimonio significativo:

¿Y cuando usted necesita hablar con alguien, contarle sus penas...?

¿Yo?, mis penas me las trago. Que... ¿para qué voy darle a nadie motivos de mis penas? A mí eso no me va a desahogar. Mis penas me las trago yo y ya está, y ahí se quedan.

...

MMMW, ¿se siente usted solo?

¡Hombre, hombre. Desde que falleció mi mujer, solísimo! ¡Solísimo!

¿Sí, siente usted la soledad?

Sí, sí, sí. Mucho, mucho, mucho, mucho.

¿Cuándo, en qué momento?

En todos. En cuanto me... ya está, ya estoy. En cuanto que se me viene a la memoria... estoy listo.

¿Qué es para usted la soledad?

Hombre, la soledad es no tener compañía. La soledad es la soledad.

¿Cómo se siente?

Mal. Hombre, cuando me viene eso, adiós que te crio.

...

¿Y comparte usted con esas personas cómo se siente, a veces?

No, porque hablamos de cosas... Pero de las cosas personales y eso no (Varón rural, de 85 años, viudo de hace año y medio, con tres hijos pero todos fuera).

- La incidencia del sentimiento de soledad entre las mujeres parece concentrarse más en la noche. En los varones que la sufren, la soledad tiende a aparecer en cualquier momento, mañana, tarde o noche. Y cuentan con menos recursos para combatirla, sea dentro o fuera de la vivienda.

- Y, claramente, los viudos declaran una actitud más propensa a volver a emparejarse que las viudas. Y prefieren que esa nueva relación sea en formato tradicional (conlleve la convivencia diaria), mientras que aquellas viudas interesadas prefieren una relación LAT. Pero la mayoría de ellas, cabe recalcar, lo rechaza y en rotundo:0

¿Ha pensado alguna vez en volver a casarse?

¡Oh, no!

¿No?

¡Oh, no! Je, je, je, je. No, no, no, no, no, no. No, porque... no lo sé, estaría siempre comparando, porque mi marido es que lo conocí cuando tenía 16 años. Y mi marido, yo qué sé, para mí era especial. Tenía... tenía buen humor, tenía una conversación, tenía una cultura, tenía... no lo sé. Entonces... No. No, no, no, no, pero vamos, descartado totalmente.

¿Nunca se lo ha planteado?

No, no, nunca, nunca, nunca, nunca. Nunca. A lo mejor muy egoísta, porque digo: '¡si estoy muy bien sola. Ahora a cuidar a un señor...!', que siempre sería mayor que yo. Pero bueno, he sido muy joven, porque yo me quedé viuda con 59 años. Pero nunca, nunca, nunca, nunca lo he... ¡Uf, no, no, no, no, no! (Viuda rural, 79 años, con dos hijas, una en el entorno y otra en el extranjero)

- En el caso de los varones, encontramos esta actitud favorable al emparejamiento con convivencia entre muchos viudos, y al emparejamiento LAT entre separados o divorciados.

Soledad en las residencias y en los domicilios

Autora: Mônica Donio Bellegarde-Nunes

Profesora de la Universidad Internacional de Valencia. Investigadora en Fundación Pilares.

monica.bellegarde@gmail.com

**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**SOLEDAD EN LAS
RESIDENCIAS Y EN DOMICILIOS**

Mónica Donio Bellegarde-Nunes
Profesora de la Universidad Internacional de Valencia.
Investigadora en Fundación Pilares.

1.LA CONCEPTUALIZACIÓN DE SOLEDAD

A modo de introducción, cabe destacar la diferencia entre sentirse solo, como una medida subjetiva que depende de la valoración de la propia persona que experimenta el sentimiento de soledad, y estar solo o socialmente aislado, siendo ésta una condición objetiva que se puede cuantificar a través de la observación de diferentes aspectos (si la persona vive sola o acompañada, si tiene una red de apoyo social reducida o amplia, con qué frecuencia mantiene contacto con sus familiares y amigos, entre otros).

Cuando el aislamiento social es algo elegido, no se manifiesta un sentimiento de soledad; en cambio, si el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir o a estar sola en contra de sus deseos, es cuando surge la soledad no deseada (Castro, 2015 y Steed et al., 2007).

Al ser la soledad una experiencia individual y que depende de una valoración subjetiva, nos encontraremos con personas que se sienten solas, aunque tengan muchas personas a su alrededor (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018), así como habrá personas que, aunque tengan una red social reducida se sientan suficientemente integradas y, por lo tanto, no manifiesten sentirse solas (de Jong Gierveld y Havens, 2004). Por lo tanto, sentirse solo no es sinónimo de estar solo, pero tampoco el simple hecho de tener compañía previene la soledad no deseada (Hawkey et al., 2008).

En este sentido, cabe destacar la complejidad de la soledad, ya que ésta depende de una serie de factores internos y externos, que cuando actúan de manera conjunta, aumentan el riesgo de que la persona sufra soledad no deseada.

Entre las barreras o factores internos que inciden en la soledad, se encuentran, por una parte, algunas características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación económica) y las condiciones de su salud física, mental, sus capacidades funcional y cognitiva; y por otro lado, cuestiones relacionadas con sus rasgos de personalidad, sus habilidades sociales y emocionales y los estilos de afrontamiento que emplea en situaciones adversas.

En cuanto a las barreras o factores externos que contribuyen a un mayor sentimiento de soledad, se destacan: la falta de apoyo social de su red familiar o de amistades, las condiciones inadecuadas del entorno en el que vive la persona (relacionadas con la accesibilidad de la vivienda y del barrio, la disponibilidad de recursos y servicios que necesite, la facilidad de participación e inclusión comunitarias, etc.) y también las imágenes sociales negativas y los estereotipos.

2.LA SOLEDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL

La soledad no deseada puede surgir en cualquier etapa del ciclo vital, ya que determinados sucesos vitales aumentan la probabilidad de que las personas nos sintamos más solas (HM Government, 2018). Un niño pequeño que no cuenta con una figura materna y/o paterna de apego estable se sentirá solo; una adolescente que sufre acoso escolar se sentirá sola; un joven que tiene que mudarse de ciudad o país, aunque sea por su propia voluntad, en algún momento seguramente se sentirá solo. Una mujer,

al ser madre por primera vez, pasará noches sin dormir y vivirá muchos momentos de soledad, aunque cuente con cierta red de apoyo social.

En este sentido, en la etapa de la vejez también pueden surgir diversos eventos vitales estresantes que favorecen la aparición o el aumento de los sentimientos de soledad, tales como:

- a. La jubilación y la consecuente necesidad de adaptarse a un nuevo rol social y a un nuevo estilo de vida;
- b. La viudez y el duelo por la pérdida de la pareja o de personas de su misma generación;
- c. El “síndrome del nido vacío”, cuando los hijos adultos se van de la casa de sus padres;
- d. El diagnóstico de una enfermedad grave o la comorbilidad de enfermedades crónicas, las cuales pueden afectar también el estado funcional y la salud mental de la persona mayor;
- e. La necesidad de asumir el papel de cuidadora de la pareja, o de otra persona cercana, por problemas de salud, deterioro cognitivo o funcional, o por estar en situación de discapacidad o de dependencia;
- f. El hecho de que la propia persona mayor esté en situación de dependencia y necesite ser cuidada por otras personas, lo que, muchas veces, puede llevar a la situación descrita en el siguiente punto;
- g. La institucionalización, con el ingreso en una residencia para personas mayores y la consecuente necesidad de adaptarse a un nuevo entorno, dejando atrás su casa, su barrio, sus pertenencias y, en definitiva, su entorno habitual y conocido, donde se sentía cómoda y segura.

3.DÓNDE VIVEN Y CÓMO QUIEREN ENVEJECER LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

Según la última Encuesta Continua de Hogares (INE, 2021), en el año 2020, el 43,6% de las personas que vivían solas en España (2.131.400 de un total de 4.849.900) tenían 65 o más años. Comparado con el año anterior, los hogares unipersonales de personas de 65 y más años aumentaron un 6,1% en 2020.

Por otro lado, se ha visto un descenso en la cifra de personas mayores institucionalizadas, lo que seguramente estuvo influenciado por el gran impacto de la pandemia por COVID-19 en la mortalidad de ese grupo poblacional. Ante la escasez de datos consistentes y actualizados sobre la población institucionalizada en residencias para personas mayores, Abellán García et al. (2021) estiman que, en el año 2020, un total de 312.668 personas de 65 años o más vivían en este tipo de institución en España. Esta cifra ha descendido en comparación con la del 2019, cuando se estimaba que eran 322.180 las personas mayores institucionalizadas (Abellán García et al., 2020).

Cabe destacar que, en las últimas décadas, se ha evidenciado una tendencia mundial al llamado “*ageing in place*”, o lo mismo que el deseo por envejecer en casa. Algunos estudios indican que la mayoría de los españoles mayores preferiría seguir viviendo en sus propios domicilios a mudarse a la casa de un familiar o a ser institucionalizados (Costa-Font et al., 2009; Fernández-Carro, 2016). Para

atender a esta demanda, se hace necesario contar con suficientes recursos dirigidos a prevenir la dependencia y, cuando la persona ya se encuentra en situación de discapacidad o fragilidad, poder ofrecerle los servicios y apoyos que necesite para poder seguir viviendo en su casa con autonomía e independencia (Rodríguez-Rodríguez, 2011).

Sumado a esto, y considerando que las residencias para personas mayores son un importante recurso para atender las necesidades de cuidados de algunas personas mayores, Rodríguez-Rodríguez (2021) hace un llamamiento a que los profesionales de la Gerontología y que luchamos por mejorar la calidad de vida de los mayores sigamos insistiendo en la necesidad de transformar estos espacios en lugares hogareños donde las personas mayores puedan vivir con dignidad y seguir desarrollando sus proyectos vitales, mientras reciben una atención bio-psico-socio-espiritual con los apoyos que necesiten.

4.LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Tal y como se ha comentado anteriormente, la institucionalización supone un gran cambio en la vida de las personas mayores y puede provocar un aumento de la soledad y la depresión. Dejar su entorno habitual, el cual suele estar cargado de recuerdos y donde la persona se sentía cómoda y segura, para pasar a vivir bajo las normas rígidas de una residencia de personas mayores conlleva una serie de pérdidas (Choi et al., 2008). Algunos autores (Hauge y Kristin 2008; Rodríguez-Martín et al., 2014) las dividen en pérdidas materiales (la vivienda y sus pertenencias), sociales (la familia, los amigos y/o las mascotas) y abstractas (el rol social, la autonomía, la privacidad, etc.). Esas pérdidas se podrían resumir de la siguiente manera:

- a. Hay una desconexión con su red de apoyo social habitual (familia, amigos, vecinos). Aunque esto es variable y habrá personas mayores que mantengan una buena relación y cuenten con una alta frecuencia de visitas de sus familiares y amigos, lo más habitual es que haya una disminución de las interacciones sociales con su red de apoyo.
- b. La privacidad e intimidad de la persona mayor institucionalizada se ven coartadas, ya que rara vez la persona contará con un espacio que sea solo suyo. Compartirá espacios con personas que acaba de conocer y con quienes no ha elegido vivir, muchas veces teniendo incluso que compartir su habitación y baño con otra persona residente. Esta pérdida de privacidad se ve aumentada en los casos en los que el propio personal de la residencia no tiene el cuidado de pedir permiso para entrar y salir de las habitaciones o realiza las curas y la atención a la persona mayor con la puerta de su habitación o la del baño entreabiertas o en presencia de otras personas (malas prácticas que, afortunadamente se vienen corrigiendo poco a poco).
- c. La libertad que tenía antes la persona mayor para entrar y salir y para seguir con su rutina habitual también se ve perjudicada, ya que la mayoría de las instituciones siguen teniendo normas estrictas en relación con los horarios y las actividades que se pueden desarrollar en las residencias.

- d. Hay una discontinuidad de su proyecto de vida, ya que en general, es la persona quien tiene que adaptarse al nuevo entorno y no la institución la que tendrá en cuenta sus necesidades y preferencias para poder ofrecerle oportunidades para seguir desarrollándose personalmente o realizando actividades placenteras.

Sumado a esto, hay que destacar que muchas de las personas mayores que van a vivir a una residencia se encuentran en una situación de mayor fragilidad y vulnerabilidad, tienen una serie de enfermedades crónicas, deterioro funcional y cognitivo (Selbaek et al., 2014). Todos estos son factores pueden favorecer la aparición o el aumento de la soledad no deseada.

En definitiva, la institucionalización suele asociarse a una pérdida de la autonomía personal, donde la toma de decisiones sobre aspectos importantes de la vida cotidiana de la persona mayor y de los cuidados que recibe se transfieren a otras personas (el equipo de profesionales del centro, los familiares u otros cuidadores), generando sentimientos de inutilidad y de no pertenencia y aumentando la probabilidad de que la persona se sienta más sola.

5.LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN SUS DOMICILIOS

Aunque el hecho de vivir en soledad no es sinónimo de que la persona se siente sola, un gran volumen de evidencias sugiere que existe un mayor riesgo de aislamiento social y de soledad no deseada en los hogares unipersonales (Ferreira-Alves et al., 2014; Zebhauser et al., 2014).

Uno de los principales sucesos que llevan a las personas mayores a vivir solas es la viudedad. Esa situación, según describen las propias personas mayores en el estudio cualitativo de López-Doblas y Díaz-Conde (2018), provoca una sensación de vacío emocional, de soledad y depresión, combinadas con una percepción de pérdida del apoyo instrumental y emocional. Además, esas personas manifiestan que se sienten más solas cuando están en sus viviendas, las cuales suelen ser las mismas que habían compartido con sus parejas, y durante las noches y las madrugadas.

En cambio, el hecho de tener pareja puede ser un importante factor protector contra la soledad no deseada; se ha observado que las personas que viven en pareja se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad frente a las que están viudas, solteras o separadas (Ferreira-Alves et al., 2014). Otros factores de riesgo y variables que se relacionan con la soledad son: ser más mayores, tener deteriorada la capacidad funcional, tener un deterioro cognitivo o una demencia, contar con redes sociales pequeñas o inexistentes, disponer de pocos recursos económicos o estar en situación de pobreza, entre otros.

Gran parte de estas personas no perciben ninguna prestación o servicio, sea porque no han sido valoradas por la Ley de Dependencia (LAPAD) o porque no llegan a tener un grado de dependencia que les permita acceder a esas ayudas o recursos. Sin embargo, algunas de ellas reciben servicios que se ofrecen desde los Ayuntamientos, como el servicio de ayuda a domicilio o la teleasistencia, y, a través de estos recursos se podría detectar su vulnerabilidad y actuar para prevenir la soledad (Pinazo-Hernandis, 2020).

6. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA EVITAR O REDUCIR LA SOLEDAD DE LOS MAYORES?

Tras conocer algunos datos relevantes sobre la soledad no deseada en los contextos de las residencias para personas mayores y en sus domicilios, cabe reflexionar sobre cómo podemos actuar para prevenir y reducir la soledad de esas personas.

En primer lugar, me parece fundamental basar nuestra actuación en un modelo de atención que sea respetuoso y que ponga a la persona mayor en el centro de la intervención, más en concreto, aplicando el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) (Rodríguez-Rodríguez, 2011, 2021).

Teniendo en mente esta referencia, desde las residencias tendríamos que: empoderar a la persona mayor, conocer su historia de vida, adaptar los servicios a sus necesidades y preferencias, facilitar su integración social y las relaciones interpersonales, ofrecer variedad de actividades que para ella sean significativas y plenas de sentido, apoyarla para que siga con su proyecto vital, animar a que las familias participen en los cuidados de las personas residentes, transformar los espacios para que sean más hogareños y parecidos a sus propias casas, facilitar la integración con la comunidad y contar con organizaciones más flexibles que se adapten a las necesidades y preferencias de las personas.

En línea con lo anterior, Drageset y Eide (2020) insisten en que los profesionales de las residencias deberían estar más atentos a las señales de depresión y soledad para poder identificar las personas que están en mayor riesgo e intervenir rápidamente. Por otro lado, es fundamental que promuevan las interacciones sociales entre las personas residentes y de éstas con sus familiares y amigos; conocer sus capacidades y limitaciones e informarles sobre los recursos disponibles en el centro que les pueden ayudar; motivarles y ofrecerles oportunidades para que puedan seguir desarrollando las actividades que les daban placer y que tuvieron de interrumpir al ingresar en la residencia.

Además, se puede promover el voluntariado y los programas intergeneracionales en los centros residenciales, brindando a las personas mayores más apoyo social y una oportunidad de mayor integración con la comunidad. Las intervenciones intergeneracionales permiten, además, trabajar con las generaciones más jóvenes para eliminar los estigmas relacionados con la vejez y, a la vez, empoderar a las personas mayores, a través de los intercambios intergeneracionales.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a las personas que viven en sus domicilios, y también apoyándose en el Modelo AICP, es esencial escuchar sus demandas, como, el deseo de envejecer en casa de manera autónoma e independiente y facilitarles el apoyo necesario para que esto se cumpla (Rodríguez-Rodríguez, 2011, 2021).

Para ello, es necesario ofrecer recursos coordinados que atiendan a las necesidades bio-psico-sociales y espirituales de las personas, invirtiendo en servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, en centros de día y programas de respiro para cuidadores, entre otros. Además, es importante ofrecer actividades culturales, de ocio y de desarrollo personal adecuadas a los gustos y preferencias de los mayores, por ejemplo, en los centros de día y en los centros de mayores.

Igualmente, en el caso de las personas que viven en sus domicilios, sería interesante seguir promoviendo el voluntariado y los intercambios intergeneracionales a través de visitas periódicas o de acompañamiento y apoyo instrumental y emocional, por los mismos motivos descritos anteriormente. De todos modos, en ambos casos, hay que seguir invirtiendo en investigación y en programas de detección e intervención en los casos de personas que se encuentren en riesgo de soledad y aislamiento social.

En relación a la investigación, Pinazo-Hernandis (2020) defiende que “es preciso realizar estudios longitudinales que estudien la trayectoria de la soledad de las personas mayores siguiendo enfoques biográficos, que permitan mejorar la comprensión teórica y conceptual de la soledad en la vejez y, al mismo tiempo, diseñar intervenciones más sofisticadas para combatir la soledad.” (p. 510)

Además, es fundamental elegir instrumentos de medida validados y adaptados transculturalmente a la población en la cual se va a intervenir. De esa manera, nos aseguramos de que los resultados obtenidos son fiables y que nos indican cuáles son los indicadores de soledad en los que deberíamos incidir.

En cuanto a la detección, prevención e intervención, tal y como ya se ha mencionado, la soledad y el aislamiento social son experiencias vividas de maneras muy individuales y distintas, lo que dificulta que una misma intervención sea eficaz para todo el tipo de personas. Por ello, a la hora de planificar y diseñar intervenciones de ese tipo, es fundamental conocer las necesidades individuales del público al que va dirigida y las características de su contexto para, de esa manera, poder elaborar intervenciones más personalizadas de acuerdo con las necesidades específicas de las personas atendidas (Fakoya et al., 2020). Para ello, es importante unir esfuerzos de las autoridades nacionales, regionales y locales con la comunidad para poder mapear cuáles son las zonas más vulnerables y poder diseñar intervenciones acordes con sus necesidades y demandas (Cotterell et al., 2018; Pinazo-Hernandis, 2020).

Finalmente, pero no menos importante, a la hora de planificar y poner en marcha programas adecuados, debemos dar voz a las personas mayores, incluirlas como agentes activos del proceso, permitiéndoles que participen junto a los técnicos en la co-creación de los proyectos y programas (Pinazo-Hernandis, 2020). De esta manera, se fomenta la integración social y el sentido de pertenencia, dos aspectos fundamentales en el combate a la soledad no deseada.

7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Fernández Morales, I., Ramiro Fariñas, D., y Pujol Rodríguez, R. (2020). *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*. Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Castillo Belmonte, A. B., y Ramiro Fariñas, D. (2021). *Estimación de la ocupación de las residencias de personas mayores, por comunidad autónoma, 2020*.

- Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/estimacion-de-la-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayores-por-comunidad-autonoma-2020/>
- Castro, M. P. (2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad de Deusto.
- Choi, N. G., Ransom, S., y Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy *Aging & Mental Health*, 12(5), 536–547. doi:10.1080/13607860802343001
- Costa-Font, J., Elvira, D., y Miró, O. M. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46, 2, 295-316. doi: 10.1177/0042098008099356
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- de Jong Gierveld, J., y Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 109-13.
- Drageset, J., & Eide, G. E. (2020). Loneliness Among Cognitively Intact Residents of Nursing Homes With and Without Cancer: A 6-Year Longitudinal Study. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-8. doi: 10.1177/2377960820907778.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1-14. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36, 586-612. doi: 10.1017/S014400138X
- Ferreira-Alves, J., Magalhães, P., Viola, L., y Simões, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 613-623. doi: 10.1016/j.archger.2014.06.010
- Hauge, S. and Kristin, H. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 4, 460–467.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., y Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationships quality and loneliness: the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, 6, S375-S384.
- HM Government. (2018). *A connected society: A strategy for tackling loneliness—laying the foundations for change*. Department for Digital, Culture, Media and Sport, London. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/936725/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update_V2.pdf
- INE (2021). *Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020*. Notas de prensa. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

- López-Doblas, J. L., & Díaz-Conde, M. D. P. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(3), 128-133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). La soledad de las personas mayores. En: J. N. Fernández Muñoz (Coord.), *Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*, (pp. 461-545). IMSERSO. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf
- Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5. ISBN: 978-84-09-02639-5
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Monteaquedo, B., Notario-Pacheco, B., y Martínez-Vizcaíno, V. (2014). Preconceptions about institutionalisation at public nursing homes in Spain: views of residents and family members. *Ageing & Society*, 34(4), 547-568. doi: 10.1017/S0144686X12001146
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/201112-residencias-que-queremos-housing.pdf>
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos: Cuidados y vida con sentido*. Los Libros de la Catarata.
- Selbaek, G., Engedal, K., Benth, J. S., & Bergh, S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 81–91. doi:10.1017/s1041610213001609
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L., e Iredell, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26, 2, 81-86.
- Zebhauser, A., Baumert, J., Emeny, R.T., Ronel, J., Peters, A., y Ladwig, K.H. (2014). What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Ageing & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2014.977769

Soledad en las personas cuidadoras

Autor: Andrés Losada Baltar

Catedrático de la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor honorario de la University of East Anglia (UK).

andres.losada@urjc.es

**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

SOLEDAD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Andrés Losada Baltar
Catedrático de la Universidad Rey Juan Carlos.
Profesor honorario de la Univeristy of East Anglia (UK).

1. EL CONTEXTO DEL CUIDADO

Si bien cuidar de un familiar enfermo es una tarea que ha tenido lugar desde los inicios de la humanidad, diferentes circunstancias hacen que en la actualidad haya pasado a un primer plano de interés personal, social, sanitario y económico. El envejecimiento de la población, sumado a la disminución de la natalidad y otros importantes factores como la incorporación de la mujer al mercado laboral hace que el número de personas mayores con demencia se esté incrementando de manera significativa en los últimos años, a la vez que se reduce el número de potenciales cuidadores tanto primarios como secundarios.

El cuidado familiar a personas dependientes es prestado en su mayoría por las familias y, específicamente, por mujeres. Y, de éstas, las hijas son quienes asumen las tareas del cuidado en la mayoría de las ocasiones. Si bien en los últimos años están entrando más hombres cuidadores a la red de cuidadores, la realidad es que no se ha reducido el número de hijas y esposas que cuidan. Sí se ha reducido el número de cuidadores que eran otros familiares, amigos o vecinos. Y, de los hombres que entran, la mayoría son mayores de 70 u 80 años.

Cuidar de una persona que necesita ayuda o supervisión para las actividades del día a día es considerado un ejemplo de estrés crónico, especialmente si de quien se cuida es una persona que padece Alzheimer u otras demencias relacionadas. Es más, el cuidado familiar de personas que tienen demencia se considera un ejemplo de estrés extremo, crónico o mantenido en el tiempo. Las personas dedican unas 10-13 horas al día al cuidado de sus familiares, durante años. El tiempo dedicado al cuidado supera con creces a una jornada laboral y, por lo tanto, tiene un gran impacto en todas las áreas de la vida de las personas. Así, quienes cuidan reducen (o eliminan) el tiempo dedicado al ocio, al descanso, a actividades sociales con amistades, a la familia, e incluso al propio trabajo con el riesgo asociado para su economía personal y familiar.

2. CUIDADO Y SOLEDAD

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente es lógico pensar que cuidar se asocia a aislamiento y soledad. Y así lo confirman los múltiples estudios que en años recientes están analizando la soledad en el contexto del cuidado. Si bien hace unos años apenas existían estudios que analizaran estas variables, en la actualidad se encuentran ya muchos estudios centrados en la soledad en cuidadores y todos ellos coinciden en relacionar cuidado y soledad (para un análisis en detalle, ver Losada, Márquez y Pedroso, 2020).

Un ejemplo de estudio que relaciona cuidado y soledad es el llevado a cabo recientemente por Smith, Saunders y Heard (2020), realizado en el contexto del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento. En este estudio se siguió a cuidadores durante 8 años y se encontró una asociación destacada de la soledad con ser cuidador. Los cuidadores mostraron significativamente más soledad y menor control, autonomía y placer comparados con no cuidadores.

La soledad en los cuidadores es expresada en los discursos de los cuidadores de una forma muy clara. Así se refleja, por ejemplo, en el estudio de Leszko, Iwanski y Bugajska (2020), quienes incluyen diferentes narrativas de cuidadores hablando de sus sentimientos de soledad. Algunos comentarios que se incluyen en el texto de Leszko et al. son: “Estoy ocupado todo el tiempo. No tengo tiempo libre”, “No tengo libertad”, “No salimos. Los amigos no nos visitan”, “Rompí el contacto con mis amigos, con mi estilo de vida en general...”, “Solía tener un amigo, un compañero. Era una persona normal. Ahora no me queda nada”.

De acuerdo con los datos ofrecidos por Christina Victor y colaboradores (2021), aproximadamente un 60% de los cuidadores informan de niveles moderados (43.7%) o severos (17.7%) de soledad. De acuerdo con datos de nuestro equipo (no publicados), obtenidos con una muestra de 962 cuidadores, un 33% de cuidadores se siente solo 3 o más días a la semana. De éstos, un 16% informa de sentirse solo 5 o más días de la semana.

Los datos hasta ahora mencionados cobran todavía más importancia si se tiene en cuenta que, de acuerdo con lo encontrado por Robinson-Whelen y otros (2001), los síntomas de soledad se mantienen incluso hasta cuatro años después de haber finalizado el cuidado. Esto es, aquellas personas que ya no son cuidadoras (por ej., por fallecimiento de su familiar), mantienen niveles elevados de soledad, significativamente por encima de la informada por personas no cuidadoras, al menos durante los cuatro años posteriores al cuidado.

3.SOLEDADE COMO FACTOR QUE CONTRIBUYE AL MALESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN

La soledad en cuidadores, al igual que en el resto de población, puede ser dañina. Si bien los sentimientos de depresión son muy frecuentes en personas cuidadoras (ver, por ejemplo, Schulz et al. 2020), estudios como el realizado muy recientemente por Saadi et al. (2021) muestran que el efecto de ser cuidador sobre la depresión se produce fundamentalmente a través de la vía de la soledad. Estos resultados se observan en cuidadores de personas con demencia, pero no en cuidadores de personas que sufren otras problemáticas. Estos datos parecen proporcionar respaldo empírico adicional a la idea de que ser cuidador de un familiar que padece demencia es especialmente perjudicial.

A su vez, la soledad en personas cuidadoras está también asociada a pensamientos de suicidio. Concretamente, Joling, O'Dwyer, Hertogh y van Hout (2018) encontraron que las personas cuidadoras que informaban de tener pensamientos de suicidio informaban a su vez de menores niveles de autoeficacia, apoyo familiar y mayor soledad que los cuidadores que no tenían tales pensamientos.

El estudio de Jaremka et al. (2014) muestra además que la soledad es un factor de riesgo para el inicio de problemas de dolor y fatiga en cuidadores, que colocan a los cuidadores en situación de riesgo para una pobre salud y mortalidad. No hay que olvidar que, a su vez, la soledad puede indicar reacciones y

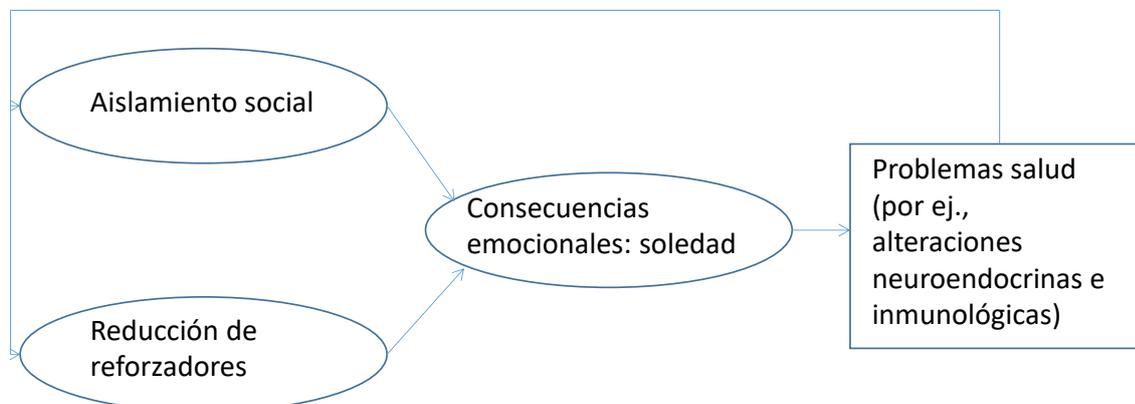
procesos desadaptativos de afrontamiento que pueden incrementar los riesgos asociados al proceso del cuidado.

4.FACTORES QUE SE ASOCIAN CON EL INICIO DE LA SOLEDAD

Como se deduce de lo hasta ahora comentado, y se refleja en la Figura 1, las demandas asociadas al cuidado favorecen la aparición de dos procesos principales que explican los sentimientos de soledad en las personas que cuidan. Así, por las demandas del cuidado se reducen de forma significativa los contactos con otras personas (amistades, familiares, etc.) y, además, también se reducen todas las vías a través de las cuáles las personas cuidadoras obtenían refuerzos del entorno. Por ejemplo, se reducen el ocio, descanso, actividad física, etc., que llevan a los sentimientos de soledad. A su vez, por mecanismos de interacción entre la salud mental y la salud física, surgen problemas de salud como por ejemplo alteraciones neuroendocrinas e inmunológicas que favorecen la ocurrencia y aparición de enfermedades. En resumen, el cuidado se asocia de forma evidente con pérdidas para la persona que cuida. Entre otras:

- Pérdida de la persona querida: relación, confidente, compañía, duelo anticipado
- Tiempo dedicado a áreas de valor y aislamiento de la sociedad
- Pérdida de salud, relaciones sociales y familiares, economía

Figura 1. Modelo explicativo de la soledad en las personas que cuidan (adaptado de Kovaleva et al., 2018)



Además de la ya mencionada sobrecarga de tareas, responsabilidades y tiempo (en horas diarias y años cuidando) dedicado a la supervisión y atención, hay más factores que contribuyen al inicio y mantenimiento del problema de la soledad en el cuidado. Así, las personas que cuidan no se aíslan exclusivamente por tener que “robarle” tiempo a otras actividades. También intervienen procesos psicosociales asociados a la influencia de variables culturales o sociales como el familismo, dimensiones muy presentes en una sociedad como la nuestra con importante presencia o herencia de creencias religiosas que favorecen tales valores y creencias.

Así, por ejemplo, en un estudio realizado por nuestro equipo muy recientemente (Huertas-Domingo et al., 2021) encontramos que las obligaciones familiares activan pensamientos desadaptativos en

cuidadores que, a su vez, reducen la utilización de estrategias adaptativas de afrontamiento como la petición de ayuda y la realización de actividades de ocio por parte de los cuidadores (ver Figura 2). Estas variables se asocian con una mayor soledad y, específicamente, este modelo es explicativo de la soledad de hijas cuidadoras, explicando un 30% de sus sentimientos de soledad.

Figura 2. Modelo sociocultural de explicación de la soledad en cuidadores familiares de personas con demencia



De los resultados del mencionado estudio, así como de otros trabajos realizados sobre soledad en cuidadores, se sugieren diferentes perfiles de vulnerabilidad a la soledad en función del parentesco. Concretamente, se observa que:

Hijas: Las hijas son el grupo de parentesco que se enfrenta a una mayor sobrecarga de roles. Así, son las que más cuidan de otros (además de la persona con demencia), cuidan más horas al día, tienen hijos y les dedican más tiempo, están casadas, trabajan además fuera, etc. En el caso de las hijas parece que la cultura familista y machista ejerce especialmente efectos negativos en el proceso del cuidado.

Hijos: El perfil de hijos que cuida podría considerarse representativo de un grupo aislado socialmente. Suelen ser solteros, sin hijos, viven más con la persona cuidada que las hijas, y usan menos recursos de respiro (centros de día) que las hijas.

En el caso de las esposas y esposos, aparece también una importante influencia cultural del edadismo y del machismo, que junto con la asunción de estereotipos edadistas parecen asumir una “normalidad” de la percepción de soledad en la vejez y “normalidad” de la distribución de responsabilidades (“los hijos, especialmente los varones, tienen sus vidas”), pérdida de confidente, “tolerancia por matrimonio” de los problemas, etc.

Otros fenómenos sociales también parecen contribuir a la aparición de la soledad en personas cuidadoras. Si bien en fases iniciales de la problemática puede incrementarse la ayuda o atención recibida por las personas que cuidan, como ya se mencionaba a través de las narrativas de los cuidadores, la aparición de una demencia genera distanciamiento social y familiar. Además de que se incrementa el riesgo de conflictos familiares, muchos familiares y amigos se alejan de un contexto que les resulta desconocido e incluso hostil o desagradable.

Son muchas las circunstancias (conflictos o tensiones con la persona a la que se cuida, por ejemplo) que pueden generar en el cuidado sentimientos de ambivalencia y culpa (Gallego-Alberto et al., 2020; Losada et al., 2018). Estos procesos de ambivalencia y culpa pueden a su vez favorecer que las personas que cuidan incrementen todavía más los recursos que dedican al cuidado para tratar de “liberarse” o enmendar las circunstancias que han generado tales emociones.

Por otra parte, las fuentes del origen de la soledad no surgen exclusivamente de los propios cuidadores, sus familias, y entornos de amistades. También las instituciones públicas y los profesionales ejercen un papel fundamental en el proceso de la soledad del cuidado. Así, por ejemplo, la falta de conocimiento sobre cómo manejar problemas emocionales de las diadas cuidadores-personas cuidadas con demencia, la escasez de recursos disponibles para atender a los cuidadores y a los procesos de dependencia (incluida la flexibilidad, individualidad y accesibilidad de recursos), así como los complejos y costosos procesos burocráticos que acompañan al cuidado (ver, por ej., Bruinsma et al., 2020), pueden incrementar la soledad de las personas cuidadoras. La escasez de recursos formales para atender a la dependencia, siendo España uno de los países europeos con menos recursos disponibles, también se asocia de forma significativa con la percepción de soledad por parte de los cuidadores (Wagner y Brandt, 2015).

Por último, resulta imprescindible también señalar el papel que los profesionales y las instituciones de salud tienen en la forma en la que las personas cuidadoras son atendidas. En lugar de como recursos deberían ser considerados pacientes y ser atendidos como tal, dadas las consecuencias que el cuidado tiene para ellos en términos de problemas de salud mental y física. Esta circunstancia está muy bien reflejada en la carta de Carol Levine (1999) escribe en el *New England Journal of Medicine*. Describe el proceso al que se enfrentó durante la convalecencia y posterior necesidad de cuidados de su marido. Indica como, tras una atención adecuada durante las fases críticas del problema, pasó a ser invisible y decidió criticar las carencias de los sistemas de salud con respecto a la atención a las personas que cuidan, que les generan importantes niveles de soledad.

5. INTERVENCIONES

Si bien son necesarios estudios de diseño riguroso que permitan obtener información acerca de intervenciones útiles para personas cuidadoras que sufran soledad, una revisión de la literatura y la experiencia clínica de nuestro equipo permite ofrecer algunas pistas de procedimientos a través de los cuales se pueden reducir los sentimientos de soledad de las personas que cuidan. En primer lugar, y como se deduce de la literatura general sobre intervenciones con personas con problemas de soledad, las intervenciones deberán ser individualizadas y dirigidas a aquellos aspectos de vulnerabilidad que sean identificados mediante un adecuado proceso de evaluación. Son ya muchos los estudios que muestran que las intervenciones más habituales para cuidadores, las educativas, no funcionan a la hora de reducir el malestar de las personas que cuidan (ver, por ejemplo, Cheng, Li, Losada, Zhang, Au, Thompson y Gallagher-Thompson, 2020). Por otra parte, la realización de intervenciones dirigidas

a perfiles específicos de cuidadores y a problemáticas concretas parecen ser especialmente eficaces para reducir el malestar a corto y a largo plazo (Márquez-González et al., 2020).

En términos generales, un paso necesario que tendrá beneficios generales sobre los cuidadores es incrementar (por parte de las instituciones públicas) el número de recursos disponibles para cuidadores, favoreciendo su accesibilidad y flexibilidad, así como su capacidad para atender a necesidades específicas del cuidador y no a generalidades.

En cuanto a líneas específicas de actuación que se pueden valorar para trabajar con cuidadores se podrían considerar las siguientes:

Intervenciones que rompan barreras que evitan “independizarse” del cuidado a las personas que cuidan. La modificación de pensamientos desadaptativos influidos por creencias culturales que llevan a los cuidadores a no pedir ayuda, descansar o dedicar tiempo al ocio u otras áreas de interés, como por ejemplo “¿cómo voy yo a ir a pasármelo bien, estando mi familiar enfermo?”, o “no debo molestar a los demás, que tienen sus vidas”, puede abrir una puerta a facilitar entornos de obtención de refuerzos y liberación de estrés de los cuidadores, evitando su aislamiento y posterior soledad.

Entrenar a los cuidadores en estrategias que proporcionen recursos que amortigüen los efectos del estrés y/o favorezcan procesos de autoeficacia también puede ser una vía de interés para bloquear procesos que llevan a la soledad.

Las estrategias que se implementen deben plantearse de una forma que sea coherente con el valor del cuidado, pero sin descuidar otras áreas de valor fundamentales. La utilización de estrategias basadas en la terapia de aceptación y compromiso pueden ser especialmente útiles para este objetivo (Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2010).

6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bruisma, J., Peetoom, K., Bakker, C., Boots, L., Verhey, F., y de Vugt, M. (2020): ‘They simply do not understand’: a focus group study exploring the lived experiences of family caregivers of people with frontotemporal dementia, *Aging & Mental Health*. Doi: 10.1080/13607863.2020.1857697
- Cheng, S.T., Li, K.K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35, 55-77. Doi: 10.1037/pag0000401
- Gallego-Alberto, L., Losada, A., Cabrera, I., Romero-Moreno, R., Pérez-Miguel, A., Pedroso-Chaparro, M. D. S., & Márquez-González, M. (2020). “I Feel Guilty”. Exploring Guilt-Related Dynamics in Family Caregivers of People with Dementia. *Clinical Gerontologist*. Doi: 10.1080/07317115.2020.1769244
- Huertas-Domingo, C., Márquez-González, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M.S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural Influences on the Feeling of Loneliness of Family Caregivers of People with Dementia: The Role of Kinship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Doi: 10.3390/ijerph18094700.

- Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Pivoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Arnold, M. W., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson III, W. E., Bekaii-Saab, T., Martin Jr., E. W., Schmidt, C. R., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology, 33*(9), 948-957. <http://doi.org/10.1037/a0034012>
- Joling, K.J., O'Dwyer, S.T., Hertogh, C.M.P.M., y van Hout, H.P.J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*, 263-270. Doi: 10.1002/gps.4708
- Kovaleva, M., Spangler, S., Clevenger, C., y Hepburn, K. (2018). Chronic stress, social isolation, and perceived loneliness in dementia caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 56*(10), 36-43. Doi: 10.3928/02793695-20180329-04.
- Leszko, M., Iwanski, R., y Bugajska, B. (2020). Prisoners of Care: The Experience of Loneliness among Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Paedagogia Christiana, 1*, 45. Doi: /10.12775/PCh.2020.011
- Levine, C. (1999). The Loneliness of the Long-Term Care Giver. *New England Journal of Medicine, 340*, 1587-1590. Doi: 10.1056/NEJM199905203402013
- Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Pillemer, K. (2018). Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clinical psychology & psychotherapy, 25*(1), 59-64. Doi: 10.1002/cpp.2116
- Losada, A., Márquez, M., & Pedroso, M.S. (2020). Soledad y cuidado informal. En J. Yanguas (Ed.), *EL reto de la soledad en las personas mayores* (p. 136). Barcelona: La Caixa.
- Márquez-González M, Romero-Moreno R, Cabrera I, Olmos R, Pérez-Miguel A, Losada A. (2020). Tailored versus manualized interventions for dementia caregivers: The functional analysis-guided modular intervention. *Psychology & Aging, 35*, 41-54. Doi: 10.1037/pag0000412.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. In N. Pachana, K. Laidlaw & Bob Knight (Eds.). *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp. 33-53). New York: Oxford. University Press.
- Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R.C., McGuire, L., y Kiecolt-Glaser, J. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends?. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 573-584. Doi: 10.1037/0021-843X.110.4.573
- Saadi, J.P., Carr, E., Fleischmann, M., Murray, E., Head, J., Steptoe, A., Hackett, R.A., Xue, B., y Cadar, D. (2021). The role of loneliness in the development of depressive symptoms among partnered dementia caregivers: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *European Psychiatry, 64*(1), e28, 1–8. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.20
- Schulz, R., Beach, S.R., Czaja, S.J., Martire, L.M., y Monin, J.K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology, 71*, 635-659. doi: 10.1146/annurev-psych-010419-050754

- Smith, T., Saunders, A., y Heard, J. (2020). Trajectory of Psychosocial Measures Amongst Informal Caregivers: Case-Controlled Study of 1375 Informal Caregivers from the English Longitudinal Study of Ageing. *Geriatrics*, 5, 26. doi:10.3390/geriatrics5020026
- Victor, C.R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S.M., Martyr, A., Hart, N., Lamont, R., y Clare, L. (2021). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Aging & Mental Health*, 25:7, 1232-1238. Doi: 10.1080/13607863.2020.1753014
- Wagner, M. y Brandt, M. (2015). Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. En A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, y G. Weber (Eds.), *Ageing in Europe: Supporting policies for an inclusive society* (pp. 179-188). De Gruyter, Berlin.

Escuchar la voz de las propias personas mayores para actuar contra la soledad

Autora: Raquel Villarreal Rodríguez

Educadora Social en la Red Bizam (Centros Socioculturales de Mayores). Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

rvillarreal@vitoria-gasteiz.org



The poster features a background image of three elderly people walking away on a path. On the left, there is a circular portrait of Raquel Villarreal Rodríguez. The text is arranged as follows:

**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**ESCUCHAR LA VOZ DE LAS PROPIAS
PERSONAS MAYORES PARA
ACTUAR CONTRA LA SOLEDAD**

Raquel Villarreal Rodríguez
Educadora Social en la *Red BIZAM* (Centros Socioculturales de Mayores).
Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz.

1. INTRODUCCIÓN

Las acciones de prevención e intervención para paliar la soledad no deseada de las personas mayores en la ciudad de Vitoria-Gasteiz tiene una principal protagonista, eje transversal y pilar fundamental: **la participación de las propias personas mayores.**

La voz de las personas mayores, su opinión, sus preferencias y necesidades, sus ideas, su iniciativa, su labor incansable, intensa, permanente y constante... fue, es y será lo más importante y necesario a tener en cuenta para actuar... no “contra” si no “con” la soledad.

La soledad no deseada es parte de todas las personas que vivimos y convivimos en la ciudad de Vitoria-Gasteiz. Defendemos que en la comunidad todas las personas somos agentes de intervención en esta materia al mismo tiempo que somos susceptibles de encontrarnos en esta situación en cualquier momento. Otra cosa es que sepamos identificarla y sepamos cómo paliarla.

Es por eso que queremos decir que el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz **colabora en el impulso** de múltiples acciones de prevención e intervención **para paliar la soledad no deseada.**

2. CONTEXTUALIZACIÓN

El **Departamento de Políticas Sociales, Personas mayores e Infancia** del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz fundamenta su actuación en el objetivo general que persigue: “contribuir a mantener a las personas mayores en su entorno natural durante el mayor tiempo y en la mejor situación posible, ayudando a garantizar unas condiciones de vida normalizadas”.

Las personas quieren residir en su domicilio frente a otras alternativas de alojamiento fuera de su casa, aumentando aún más esta preferencia, en las personas mayores de 80 años. Para ello deben contar con recursos adecuados en el domicilio y en el entorno.

Por consiguiente, la actuación con las personas mayores se orienta a la prevención de la dependencia, a crear ambientes de cuidado y de promoción de la autonomía y de modos de vida saludables. Para lograr un envejecimiento activo, asegurando su participación social, a través de iniciativas de solidaridad entre generaciones y poniendo en valor su conocimiento y experiencia, para lograr una imagen social realista como ciudadanía activa.

Bajo esta premisa el **Servicio de Personas Mayores** pretende:

- Fomentar y facilitar la participación de las personas mayores en la sociedad.
- Fomentar entre la población mayor actividades de formación, participación, ocio y voluntariado.
- Promover hábitos de vida saludables.
- Establecer medidas preventivas para evitar la aparición de procesos que crean dependencia.
- Promover el apoyo a familias cuidadoras de personas mayores.
- Ofrecer alternativas de alojamiento a las personas mayores cuando la permanencia en su domicilio habitual no es posible.
- Colaborar con entidades asociativas que trabajan con las personas mayores y sus familias.

Para conseguir los objetivos mencionados, el Servicio de Personas Mayores cuenta con una serie de recursos y programas articulados en torno a los siguientes ejes de intervención:

-Programas y servicios comunitarios: centros socioculturales de mayores, Red BIZAN, y programas comunitarios.

-Programas y servicios destinados a mantener a la persona mayor en su entorno (comedores, servicios de atención diurna, programa de apoyo a las familias cuidadoras de personas mayores).

-Alojamientos: viviendas comunitarias y apartamentos tutelados.

Dentro de los recursos que se disponen se cuenta con la **Red BIZAN**, anteriormente denominados Centros socioculturales de mayores, que lidera el envejecimiento activo de Vitoria-Gasteiz.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el “proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. (OMS 2002)

En este contexto los centros BIZAN son lugares de encuentro dinámicos y abiertos, que promueven el desarrollo cultural y la ocupación positiva del tiempo libre.

La actuación de estos centros se fundamenta en el trabajo que se lleva desarrollando desde hace más de 40 años en este ámbito y ha permitido integrar en el marco del envejecimiento activo las ideas, principios y líneas de actuación recogidos por la ley 12/2008 de 5 de diciembre de servicios sociales del País Vasco, la red mundial de ciudades amigables de personas mayores y la estrategia vasca de gobernanza con las personas mayores 2019-2022 de Gobierno Vasco.

Estos centros están generando procesos de actuación que les permiten adaptarse a los cambios poblacionales y al nuevo papel de las personas que envejecen, por lo que están acordes con el modelo de acción social existente. Promueven una imagen positiva de las personas mayores incrementando su rol activo y valor social.

Hay 16 centros distribuidos por los barrios de la ciudad. Pueden acudir a estos las personas de 60 y más años aunque también participan personas y cada día están más abiertos a toda la ciudadanía.

Los centros son puntos de información y lugares de encuentro destinados a la convivencia, la relación, formación y la participación de las personas mayores donde se contribuye a la creación y mantenimiento de hábitos de vida saludable y a fomentar las relaciones interpersonales y grupales, con el fin de evitar la soledad y promover la participación del colectivo en el desarrollo sociocomunitario, siendo un recurso para las personas mayores y sus familias.

Están en conexión con otros equipamientos y agentes sociales, culturales y deportivos del municipio, se ofrecen servicios, programas y actividades que pretenden mejorar su calidad de vida, fomentar su desarrollo personal y social, facilitar un ocio valioso y hacer efectiva su integración y participación social.

A lo largo del año, se puede elegir entre más de 300 cursos y talleres: dibujo, informática, gimnasia, cultura, idiomas, prevención de caídas, biodanza, grupos de encuentro, fotografía y otros. Hay actividades específicas para personas muy mayores. También hay proyectos intergeneracionales. Tienen servicios que ayudan a cuidarse y estar mejor: información, comedor, peluquería, podología, cafetería, hemeroteca, medios audiovisuales, parques de salud y otros.

En la actualidad tienen 35.480 personas usuarias, el 50% de la población mayor de 60 años de Vitoria-Gasteiz.

3. METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN

El marco de lo establecido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, sujetan los principios generales que rigen la actuación de los centros BIZAN.

Estos son los enunciados de los **principios de actuación**:

- *Paradigma del Envejecimiento Activo.*
- *Aprendizaje a lo largo de la vida.*
- *Acción comunitaria.*
- *El valor de la participación ciudadana en la gestión pública local.*
- *Programas intergeneracionales*
- *Generatividad*
- *Ocio valioso*
- *Ciudad amiga, ciudad cuidadora*

La finalidad preventiva y de promoción social de los centros se concreta en el desarrollo de programas de integración en la comunidad, la animación sociocultural y estimulativa, la educación para la salud, el fomento de los programas intergeneracionales y generativos y en general el estímulo para la utilización positiva del ocio y del tiempo libre.

Todo ello desde un enfoque creativo y con visión de futuro donde **la participación de las personas mayores** y los procesos participativos son fundamentales. La clave está en promover una actitud de participación activa de las personas mayores en el proceso de su propio desarrollo y crecimiento personal y social, contribuyendo al desarrollo comunitario en los entornos en los que viven.

Se comienzan a realizar **acciones de co-creación** que permiten idear acciones con las personas mayores de una forma conjunta y participada, haciendo partícipes a las personas del proceso desde el primer momento.

El desarrollo comunitario es clave en la actuación desde los centros. Se colabora en proyectos comunitarios y socio-sanitarios de los barrios, enriqueciendo el diagnóstico en base a las necesidades sociales y contribuyendo con acciones y participación activa para mejorar el entorno social. Desde los centros **se ha comenzado a dar pasos que permiten impulsar y liderar programas comunitarios**, como el programa "**Activa tu barrio**". Y son numerosas las colaboraciones en actividades con otros agentes sociales del barrio.

Cada vez las personas mayores están más presentes en el diseño y planificación de estos proyectos y colaboraciones, y no solamente como meros receptores de las actividades que desde las redes comunitarias se generan.

4. MODELO DE PARTICIPACIÓN POR COMISIONES

El modelo de participación que ha funcionado en estos centros hasta el año 2009 se basaba en las juntas y asambleas.

En 2008, se idea y desarrolla un proceso participativo para diseñar y acordar un nuevo **modelo de participación** para los centros socioculturales de mayores, ahora Red BIZAN.

Como resultado de este proceso nace en 2009 un nuevo modelo de participación que comparte el objetivo principal de permitir la **gestión compartida de los centros, entre profesionales y personas mayores.**

Este modelo se fundamenta en la creación de hasta 8 comisiones de actividades por cada centro, 1 por cada área de interés: Social, Escénica, Excursiones, Audiovisuales, Lectura, Salud, Educativa y Recreativa, que se configuran con la participación de entre 3 y 8 personas por comisión.

Las **comisiones de actividades** diseñan y organizan un amplio programa mensual de actividades siguiendo unas directrices básicas de programación y presupuestarias que se establecen desde el Servicio de personas mayores.

Son actividades de muy diversa índole y con diversos formatos y, en general, de corta duración: charlas, actuaciones, tertulias, recitales de poesía, diaporamas, actividades relacionadas con el cine, con la lectura, campeonatos, bailes, bingos, excursiones culturales y a la playa, convivencias, paseos saludables, colaboración con las fiestas del barrio, seminarios etc.

En 2019, 10 años desde la puesta en marcha del modelo de participación se realiza una **Evaluación** del mismo. **Las conclusiones son:**

- La participación a través de las comisiones de actividades permite integrar la participación de personas mayores en la gestión de las políticas públicas. Legitima las decisiones públicas, las enriquece y mejora su eficacia.
- **Las personas mayores son ciudadanos de pleno derecho. En esta forma de participación cualquiera puede participar. Los y las mayores son los verdaderos actores, participando activamente en la dinámica de los centros y aportando activamente en la sociedad. Saben lo que quieren y cómo pueden alcanzarlo.**
- Este modelo ha contribuido a aumentar el número de participantes, a aflorar la participación femenina y a mejorar el clima y la convivencia de los centros.
- Participar en las comisiones de actividades tiene impactos positivos en el ámbito personal, relacional, familiar y social.
- Las comisiones contribuyen a mejorar la imagen social de las personas mayores y de los centros socioculturales de mayores en Vitoria-Gasteiz.
- **Las personas mayores están preparadas para colaborar en nuevos retos. Uno de los mayores logros del modelo es la presencia de las personas mayores como agentes sociales en los proyectos comunitarios del barrio. Están trabajando para incidir en la realidad social con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los vecinos y vecinas.**

- **Esta fórmula de participación permite innovar ante la complejidad de problemas sociales actuales y puede generar cambios organizacionales en las propias formas de trabajo de los centros y del Servicio de Personas Mayores.**
- **El apoyo y acompañamiento profesional es fundamental para que las personas de las comisiones se sientan seguras y a gusto realizando el trabajo y para que las comisiones puedan funcionar correctamente.**
- Dar respuesta a las propuestas de las personas es clave para que el compromiso de las personas con el modelo de participación se mantenga. Este modelo es un sistema participativo dinámico, que evoluciona para adecuarse a las necesidades e intereses de las personas mayores y para contribuir socialmente en el entorno.

En la última convocatoria realizada antes de la pandemia, noviembre 2019, se inscribieron 261 personas mayores en 91 comisiones. El 77 % del total eran mujeres con una edad media de 74 años. Desde octubre de 2020 hasta hoy están colaborando 180 personas realizando un total de 220 actividades al mes.

En noviembre de 2020 está abierta la convocatoria de comisiones para inscribirse nuevamente.

5. ACTIVA TU BARRIO

Comenzó en 2016 como una experiencia piloto en dos barrios. Dados los buenos resultados actualmente se está haciendo extensivo a la totalidad de los 16 centros que forman la red.

El Programa “Activa tu barrio” (ATB) **interpela a toda la ciudadanía** en la búsqueda del bienestar de la comunidad e intenta **movilizar a las personas más vulnerables** para elaborar estrategias y acciones para sí mismas y para otras personas que también pasan por situaciones de soledad o aislamiento, poniendo en valor su potencial como espejo en el que otras personas se vean reflejadas. ATB se basa en una **metodología abierta que pone en el centro a la persona** y que promueve que los barrios sean más acogedores, seguros y accesibles.

Se trata de que toda la ciudadanía, sea cual sea su situación pueda mantener sus actividades de la vida diaria y desarrollar hábitos saludables, pasear por sus calles y acudir a sus lugares significativos para relacionarse con otras personas... En definitiva, llevar una buena vida pese a sus dificultades.

Se van tejiendo redes de colaboración de los distintos agentes que trabajan en los barrios, que hace posible detectar, apoyar y acompañar a las personas mayores; siendo las propias personas mayores protagonistas de esta red.

Para ello, en cada barrio, se constituye un grupo motor formado por personas mayores, analiza la realidad del entorno y plantea acciones para tal fin contando con los diferentes agentes comunitarios. Una parte del proyecto consiste en identificar zonas significativas de paso dentro de los barrios, e intervenir movilizando sus recursos, para facilitar el día a día de las personas más frágiles. Lo que llamamos en el proyecto itinerarios seguros.

El verdadero motor del programa son las personas mayores. No se trata de un programa de voluntariado, ni un programa promovido por las personas más dinámicas los centros, sino que son precisamente las personas a las que se dirige el programa las que se movilizan y movilizan a otros (colectivos, establecimientos, etc.) para mejorar su situación a través de intervenciones en el ecosistema de los barrios.

Con la orientación profesional, cada una de las personas que toma parte en los grupos aporta su conocimiento para la consecución de los objetivos marcados. **Son ellas las que deciden cada paso a dar, y colaboran en su realización, de forma voluntaria y en función de sus posibilidades y deseos. Además, el propio grupo se encarga de acoger a las personas que se animan a participar lo que resulta especialmente importante cuando estas personas son frágiles o sufren la soledad no deseada.** De este modo, las personas que integran un grupo motor son antenas sociales que detectan a otras en situaciones similares y las animan a participar. En ese momento se inicia una relación de acogida y apoyo mutuo que deriva en confianza y empoderamiento a través de una red social amena y confiable de la que cada persona forma parte activa.

El desarrollo del proyecto supone el desarrollo de varias líneas de trabajo que fluyen de forma paralela y muchas veces se encuentran:

- Trabajo con los grupos motores (acogida, confianza, desarrollo, crecimiento, empoderamiento, acompañamiento...) y también derivaciones a recursos tanto formales como informales.
- Colaboración con los agentes de la comunidad (presentación qué ofrecemos, qué ofrecen, cómo colaborar, como mantener el vínculo...)
- Diseño y trabajo colaborativo para el trazado y mejora de los itinerarios seguros.
- Desarrollo de proyectos colaborativos que van surgiendo por el camino (ej. Grupo de Apoyo a la Lectura, coordinación con centros cívicos)
- Formación de establecimientos y recursos amigables (conforme [Euskadi Lagunkoia](#))

Es un **proyecto basado en el Modelo de Atención Centrado en la persona** y por tanto, **un proyecto de abajo a arriba.** Parte de las relaciones que se generan en la comunidad, en el barrio, y toma como recurso a las propias personas de la comunidad y los recursos existentes en la misma. Por otro lado, es un proyecto que crece a partir de un marco teórico bien armado y que se va construyendo y adaptando permanentemente las situaciones que surgen de los procesos comunitarios.

En algunos barrios ya existían **redes colaborativas** intersectoriales, lo cual está suponiendo un avance cualitativo. Los profesionales de este equipo están presentes y participan en las mismas, sin embargo, no se plantea la creación de este tipo de equipos para impulsar el proyecto, sino más bien contar con ellos y facilitar que las personas contacten con los recursos que de manera particular o colaborativa ofrecen.

Por supuesto, la idea es dirigirnos en primer lugar a las fuerzas vivas del barrio, aquellos agentes más significativos en la comunidad, y poner en valor el trabajo realizado hasta el momento.

Grupos motores:

Si las personas no se acercan a los recursos, los profesionales salen en su busca. Se emplean diferentes estrategias para resultar confiables (misivas remitidas por el propio alcalde, que las fotos y nombre de los técnicos del programa figurasen en la publicidad, y que las fuerzas vivas del barrio pudieran recomendarlos, etc.)

Los encuentros son atendidos de manera exquisita, el acceso siempre es voluntario sin inscripciones ni condiciones y siempre pueden invitar a otras personas.

El componente lúdico y emocional es el eje central del contenido de los encuentros de los grupos motores que, como decimos son permanentemente abiertos.

Cada persona del grupo puede ir avanzando en autonomía y protagonismo a medida que se siente cómodo en las diferentes fases. Lo primero es promover encuentros de escucha, intercambio y relaciones positivas. Son grupos de los que pueden entrar y salir con total libertad. Es posible probar en cualquier momento, acudir acompañados... Los dinamizadores siempre adoptan una actitud apreciativa y velan por la acogida y el seguimiento de las situaciones tanto personales como relacionales. De este modo, el grupo en sí mismo es un recurso, un lugar de encuentro en el que hay total libertad para expresarse o no.

Una vez consolidado un grupo mínimo formado por personas que dan estabilidad a la iniciativa y acordados unas normas de funcionamiento, el siguiente paso es hacer ver a las personas que no sólo son capaces de mejorar su situación, sino que además pueden ayudar a otras personas y también a mejorar su barrio. Cuando las personas tienen este convencimiento, es un gran revulsivo para consolidar las relaciones y atreverse a intervenciones de mayor envergadura.

Al principio solos/as y después acompañados por miembros del grupo y actualmente, en algunos casos sólo las personas mayores, se ha dado a conocer el programa y su propósito a los diferentes colectivos, asociaciones y comercios de la ciudad, haciendo ver la importancia de todos ellos para construir un barrio más amable. Cada pieza de la comunidad tiene su lugar en este proyecto, desde diferentes prismas.

El propósito es que a través del empoderamiento personal y grupal se vayan generando dinámicas que se puedan mantener en el tiempo y que permitan la retirada paulatina de los y las profesionales en favor de las personas mayores, aunque, lógicamente, deberá seguir apoyando y reconociendo a los promotores de las diferentes iniciativas que parten de esta experiencia.

Trabajo con los agentes de los barrios:

El acercamiento a los agentes, tan importante en todos los barrios, se lleva a cabo desde un **enfoque win-win**. Supone dar a conocer lo que los CSCM pueden ofrecer a sus interlocutores y también lo que estos hacen y aportan para mejorar la atención prestada y para futuras colaboraciones. Por ejemplo, se ofrece formación a los establecimientos pues consideramos que sensibilizar sobre las situaciones de algunas personas, y dar pistas acerca de cómo pueden ayudar, en su asociación, su negocio, en su tiempo, solo cambiando de enfoque, sin una dedicación extraordinaria, puede provocar pequeños cambios muy importantes desde el punto de vista de la amigabilidad.

Para dar una idea de estos contactos, podemos citar algunos: centros de salud, centros educativos, comercios, servicios sociales de base, cafeterías, peluquerías, farmacias, parroquias, asociaciones... Poner cara y nombre a todos estos agentes es fundamental para poder desarrollar el trabajo, por eso, las primeras fases del proyecto hacia la comunidad han supuesto en todos los barrios un trabajo duro de tocar puertas y establecer contactos personalizados. La forma de acercamiento a cada uno ha sido diferente tratando de facilitar el éxito de los encuentros, y realmente los resultados hasta el momento nos mantienen optimistas, aunque mantener estas colaboraciones exige una dedicación y consideración a todos ellos... de este modo van surgiendo nuevas iniciativas

El éxito o fracaso de cada uno de los pasos del programa está dependiendo más del CÓMO que del qué. Adaptar la metodología y los medios empleados en cada momento con cada iniciativa y con cada grupo de interés está siendo crucial. Es un programa en el que se están dedicando grandes esfuerzos y tiempo a sumar, a evitar posturas paternalistas, a cuestionarse el rol profesional y a adoptar un posicionamiento apreciativo basado en el reconocimiento de los derechos de las personas, para otorgarles su papel en la sociedad con acciones concretas.

Como ya hemos dicho, es un proyecto en constante construcción, pues su desarrollo se basa en la observación, la escucha y en el ajuste a las nuevas situaciones, y a las respuestas imprevistas de los agentes movilizados, supone echar mano de creatividad y gestionar la incertidumbre.

Resulta muy gratificante observar cómo muchas personas mayores, en su mayoría mujeres muy mayores, no sólo retoman su vida, sino que son útiles para su comunidad.

6. ACCIONES ESPECÍFICAS CON LA SOLEDAD

6.1. Programa Estamos contigo

En el momento de confinamiento provocado por la Pandemia COVID-19 se puso en marcha un dispositivo de atención telefónica que hoy día persiste. Pretende el acercamiento a todas las personas mayores que pudieran necesitar apoyo y ayuda en algún momento. Está compuesto por un teléfono de atención en horario de lunes a sábados de 10 a 13.30 h y de 15:30 a 20:00 h., domingos de 15:30 a 20:00 h. Para urgencias se dispone del teléfono del Servicio de urgencias Sociales.

6.2. Campañas

En 2016 se lleva a cabo la Campaña "Quiero vencer a la soledad": campaña de detección, información y acompañamiento", dirigida y dinamizada por profesionales.

Posteriormente se edita una "Guía de recursos y servicios para las personas mayores en Vitoria-Gasteiz" dirigidas a las personas mayores y sus familias que se buzonea en todos los domicilios de personas mayores de 65 años.

En 2020 se lleva a cabo la Campaña "Actúa contra la soledad", campaña de sensibilización sobre la soledad en el barrio de Zaramaga. Ha sido diseñada y desarrollada con la participación activa de varias personas mayores que participan en BIZAN Zaramaga.

Tras varias reuniones con agentes de barrio, el desarrollo de un Work café para hablar sobre la soledad y la deseable campaña a realizar entre asociaciones, agentes y personas particulares del barrio, se pone en marcha la campaña con la dotación de un presupuesto asignado para ello.

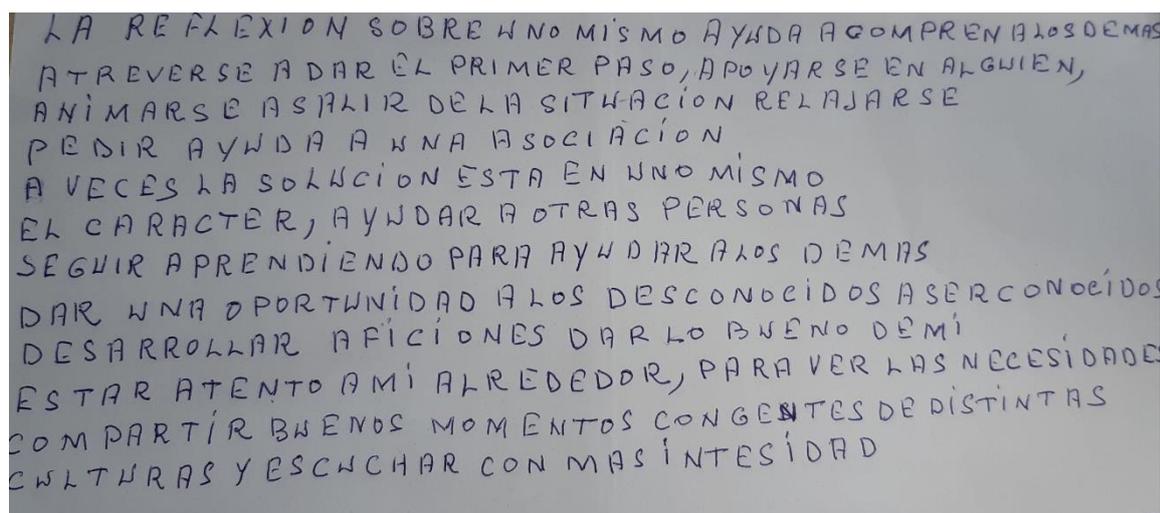
Se cuenta con una empresa de comunicación que realiza una propuesta de soportes y medios para lanzar la Campaña.

Las personas mayores de BIZAN Zaramaga opinan, validan cada parte del proceso y son protagonistas de la imagen y de todas las acciones que se emprenden: Posters, videos, folleto, actuaciones – recitales en calle, talleres educativos en el centro BIZAN y participación en radio.

Se mantiene información constante con todos los agentes lo que refuerza dicha relación. Se colabora con la asociación de comerciantes y con la Asociación de comerciantes a nivel ciudad.

La campaña se lleva a cabo durante un mes.

7. REFLEXIÓN DE ANGELINES FERNÁNDEZ DE OCÁRIZ SOBRE LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES



LA REFLEXION SOBRE UNO MISMO AYUDA A COMPREN A LOS DEMAS
A TRAVEZ DE DAR EL PRIMER PASO, APOYARSE EN ALGUIEN,
ANIMARSE A SALIR DE LA SITUACION RELAJARSE
PEDIR AYUDA A UNA ASOCIACION
A VECES LA SOLUCION ESTA EN UNO MISMO
EL CARACTER, AYUDAR A OTRAS PERSONAS
SEGUIR APRENDIENDO PARA AYUDAR A LOS DEMAS
DAR UNA OPORTUNIDAD A LOS DESCONOCIDOS A SER CONOCIDOS
DESARROLLAR AFICIONES DAR LO BUENO DE MI
ESTAR ATENTO A MI ALREDEDOR, PARA VER LAS NECESIDADES
COMPARTIR BUENOS MOMENTOS CON GENTES DE DISTINTAS
CULTURAS Y ESCUCHAR CON MAS INTENSIDAD

Y tras la escucha y a modo de conclusión, cabe decir... hay que:

- Estar en clave de apertura, cercanía y accesibilidad.
- Ir al encuentro y/o facilitar el encuentro.
- Entablar relación de escucha respetuosa y activa.
- Ser agentes facilitadores de procesos personales y sociales.
- Contar con un equipo profesional especializado y recursos de apoyo.
- Sumarse al cambio contando con las personas mayores y su entorno en todas las acciones y proyectos que se emprendan

Es fundamental que todas las acciones cuenten con las personas mayores y su entorno.

Intervención ante la soledad no deseada desde Atención Sanitaria Primaria de la Comunidad de Madrid

Autora: Beatriz Herrera Sánchez

Responsable de Centros de la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria. Responsable de Promoción y Prevención, Educación para la Salud y Actividades Comunitarias. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

beatriz.herrera@salud.madrid.org



**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

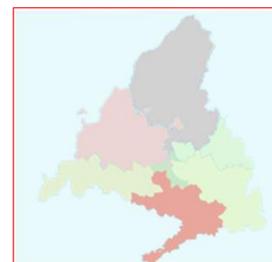


INTERVENCIÓN ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA DESDE ATENCIÓN SANITARIA PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Beatriz Herrera Sánchez
Responsable de Centros de la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria.
Responsable de Promoción y Prevención, Educación para la Salud y Actividades Comunitarias.
Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

MAYORES Y SOLEDAD: CONTIGO.CREANDO REDES DE SOLIDARIDAD

La Dirección Asistencial Sur es una de las siete en que se organiza la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Está ubicada en el Centro de Salud Juan de la Cierva, en Getafe y a través de sus 31 centros de salud y 10 consultorios locales abarca el ámbito territorial de los municipios de la zona sur de la Comunidad de Madrid, alrededor del eje de la carretera nacional IV, entre los que se encuentra Getafe.



Entre sus objetivos destaca el interés por fomentar la prevención, la promoción de la salud y las actividades comunitarias, manteniendo una relación proactiva con los diferentes Ayuntamientos en aras de participar de manera conjunta en la mejora de la salud de la población. Esta colaboración resulta especialmente fructífera en Getafe, donde se han realizado y se siguen llevando a cabo múltiples proyectos conjuntos, entre los que se encuentra el que hoy presentamos en relación con la soledad no deseada en las personas mayores.

MARCO DE REFERENCIA

La ciudad de Getafe tiene una población de 185.180 habitantes (INE 2020), de los que un 19% (35.184 habitantes) son personas mayores de 65 años. La esperanza media de vida en la Comunidad de Madrid asciende a 84'8 años, 82'1 en hombres y 87'2 en mujeres (IMSERSO,2018). Este incremento va unido a la aparición de nuevas realidades, entre ellas la soledad en la que viven muchas de ellas, calculándose en un 41'9% de la población de esta franja de edad (30'1% mujeres y 11'8 hombres) (IMSERSO 2018.)

Esto nos hace plantearnos un proyecto transversal, comunitario y compartido entre Delegaciones Municipales (Bienestar social, Salud, Mayores), asociaciones ciudadanas y entidades relacionadas con la salud, fundamentalmente Atención Primaria y Salud Pública, para dar respuesta a las situaciones de soledad no deseada que, según la encuesta de condiciones de vida de las personas mayores (IMSERSO-CIS), ha sido expresada en un 59% de las personas mayores que viven solas.

En relación con la soledad debemos diferenciar varios términos:

- Solitud (*solitude*), definido como la experiencia positiva de estar solo
- Estar solo (*aloneness*), soledad elegida, pasar tiempo con uno mismo
- Sentirse solo (*loneliness*), soledad no elegida
- Vivir solo (*living alone*), vivir sin otras personas en el domicilio
- Aislamiento social (*social isolation*), aislamiento

Se podría hablar de una soledad deseada o buscada, pero también de una soledad no deseada, sobrevenida por diferentes circunstancias (fallecimiento de la pareja, reducción de ingresos económicos, cambio de domicilio etc.), a la que es necesario poner remedio, dadas las repercusiones que ésta pueda tener en la salud física, mental y social de la persona mayor.

La vulnerabilidad a la soledad en las personas mayores se relaciona con un estado de salud pobre y la percepción de un peor estado de salud (estudios de Victor, Scambler, Bowling, Cacioppo, Hawkey y otros, años 2000 a 2005). Las personas que se sienten solas pueden no cuidar su salud física, a diferencia de aquellas que reciben apoyo social sobre los comportamientos saludables.

La soledad se asocia también con presencia de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. El aumento de la soledad y la depresión podrían estar relacionados con las pérdidas de salud, la capacidad funcional y las redes sociales.

Por otro lado, el término aislamiento social hace referencia al alejamiento de las relaciones sociales de forma patológica, llevando a situaciones en las que se rechaza la intervención sanitaria o social aun siendo ésta precisa para la persona mayor.

Y es que la principal necesidad de las personas mayores es el apoyo y la actividad social, unido a un buen estado de salud y autonomía para realizar sus actividades de la vida diaria. Atender a estos tres componentes será un factor clave para dar calidad de vida a las personas mayores.

Los resultados de la encuesta telefónica “Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores” (Fundación La Caixa, 2018) y otros estudios internacionales, identifican una serie de factores que parecen estar en el origen de la soledad en las personas mayores:

- Edad avanzada
- Pérdida de un ser querido (especialmente cónyuge)
- Alejamiento de la familia
- Enfermedad o discapacidad
- Pérdida de autoestima
- Incomprensión y falta de escucha
- Nivel socioeconómico bajo

La vejez es una época de cambios vitales, donde las personas se enfrentan a situaciones de extrema vulnerabilidad física y psicológica, a situaciones de crisis que tienen que ver con la identidad, la autonomía y el sentido de pertenencia. La crisis de identidad viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa, (amigos, familiares, conocidos...) y que conllevan un deterioro de la autoestima y un distanciamiento de sus expectativas vitales. La crisis de pertenencia se experimenta particularmente por la pérdida de roles adquiridos a lo largo de la vida; cambiamos de rol, de profesión y de capacidades físicas, lo que hace muy complicado seguir desarrollando el mismo estilo de vida y necesita una readaptación a la nueva situación vital. La crisis de autonomía aparece como consecuencia del deterioro orgánico, físico y cognitivo y por lo tanto de las posibilidades de desenvolverse autónomamente en el devenir cotidiano.

En principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida, cuando tiene la sensación de que carece de la compañía necesaria para el desarrollo de las actividades deseadas tanto a nivel intelectual, como afectivo o emocional y se manifiesta con sensaciones de nerviosismo, angustia, tristeza e irritabilidad.

Existen dos puntos especialmente sensibles en relación con la soledad no deseada:

1.- La soledad con los hijos: Las relaciones con los miembros de la familia y en especial con los hijos se vuelven muy pobres o al menos así es percibida por ellos tanto en cantidad como en calidad, lo que genera un importante sentimiento de frustración.

A ello se une el crecimiento de los nietos, fuente de satisfacción al comenzar la vejez y ejercer de “segundos padres y madres” para la mayoría de ellos. Al crecer, sus prioridades cambian y las visitas para ver al “abuelo” disminuyen radicalmente, potenciando la sensación de soledad.

2.- Las noches: La noche es el momento más duro para los mayores; la soledad física, los recuerdos y los despertares nocturnos propios de la vejez, hacen de este momento el más largo y difícil de sobrellevar, muchas horas para pensar en el futuro, mirar al pasado y observar el presente.

La soledad no elegida es un fenómeno que va en aumento, por diferentes motivos y razones: distancia con los familiares, ciudades frías y poco acogedoras, ausencia de familia o amigos, desconocimiento o lejanía de los servicios existentes en el entorno, dificultades de trato, emociones negativas, etc. Una ciudad amiga de sus mayores y saludable, debe establecer los cauces para detectar lo antes posibles situaciones de aislamiento, para establecer mecanismos de prevención y para actuar en red ante estas situaciones que, mediante detección y actuación precoz, puedan ser revertidas. Para prevenir el impacto negativo de estos cambios en el bienestar de las personas mayores se hace necesario ofrecer respuestas coordinadas entre las instituciones públicas y el conjunto de la ciudadanía.

Los servicios sociales, los servicios de atención primaria, otros servicios de salud, la policía, las entidades sociales, los servicios de mayores o la ciudadanía en general y en especial los propios mayores, deben trabajar coordinados y en red, activando metodologías compartidas para afrontar el reto de la soledad.

El proyecto “Contigo. Creando redes de solidaridad” que ahora se presenta, tiene ese carácter comunitario, combinando la formación de un grupo de voluntarios especializados en tareas de acompañamiento psicosocial a situaciones de soledad y aislamiento, un buen dispositivo de detección y análisis de la situación y un sistema de derivación a programas normalizados de atención y asistencia que cubran tanto lo lúdico como lo formativo y que así lleve a la activación y la ruptura del aislamiento como objetivo básico de trabajo.

Se trata de crear una red de prevención y acción comunitaria dirigida a detectar y prevenir situaciones de riesgo y vulnerabilidad lo antes posible, para establecer una respuesta completa, coordinada, transversal y gradual a la soledad no deseada.

Como principios básicos, mantendremos la escucha activa, el acompañamiento, el apoyo psicológico, la visión activa y positiva de la vejez, el reconocimiento de la heterogeneidad de la población mayor y el aprendizaje cooperativo y colaborativo.

SISTEMA DE DETECCIÓN Y ALERTA

Establecer un buen sistema de detección y alerta de situaciones de soledad resulta clave para evitar dificultades posteriores. ¿Cuánto tiempo tardamos en detectar y responder a una situación de aislamiento? Para establecer este sistema de detección es clave el **“boca a oído”**, que sean los **propios vecinos** y entidades como los comercios de barrio los que puedan detectar estas situaciones, para actuar más precozmente. Otra de las fuentes fundamentales de detección son los **centros de salud**, donde puede tenerse noticia de esta situación por la asistencia a la propia persona sola o por información de terceros. Además, contamos también con los propios **dispositivos municipales y las entidades sociales**. En todos los casos resulta indispensable preguntar si la persona se siente sola, ya que habrá que diferenciar entre la soledad subjetiva y la objetiva.

Para este cometido se propone crear una oficina de atención municipal a la soledad que desarrolle las siguientes tareas:

- Censo de personas solas del municipio a partir del padrón. Posteriormente se contacta con las personas que identifiquemos en esta situación para evaluar su estado y sus necesidades (¿desean ser visitadas? ¿tienen sus necesidades cubiertas?). Así mismo, se desarrolla un mapa de riesgos y vulnerabilidades en el municipio.
- Creación de un grupo de alerta/ radar inmediato para la detección, trabajando en red en cada barrio para actuar de manera preventiva. Podrán ser personas y también instituciones sanitarias o sociales y farmacias u otros comercios “de barrio”.
- Creación de un teléfono abierto para la detección y campaña de difusión.

SISTEMA DE INTERVENCIÓN GRADUAL

Para intervenir en las situaciones detectadas, resulta fundamental disponer, por una parte, de personas formadas para desarrollar acercamientos progresivos que rompan las situaciones de aislamiento y soledad y, por otra parte, recursos de tipo comunitario coordinados entre sí que puedan canalizar la continuidad de la intervención, graduándola y analizando su evolución.

Como se trata de una tarea nueva, compleja y necesariamente transversal, se propone la creación de una mesa de con la participación de diferentes instituciones, para evaluar y filtrar las demandas y coordinar las respuestas.

Esta mesa es un espacio de coordinación estable estructurado que permita el trabajo en red implicando a diferentes instituciones: servicios sociales, de salud y de emergencias, así como ONGs de voluntariado y atención a mayores, redes vecinales y otros agentes sociales. Inicialmente se propone un calendario de reuniones mensual, si bien se establecerá un sistema de comunicación telemático para activar de manera urgente los mecanismos y protocolos de respuesta ya establecidos en ella. Para su actuación, seguirá los protocolos ya establecidos y aprobados para las mismas situaciones: derivación entre policía local y servicios sociales y entre centros de salud y servicios sociales, complementándose los mismos con un protocolo de activación del dispositivo preventivo o de

acompañamiento y estudiando la necesidad de establecer, si esto fuese necesario algún protocolo complementario.

Como funciones de este espacio colaborativo se establecen las siguientes:

- Contribuir a la detección de casos y a la sensibilización ciudadana
- Estudiar los casos de los que se tenga noticia para determinar el tipo de respuesta según la situación presentada.
- Desarrollar una herramienta informática común para todos los profesionales, para recoger la información de diferentes fuentes sobre cada caso concreto.
- Evaluar los casos conocidos, desde el Modelo de Atención Centrada en la Persona. Se valorará la gravedad, para determinar el tipo de respuesta a dar ante la situación detectada y se contactará con los diferentes recursos y servicios que puedan prestar el apoyo necesario.
- Establecer una guía de recursos para posibles respuestas complementarias

Así, por ejemplo, si un vecino o un comerciante se pone en contacto con la oficina atención a la soledad o a través del teléfono habilitado a tal fin señalando un posible caso, se procedería de la siguiente manera:

¿Tenemos información completa? Nombre y apellidos, dirección, teléfono, demanda percibida. Si tenemos la información completa la entidad receptora comprueba si esa persona tiene o no ficha o expediente abierto en su dispositivo y contacta con el usuario para recabar más información. Si no tiene abierto expediente previo, se establece ficha de derivación a servicios sociales (*ANEXO I*) para pre-evaluación y valoración del caso, con visita domiciliaria si es preciso (cuestionario breve de screening de Barber, *ANEXO II*). Se consulta al resto de dispositivos si ellos también están trabajando y en qué sentido. Se contacta con el interesado y se le pregunta si consiente o no y demanda o no intervención, informándole de las posibilidades y evaluando si existe incapacidad o en una situación de maltrato (en cuyos casos se procede a la denuncia obligatoria por parte del dispositivo que detecte el caso). Si consiente se inicia o continua la intervención y si no consiente se informa que conociendo las posibilidades deniega la intervención por propia voluntad. Si no tenemos la información completa, la policía local trata de recabar esta información básica, solicita así mismo consentimiento para notificar su caso a la mesa y una vez completa la información se procede como en el supuesto anterior.

Una vez recabada la información, se establece con el/ la interesada el desarrollo de la intervención pertinente, que puede ser:

- Asistencial: tramitación situación dependencia, establecimiento de algún recurso...
- Informativa: información de situación actual y las posibilidades a su alcance
- Asistencial con acompañamiento psicosocial: combinando estancia en centro de día o recibir servicio teleasistencia y acompañamiento complementario.
- Sólo de acompañamiento social (con petición de ésta por parte de la mesa)

En cuanto a las cuestiones legales, de conformidad con lo establecido en la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, se procederá a solicitar al usuario o

usuaria consentimiento, previa información, para que facilite o de acceso a datos de carácter personal, que en todo caso quedaran archivados y serán tratados de acuerdo con los parámetros establecidos por dicha ley y posteriores. Únicamente se tiene prevista la realización de cesión o comunicación de estos datos para atender a obligaciones de tratamiento y con las siguientes finalidades:

- Posible derivación a servicios sociales, sanitarios o asistenciales, siempre que se valore necesario para una correcta intervención con el o la usuaria/o
- Fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, policía local o autonómica, como parte del seguimiento de medidas judiciales de protección en vigor o de intervención policiales realizadas en el ámbito de la víctima (emergencias en domicilio, interposición denuncias, etc.)
- Mesa de coordinación de vulnerabilidad establecida para coordinar recursos

PROGRAMA VOLUNTARIADO: CONTIGO, CREANDO REDES DE SOLIDARIDAD

Se trata de apostar por la buena vecindad y su desarrollo como red de apoyo mutuo, detección y respuesta clave. En la actualidad diferentes organizaciones ya desarrollan programas de acompañamiento similares, de lo que se trata es de aumentar el número de personas sensibilizadas y comprometidas con este particular y ponerlas en común, estableciendo mecanismos compartidos.

Las bases de esta actividad de voluntariado son:

- Creación de una base datos/ censo de voluntarios centralizado en el Punto de información al voluntariado. Cobertura legal de dichos voluntarios/as.
- Formación y puesta en común de la formación y seguimiento con encuentros y reuniones periódicas. Establecimiento de límites y buenas prácticas en las actividades de acompañamiento: qué se puede y no se puede hacer.

Así mismo se intentan incentivar otras áreas como la promoción del intercambio cultural en el que los mayores que emigraron puedan compartir su experiencia con otras personas en la misma situación, y se puedan crear “lazos interculturales” e “intergeneracionales” que den una respuesta global y satisfactoria a todos, con independencia de la edad y nacionalidad de origen.

Por último, se potencia la creación de redes y su respuesta: usuarios que reciben acompañamientos y que luego dan esos acompañamientos convirtiéndose en sujetos activos, implicándose en el programa y empoderándose.

PROPUESTA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Se desarrolla una campaña de sensibilización a la población general y a los mayores en particular, para dar a conocer el objetivo de evitar la soledad y pedir colaboración en la detección de estas situaciones y en la respuesta de acompañamiento.

Por otra parte, se hace difusión específica a profesionales sanitarios, entidades sociales, dispositivos municipales y comercios, mediante información detallada del proyecto y cartel. Se crea además un teléfono permanente para detección de casos, un correo y un espacio físico (oficina de atención).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Presentación del proyecto “Contigo. Acompañamiento a personas mayores solas” El 24 de octubre de 2018, con participación de la alcaldesa de Getafe y asistencia de las entidades implicadas



Entrega de pulseras Alzheimer, para personas con enfermedad de Alzheimer en grado moderado, a través del convenio firmado por la Comunidad de Madrid, la empresa que ha diseñado y comercializa la pulsera identificativa y la Fundación Gonzalbo-Marqués, que financian parte del proyecto y que suscribe el Ayuntamiento de Getafe. El acto de entrega tiene lugar el 31 de octubre de 2018



Jornada “Getafe, ciudad amigable con las personas mayores”, en el salón de actos de la Universidad Carlos III, con participación de personas mayores, profesionales y posterior encuesta y coloquio-debate de situación, el 17 de diciembre de 2018



Programa “comercios amigos de los mayores”: como radares de detección de mayores que puedan estar solos y acciones de buen trato a las personas mayores

Charlas para personas mayores, realizadas por profesionales diversos y con temas de interés específico, a desarrollar durante enero a junio de 2019 y **Programa intervención grupal en duelo** desde la casa del mayor



Actividad intergeneracional en el IES Menéndez Pelayo, en junio de 2019, con participación de alumnado de 1º de ESO y personas mayores, que les permitió conocerse, escuchar historias de vida y fomentar lazos intergeneracionales



Verano activo, desarrollado de junio a septiembre de 2019, para fomentar actividades de ocio compartido en aquellas personas mayores que no puedan salir de vacaciones en verano

En septiembre de 2019, coincidiendo con la celebración del día mundial del Alzheimer, se realiza una actividad organizada por la mesa comunitaria del Centro de Salud Las Margaritas: **“La memoria está en las margaritas”**, donde se desarrollan aspectos diversos en relación con la enfermedad



En 2020, con la aparición de la pandemia por SARS-CoV2, las actividades se vieron inicialmente suspendidas, pero se buscaron alternativas para continuar con la prevención y el apoyo a la soledad no deseada. Así, se iniciaron actividades en Youtube como el **programa de ejercicio para personas mayores “Muévete”** o las clases de baile de **Mayores artistas:**



Y ahora las actividades presenciales vuelven a poder realizarse, desarrollándose algunas como **talleres de autocuidado para personas mayores**, llevadas a cabo por profesionales del Centro de Salud El Greco o los **Grupos de Paseo**, en los que se aúna fomentar la actividad física con consejos sobre autocuidado e información sobre recursos del entorno (centro de mayores, centro cívico, teatro, espacios de tertulia...)



Esperamos poder seguir avanzando en el proyecto con el esfuerzo y la ilusión de todos y todas las que participamos en él....

ANEXO I: FICHA DE USUARIO




FICHA USUARIO

DATOS PERSONALES		Nº DE SOLICITUD:		
APELLIDOS Y NOMBRE:				
D.N.I.:		FECHA NAC.:		
TELÉFONO:		TELÉFONO FAMILIAR:		
DIRECCIÓN:				
VIVE SOLO: <input type="checkbox"/>		HIJOS:	HIJOS EN GETAFE:	
ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPA:				
PROFESIÓN Y AFICIONES:				
ENFERMEDADES:		TRATAMIENTOS:		
OBSERVACIONES:				
CUESTIONARIO		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
<u>Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?</u>				
¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?				
¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?				
¿Queda con otras personas de su edad para salir a la calle?				
¿Va a algún parque, asociación o Centro Cívico donde se relacione con otros mayores?				
¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio?				
¿Tiene problemas de salud que le impidan salir a la calle?				
¿Tiene dificultades para hacerse la comida diaria?				
RECURSO ASIGNADO:				
<input type="checkbox"/> Acompañamiento en domicilio		<input type="checkbox"/> Derivación a: _____		

Ejg

De acuerdo con la legislación vigente de Protección de Datos, la Concejalía de Mayores del Ayuntamiento de Getafe, como responsable del tratamiento de los datos personales con ocasión del presente programa CONTIGO, informa que los mismos serán tratados con la base legítima de su consentimiento, con la única finalidad de gestionar los recursos necesarios para la ejecución de dicho programa, no utilizándolos para otra finalidad, le informamos que sus datos no se cederán a terceros salvo por obligaciones legales.

ANEXO II: CUESTIONARIO BREVE DE SCREENING DE BARBER

Test de Barber- Medio urbano

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población anciana. Se trata de una escala autoadministrada para población urbana. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 ó más	Sugiere riesgo de dependencia

Estrategia municipal contra la soledad emocional o relacional en las personas mayores

Autora: Pilar Serrano Garijo

Jefa del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Dirección General de Mayores.
Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Ayuntamiento de Madrid.

serranop@madrid.es



**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**ESTRATEGIA MUNICIPAL CONTRA LA
SOLEDAD EMOCIONAL O RELACIONAL EN
LAS PERSONAS MAYORES**

Pilar Serrano Garijo
Jefa de Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.
Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y
Bienestar Social.
Ayuntamiento de Madrid.

TOMEMOS A MODO INTRODUCTORIO LA “AMIGABILIDAD” CON LAS PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE MADRID

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables fue impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para dar respuesta a dos grandes tendencias demográficas mundiales, el envejecimiento de la población y la creciente concentración urbana; y la adhesión a la misma refleja el compromiso de las ciudades de escuchar y trabajar, en colaboración con las personas mayores, para crear entornos físicos y sociales amigables. Madrid comenzó su andadura con la solicitud de adhesión a la Red en 2013, que se formalizó en 2014, y tras los trabajos previos de diagnóstico se aprobó el primer Plan de Acción para el periodo 2017-2019. Concluido y evaluados sus progresos, el Pleno del Ayuntamiento de Madrid acordó en febrero de 2020, dar continuidad al proyecto de la mano de este nuevo Plan “Madrid, Ciudad Amigable con las Personas Mayores 2021-2023”, que está plenamente integrado en la estrategia municipal y refleja nuestro compromiso para lograr una ciudad abierta e inclusiva que favorezca el desarrollo personal en plenitud de derechos a cualquier edad. Tiene su punto de partida en el Acuerdo de Gobierno del Ayuntamiento de Madrid 2019- 2023, donde encontramos acciones de gran calado como el abordaje de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Asimismo, se hace eco de los Acuerdos de la Villa, aprobados por unanimidad el 7 de julio de 2020.

La evaluación del plan anterior sintetiza los avances más destacados en cuanto a amigabilidad e identifica las necesidades y prioridades como nuevo punto de partida para seguir avanzando, entre ellas, la soledad, tanto en relación con la experiencia subjetiva como a las redes de apoyo y el entorno social.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA CIUDAD

La estructura demográfica de la población de Madrid resulta determinante en el diseño y ejecución de la política pública municipal, no solo en las medidas expresamente vinculadas con las personas mayores, sino en el conjunto de la estrategia urbana. En la ciudad de Madrid, la pirámide de población presenta la forma característica de las sociedades envejecidas. Además, otro rasgo característico de nuestra sociedad es el creciente número de hogares unipersonales.

Que una persona viva sola no significa que esté o se sienta sola, pero no es menos cierto que implica un cambio en el estilo de vida que impacta en el tejido social y debe tenerse en cuenta. En la ciudad de Madrid 164.233 personas de 65 años o más viven solas, un 24,5%. Ese porcentaje sube al 32,6% en el caso de las personas de 80 años en adelante, en su mayoría mujeres (62.797 frente a 13.988 hombres). La gran mayoría están perfectamente integradas en la sociedad, gozan de una buena calidad de vida y tienen los apoyos que precisan. Pero no se puede ignorar que una parte de ellas sufre soledad emocional, relacional o mixta, e incluso aislamiento.

confinamiento en la población de la ciudad de Madrid tras la declaración del Estado de Alarma por la pandemia, las personas de 65 años y más acusaron algo más la soledad: el 66,7% de las personas menores de 65 años no sintieron sentimientos de soledad nunca o casi nunca, frente al 64,7 de las mayores de 65 años.

En relación con el objetivo de favorecer la permanencia en el domicilio habitual, los grupos focales señalan la necesidad de intervenir en las posibles situaciones de soledad no deseada en los hogares y ofrecer alternativas a las personas mayores mediante intervenciones de índole diversa, como las ayudas para la mejora de las viviendas o el acompañamiento organizado en el ámbito comunitario. Pero cabe destacar el papel fundamental de los servicios sociales municipales, como se desprende de las encuestas de valoración de los mismos.

MEDIDAS ESPECÍFICAS CONTENIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN 21-23

Son muchas las contempladas en el plan que favorecen las relaciones sociales y luchan contra la soledad emocional, relacional o mixta

Dentro de la línea “Entorno cívico y social: una ciudad para todas las generaciones”, encontramos referencias al tema, ya que el entorno social y cultural es determinante en la calidad de vida de las personas. En línea con este planteamiento general, encontramos algunos objetivos específicos interesantes para el tema que nos ocupa, entre otros:

- Visibilizar la contribución de las personas mayores y resignificar esta etapa de la vida para cambiar la forma en que, como sociedad, concebimos, sentimos y actuamos respecto al envejecimiento.
- Mejorar la inclusión social propiciando actitudes, comportamientos y mensajes respetuosos hacia las personas mayores.
- Promover un nuevo modelo de Centros Municipales de Mayores más participativo.

Pero es en el eje dos “Prevención y atención integral: una ciudad que responde a las necesidades de la población mayor”, donde este Plan presta especial atención al problema de la soledad no deseada.

Este fenómeno, característico de las grandes ciudades en todo el mundo, afecta al conjunto de la población, pero tiene consecuencias especialmente perniciosas y más difícilmente reversibles en la población mayor.

La soledad no deseada es, al mismo tiempo, causa y efecto de la aparición o agravamiento de la dependencia en las personas mayores. Por ello, se incluyen en este ámbito diversas acciones encaminadas a prevenir, detectar e intervenir ante situaciones de este tipo, teniendo en cuenta factores tanto personales como sociales. En particular, se considera el mayor riesgo de exclusión que sufren las mujeres por el hecho de que, en general, sus relaciones sociales han estado supeditadas a las de sus parejas. Además, son más longevas pero viven esta etapa con peor salud y, también con carácter general, son más reacias que los hombres a establecerse en pareja tras enviudar.

ESTRATEGIA CONTRA LA SOLEDAD

El plan refleja las medidas tomadas por las distintas áreas municipales, orquestadas de algún modo por la estrategia municipal específica para personas mayores desarrollada a continuación y que evidentemente tiene puntos comunes con otras destinadas a población general.

Como objetivo general, se busca contribuir a disminuir el sentimiento de soledad de las personas mayores a través del 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, todo con el deseo de mejorar la realidad en la que vivimos, en especial para los mayores que se sienten solos y aislados.

Nuestra Área de Gobierno la ha concebido basada en cuatro pilares:

1. 'MADRID, MÁS CERCA DE TI'

Se encarga de dar uniformidad a las actuaciones, detectando problemas que aún no han emergido, anticipándose a la necesidad y dotando de homogeneidad a los registros, de modo que la evaluación sea más sencilla y eficaz.

2. 'MADRID TE ACOMPAÑA'

En el campo del acompañamiento se ha previsto la puesta en marcha de una aplicación denominada "Madrid te acompaña", que consiste en un sistema soportado por una app que pone a disposición de las personas mayores un voluntario para gestiones y acompañamiento puntuales diversos, contando a su favor con la cercanía del voluntario a la persona mayor que lo necesita. Una innovación en el campo del acompañamiento llevado a cabo por Voluntarios por Madrid. Se trata no solo de acompañar sino de crear vínculos y proporcionar ayuda, convirtiéndose, además, en "antenas" para la detección de situaciones de soledad no deseada u otros riesgos, favoreciendo la atención por la red con la que la estrategia cuenta.

3. 'MADRID EN RED'

Madrid en red o Madrid vecina, es una forma innovadora de tejer redes sociales y de posicionar a las personas mayores en el corazón del barrio. Se centra en el trabajo comunitario, la potenciación de las redes sociales y el acompañamiento afectivo.

Se ha denominado Madrid en red o Madrid vecina y pivota especialmente en el trabajo comunitario y cuenta con la inestimable colaboración de la Fundación Grandes Amigos. A su proyecto de larga trayectoria de Grandes Vecinos, que ya viene actuando en el municipio desde hace unos años, se incorporan nuevas líneas de detección y coordinación, sin dejar a un lado el acompañamiento emocional.

El programa Grandes Vecinos, desarrollado por Grandes Amigos en colaboración con el Ayuntamiento de Madrid a lo largo de los últimos años, es una iniciativa puesta en marcha con el fin

de recrear la solidaridad vecinal y poner en contacto a personas mayores con sus vecinos/as en un espíritu de respeto y libertad mutua. Este programa, es una forma innovadora de tejer redes sociales y de posicionar a las personas mayores en el corazón de barrio. De manera muy sencilla, permite poner en relación a personas que viven cerca y que, con acciones muy simples, pueden ayudar a paliar la soledad de las personas mayores del barrio y mejorar su calidad de vida.

Tras el éxito de esta iniciativa y la detección de las necesidades existentes en el entorno con la experiencia de su implantación, se planteó la ampliación de este programa, considerando un abordaje integral de la soledad desde el ámbito de la detección, la coordinación, la intervención y la prevención de la misma, implicando a la sociedad en esta misión con el foco en tres cuestiones: el trabajo comunitario, la potenciación de las redes sociales (a través de Grandes Vecinos) y el acompañamiento afectivo. Tres ejes que se apoyan y se enriquecen entre sí y que facilitan conjugar el voluntariado y la acción vecinal como vehículos para la inclusión, la transformación social, el desarrollo humano, la prevención de la soledad en sus diferentes dimensiones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores y las personas y agentes involucrados.

La página web de “Madrid Vecina” recoge la visión más global del proyecto, la de mayor calado comunitario, definiéndola como una red de apoyo vecinal que busca detectar y prevenir situaciones de soledad en las personas mayores. “Conectamos a vecinas/os, comercios, agentes sociales de las administraciones públicas, asociaciones vecinales... Entre todas formamos una red para estar pendiente de las personas mayores de nuestro entorno, saber si están o se sienten solas, echarles una mano en lo que necesiten y facilitar su socialización y participación en la vida del barrio”.

Ni que decir tiene que actúan como “antenas” y se integran en la estrategia global tanto en la detección como en la intervención.

4. ‘MADRID CONTIGO’

Se basa en la potenciación de las actividades encaminadas a paliar la soledad en todos y cada uno de los programas y servicios existentes (Centros de Día, Tele asistencia, Servicios Domiciliarios de Atención Directa, etc., además de la puesta en marcha de nuevos recursos: extensión de la Tele asistencia domiciliaria, actividades grupales, visitas a domicilio, equipos distritales, etc., poniendo el énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la soledad no deseada, para la cual, no podemos dejar a un lado la detección que nos permitirá actuar en cada grupo de personas de una manera específica.

El uso de instrumentos comunes es de gran ayuda, sea cual sea la población sobre la que se desee actuar y la estrategia precisa para ella.

Haremos referencia a la prevención universal, primaria en el argot sanitario, mencionando como ejemplo los talleres formativos de envejecimiento activo en los CMM. Este tipo de prevención no requiere de selección alguna, se dirige a la población general, sin riesgo conocido, al igual que las acciones de sensibilización.

En la prevención selectiva, secundaria, los factores de riesgo están presentes y se hace necesaria la identificación de los mismos. También sirven como ejemplo las actividades grupales.

Al referirnos a la prevención indicada, terciaria, en la estrategia se contempla tanto la intervención individual o grupal.

No se parte de cero, son muchos los servicios y programas que ya trabajan en este tema:

Centros municipales de mayores.

Son un auténtico recurso de socialización. Sus actividades grupales, educativas o de ocio ya cumplen una función clara frente a la soledad. El fomento del voluntariado, los grupos de acogida y las actividades grupales descritas anteriormente reforzaran su papel. Además, existe un compromiso de mejora en su carta de servicio. Actúan en todos los niveles de prevención y hay que señalar que alrededor de la mitad de la población mayor de 65 años de Madrid es socia de los centros, de ahí su gran potencial.

Centros de día.

Dada su forma de trabajo, basado en el modelo de atención centrada en la persona, el abordaje de los sentimientos de soledad no es ajeno a su labor cotidiana.

Residencias municipales.

Con un impacto poblacional menor dado su escaso número, no hemos de olvidar que la soledad en las residencias de personas mayores es de una frecuencia inusual. También aquí se trabaja con el modelo de atención centrado en la persona y se hace una intervención integral.

Apartamentos para mayores.

También escasos numéricamente, se incluyen en la detección de soledad e impulso al uso de servicios comunitarios, especialmente los centros de mayores y sus actividades de socialización.

Teleasistencia.

Es un recurso contra la soledad en sí mismo ya que no solo ofrece seguridad sino también compañía. Es enorme su potencial de detección e intervención, así como sus grandes beneficios. Por esa misma razón, la carta de servicios ha incluido la mejora del trabajo en soledad no deseada. Simplemente, la valoración de los nuevos usuarios puede detectar e intervenir en gran cantidad de casos. Tras un cribado inicial, la cercanía de los teleoperadores puede detectar casos de soledad no deseada que además puede abordarse por el equipo de psicólogos. Es de destacar la firma de un convenio entre las entidades prestadoras del servicio y las tres ONG con las que mantenemos convenios para la realización de un pilotaje de detección y derivación, que ya se ha puesto en marcha.

Servicios domiciliarios de atención directa.

El mayor potencial se encuentra en el servicio de ayuda a domicilio, por el gran número de usuarios. El uso de herramientas de cribado al alta y de información de recursos existentes dentro del propio servicio, específicas para el tema, o las mencionadas a lo largo de este documento pueden ser suficiente en algunos casos. Para los más complejos puede ser útil el equipo de intervención en domicilio de nueva creación. También aquí se ha incluido como mejora en la carta de servicio el incremento en el trabajo en soledad no deseada.

En el caso de las comidas a domicilio, la situación es semejante en cuanto a la detección y también hay actividades de socialización. El equipo de intervención en domicilio puede ser de utilidad aquí, al igual que en otros servicios domiciliarios que también pueden ser detectores.

Otros servicios.

Tanto los de carácter más activo (como el ejercicio al aire libre) como los de carácter más asistencial (los destinados a cuidadores) son potenciales detectores y socializadores en sí mismos. En el caso de “Cuidar a quienes cuidan”, ya se trabaja la soledad no deseada de manera específica y se valora en los seguimientos anuales. No obstante, se ha intensificado la actividad en el nuevo contrato, de manera que, a las sesiones habituales, terapéuticas, educativas o de autoayuda, se han unido sesiones específicas socializadoras.

Nuevos servicios

Como refuerzo de todo lo anterior se cuenta con un nuevo servicio de visitas domiciliarias, nuevas actividades grupales y equipos de atención a las personas mayores vulnerables en los distritos.

Equipo de visitas domiciliarias.

Para la valoración de la soledad emocional o relacional, cuya finalidad es el contacto y enganche que permita establecer una relación de confianza y realizar una valoración del caso y ayudar a la persona mayor a establecer sus objetivos, contado con técnicos en integración social. Tras la valoración de las características individuales y sus circunstancias, se hace una aproximación a la posible soledad emocional o relacional, y se informa de las distintas posibilidades o recursos más adecuados a su situación, tanto fuera como dentro del hogar.

Actividades grupales preventivas para desarrollar en centros municipales.

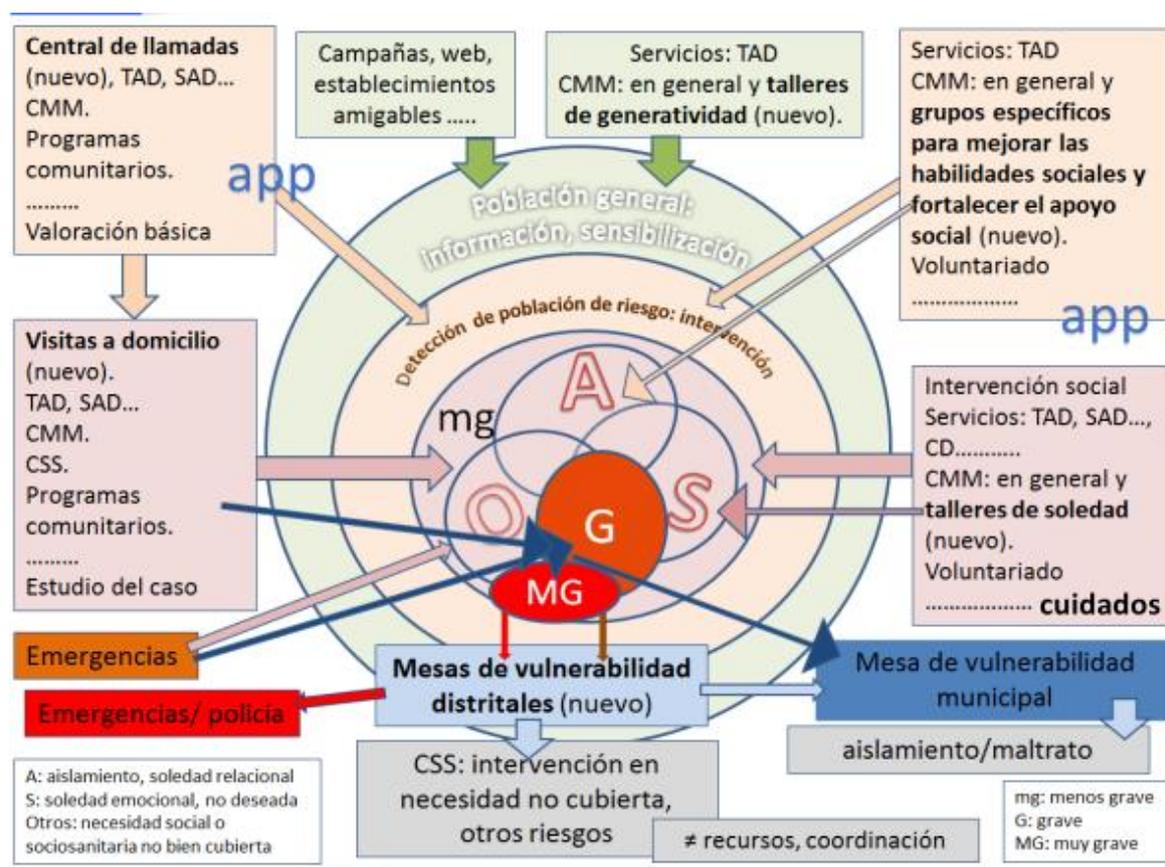
Destinadas a hacer prevención universal, con contenidos sobre generatividad, participación, productividad y derechos, discriminación por edad, o el estigma de la soledad en las personas mayores. Se trata de aprender a gestionar el proceso de envejecer y siempre con perspectiva de género. Otras destinadas a la prevención selectiva, en la que los factores de riesgo están presentes y se hace necesaria la identificación de los mismos. Dos tipos de intervenciones básicas, las que pretenden mejorar las habilidades sociales y las que tienen como finalidad fortalecer el apoyo social. Las de prevención indicada requieren un programa completo, psicoterapéutico, destinado a quienes presenten sentimientos de soledad no deseada,

detectados y medidos con herramientas validadas. Están conducidos por personal de la rama de la psicología o la educación social.

Equipos de detección de vulnerabilidad de personas mayores.

Se trata de equipos técnicos para el abordaje de casos complejos de intervención con personas mayores, relacionados con el maltrato, la vulnerabilidad, la soledad, con un enfoque de detección precoz y prevención de situaciones no deseables. Aunque no son específicos para soledad no deseada, sin duda resultaran de gran ayuda para la acción coordinada en el territorio, especialmente en los casos de soledad asociada a necesidad social o sociosanitaria. Actualmente en fase de pilotaje.

Todo lo referido con anterioridad ha de ser inevitablemente orquestado en aras de una mayor eficacia, y eso es lo que refleja el esquema.



En verde se señala lo relativo a la población general, sin ningún riesgo especial. Se incluyen los talleres nuevos de los Centros Municipales de Mayores, prevención universal.

En color beige se indica la existencia de riesgos. A la izquierda, algunas vías de detección con formulario sencillo, y a la derecha, algunos recursos para la prevención selectiva, entre los que están

los nuevos talleres para mejorar las habilidades sociales que pueden ser útiles no solo como prevención selectiva si no también como indicada para quienes tienen aislamiento menos grave.

De un tono rosado, están quienes ya tienen un problema. A las formas de detección anteriores se añaden las nuevas visitas domiciliarias. A la derecha, entre los recursos, los talleres de soledad para quienes sufren soledad emocional. Los casos menos graves que así lo requieran obtendrán intervención social convencional en los Centros de Servicios Sociales (CSS). Hablamos de prevención indicada.

En un tono naranja se han puesto casos con problemas graves, y en rojo muy graves.

Aunque no es el caso de la soledad no complicada, en el esquema se refleja la existencia de la mesa de vulnerabilidad municipal y el programa específico de aislamiento, porque somos conscientes de que en la búsqueda de soledad no deseada son muchos otros los problemas que afloran.

Más información en: madrid.es/mayores

El programa Siempre Acompañados

Autora: Eulalia Cardeña Franquet

Responsable del programa Siempre Acompañados, de la Dirección Corporativa de Programas Sociales. Fundación La Caixa.

ecardena@fundaciolacaixa.org

A promotional graphic for a symposium. The background is a photograph of three elderly people walking away on a path. The text is overlaid on the image. At the top left, it says 'SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES' in large, bold, black letters. Below that, in smaller black letters, is '16 DE NOVIEMBRE DE 2021'. On the right side, there is a red rectangular box with the year '2021' in white. In the lower-left quadrant, there is a circular portrait of Eulalia Cardeña Franquet. To the right of the portrait, the text reads 'EL PROGRAMA SIEMPRE ACOMPAÑADOS' in bold black letters, followed by 'Eulalia Cardeña Franquet' and her title: 'Responsable del Programa Siempre Acompañados de la Dirección Corporativa de Programas Sociales. Fundación La Caixa.'

EL RETO DE LA SOLEDAD: PROGRAMA SIEMPRE ACOMPAÑADOS

La soledad es uno de los retos sociales y sanitarios a los que se enfrentan las sociedades occidentales: El aumento de la esperanza de vida, las nuevas formas de convivencia, una nueva organización del tiempo y los cambios en los modelos de familia y de sociedad nos ofrecen una realidad cada vez más compleja, de la cual emergen nuevos retos, entre ellos la soledad. Además La pandemia, ha hecho aflorar la soledad de muchas personas que han vivido este período de una forma más negativa aumentando su sentimiento de vulnerabilidad y fragilidad, pero también nos ha mostrado que las personas tenemos muchos recursos para afrontar situaciones adversas como la soledad. Algunos encuestas realizadas a las personas usuarias de los centros de mayores, nos ha demostrado que, a pesar de los altos porcentajes de sentimiento de soledad, más del 64% de las personas , se demostraba que la mayoría de las personas mayores luchan por afrontar la soledad y salir de ella, poniendo en marcha estrategias basadas en un afrontamiento proactivo, consiguiendo disminuir estos sentimientos de soledad.

Estas conclusiones nos llevan a pensar que la mejor estrategia contra la soledad es activar los recursos propios de la persona para que establezca sus propias estrategias para afrontar la soledad. ,y activar estos recursos será la mejor forma de prevención contra la soledad. Con este objetivo nació el programa *Siempre Acompañados*.

Porque el Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa", con más de cien años de historia, tiene como objetivo estratégico abordar los nuevos desafíos que se presentan en la vejez para contribuir a generar reflexión, conocimiento y programas de intervención que hagan frente a esos retos. De esa voluntad nació, en el año 2013, el programa *Siempre Acompañados*, a fin de plantear un modelo innovador para intervenir en las situaciones de soledad en las personas mayores.

Con esta visión, *Siempre Acompañados* plantea y desarrolla una metodología de intervención innovadora que implica a la propia persona mayor como sujeto activo y protagonista de su proceso de envejecimiento, teniendo en cuenta su historia de vida, sus deseos y sus intereses; poniendo en valor sus recursos personales y su capacidad de adaptación y de toma de decisiones, y confiando en sus capacidades para hacerse fuerte y empoderarse ante situaciones de soledad.

El programa parte de una visión compleja de la soledad, y desarrolla herramientas que permiten evaluar y valorar la situación de cada persona, adecuando y personalizando la intervención, y ofreciendo respuestas diversas y complejas a situaciones que son diferentes. Este modelo de intervención asume, además, la necesidad de intervenir desde la creación de alianzas con y entre administraciones, entidades y ciudadanos, impulsando el trabajo en red para fomentar el bienestar y el apoyo entre las personas, creando y facilitando oportunidades para construir vínculos entre ellas, pero también dando respuestas a necesidades concretas a partir de los recursos existentes. Por último, la propuesta de *Siempre Acompañados* se plantea también como meta la sensibilización de la ciudadanía, para que esta sea consciente tanto de la importancia de las relaciones sociales en la salud

y en la vida de todos los ciudadanos, como de la necesidad de apoyar a aquellos que sufren soledad y que, por lo tanto, son más vulnerables.

EL PROGRAMA

El objetivo del Programa es Impulsar relaciones de apoyo y bienestar entre las personas mayores, a través de una intervención que empodere a las personas, comprometa a la comunidad y sensibilice a la ciudadanía, para prevenir y paliar las distintas situaciones de soledad

En este sentido, se pretende ser un referente innovador en el abordaje de la soledad en personas mayores. Articular intervenciones novedosas para abordar la complejidad y la diversidad de las situaciones de soledad. ·Intervenir en los distintos contextos, condiciones y situaciones de soledad durante el proceso de envejecimiento, situando a las personas en el centro de la intervención como sujetos activos del cambio, desde sus valores, capacidades, necesidades y deseos. Articular redes comunitarias de apoyo, bienestar y cuidados. Colaborar con otras entidades e instituciones impulsando una forma integrada de intervención. Contribuir a la generación y difusión del conocimiento sobre la soledad, así como sobre nuevos métodos de evaluación e intervención.

Como se articula?:

El Programa se implementa en territorios concretos situados en barrios o distritos que los ayuntamientos determinan previamente en base a parámetros sociodemográficos: índice de envejecimiento, recursos de la comunidad, contexto.

La Administración local tiene un papel primordial por su conocimiento del territorio, por la relación con los diferentes agentes del municipio y por la posibilidad de coordinación e integración de sus diferentes departamentos (servicios sociales, centros de mayores...), que será fundamental de cara a ofrecer una intervención lo más integral posible tanto a nivel comunitario como individualizado. Por ello, es importante la implicación de los Ayuntamientos y la firma de un convenio para el desarrollo el programa en un territorio concreto.

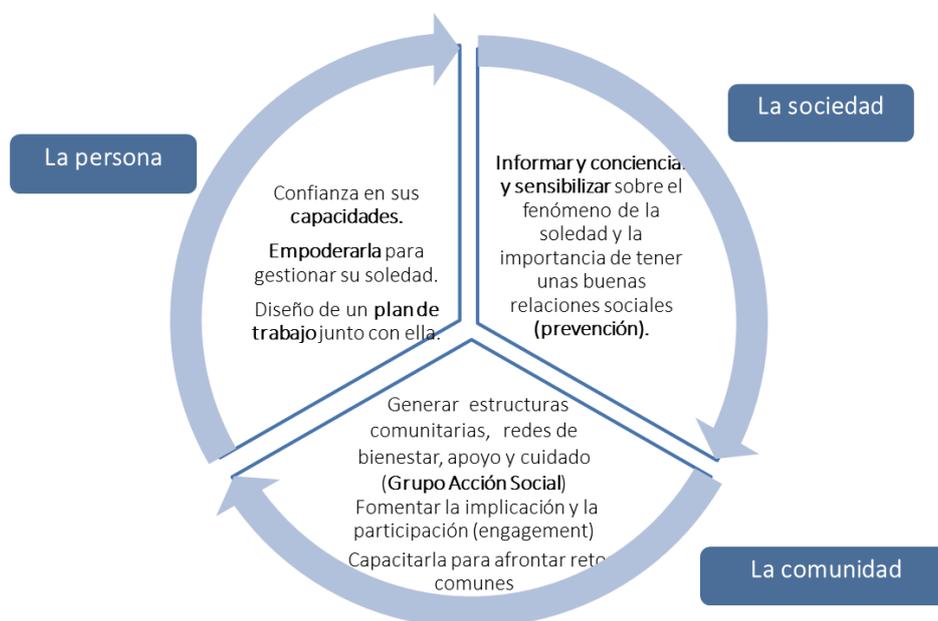
Así mismo, para llevar a cabo el programa, Fundación la Caixa llega a acuerdos con una entidad de carácter social arraigada en el territorio que será quien desplegará el programa al territorio, creando un equipo de intervención formado por dos personas que se especializa en la intervención en situaciones de soledad.

Ejes principales

El programa contempla tres ejes principales que son:

- **La persona mayor** en situación de soledad, entendiéndola como sujeto activo, responsable de su proceso de envejecimiento y empoderándola con sus capacidades y fortalezas.
- **La comunidad**, trabajando para construir redes de apoyo que ayuden a detectar y acoger a las personas en situación de soledad.

- La **sociedad**, informando y sensibilizando de la importancia de tener buenas relaciones y prever situaciones de soledad, y contribuyendo a la sensibilización sobre la soledad.



Eje comunitario

El Equipo de Intervención deberá realizar un proceso de prospección y conocimiento del territorio que le permitirá, detectar a los actores locales y a los posibles agentes del programa en el territorio de intervención, las iniciativas similares o de interés que se están llevando a cabo, así como qué necesidades y/o intereses se perciben por parte de quienes componen la comunidad. De este proceso resultará un *documento de diagnóstico* y un *mapa de recursos* del territorio, que serán el punto de partida para la intervención.

El desarrollo de la dimensión comunitaria del programa pone el acento en la necesidad de contar con la participación y la colaboración de todos los actores locales: administraciones públicas, (áreas de salud, universidades, colegios, bibliotecas...), entidades del tercer sector, entidades de personas mayores, ciudadanía, asociaciones de mayores, vecinos, comercios, farmacias... y los voluntarios, que son un elemento esencial tanto para el acompañamiento, como la detección o la sensibilización.

Todas estas entidades constituyen el Grupo de Acción Social (GAS), un espacio que fomenta el trabajo conjunto para dar respuestas compartidas a las situaciones de soledad de su territorio, impulsar acciones de información y sensibilización sobre las situaciones de soledad, a la vez que detectar y articular respuestas conjuntas y coordinadas de cara a que las personas mayores que se encuentren en estas situaciones puedan afrontar, gestionar y su situación de soledad.



Eje intervención con la persona

La premisa principal del equipo de intervención es reconocer la propias capacidades de la persona y confianza en sus recursos para elaborar sus propias respuestas para hacer frente a la situación de soledad.

El equipo de intervención, trabajará con la persona un plan individualizado que se realizará en base a las necesidades y característica de la persona y sí como a la tipología de soledad que esta pueda sufrir: soledad emocional, soledad social, soledad familiar, soledad por «ausencia de relaciones íntimas» y soledad por «pérdida de relaciones significativas».

Este plan contempla el concepto de vida cotidiana (entendida como las actividades que un sujeto realiza y, también, sus relaciones y el sentido que extrae de todo el conjunto), trabajando los mecanismos de afrontamiento de la soledad en la vida diaria, así como analizando las conductas específicas que las personas ponen en marcha. Introducir pequeños cambios en las rutinas de la vida cotidiana, permitirá transformar el día a día de la persona, logrando mejorar su autopercepción, empoderándola y mejorando los sentimientos de soledad.

Para la intervención con la persona, se tiene en cuenta factores como la situación familiar y la convivencia, las redes sociales (familiar, vecinal y de amigos) analizando parámetros objetivos (tamaño, frecuencia y vía de relación) y subjetivos (confianza para pedir ayuda, satisfacción), analizando y valorando los sentimientos asociados a la soledad (frecuencia, percepciones y estereotipos respecto a la soledad, sufrimiento que comporta...).

Todas estas variables son analizadas a través de diferentes instrumentos elaborados al efecto y también escalas psicométricamente validadas. Esta misma herramienta servirá para realizar el seguimiento de la persona, ya que cuenta con elementos para medir su evolución en el transcurso de la intervención:

Para la evaluación de la situación de soledad: Escala de soledad De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS), para evaluar la presencia y la intensidad de los sentimientos de soledad.

Para la evaluación de la situación de salud: Cuestionario de salud EuroQol-5D (EuroQol Group, 1999), de medición de la calidad de vida relacionada con la salud.

El cuestionario Pfeiffer Este cuestionario fue diseñado por Pfeiffer en 1975 (Pfeiffer, 1975; De la Iglesia et al., 2001) como instrumento de cribado del deterioro cognitivo

Plan intervención

El Plan de Acción se establece por mutuo acuerdo entre la persona, su familia si está presente , y los profesionales que la acompañan, y es un compromiso entre todas ellas.

También es esencial contar con el apoyo de la comunidad, así como con la aportación de los recursos necesarios para mejorar su situación y generar oportunidades que faciliten el establecimiento de vínculos entre personas.

Se establecen *objetivos* para todos los agentes implicados (la persona, la familia, la comunidad y propio programa), que se definen en *acciones y responsabilidades* concretas para todos. Y estas acciones se realizarán en momentos determinados del día (configuración temporal de la intervención), confiriendo a la vida cotidiana un ritmo adecuado que favorezca disminuir la soledad.

DIMENSIONES DE TRABAJO



El equipo es el responsable de hacer seguimiento periódico de la persona, del desarrollo del Plan de acción, de la revisión de la evolución de su sentimiento de soledad y de ir ajustando el plan de acción y las propuestas de actividades en cada momento.

Eje de Información y sensibilización de la ciudadanía

Las acciones de información y sensibilización social sobre la soledad están dirigidas tanto a las personas mayores como a la población en general, con el objetivo de detectar situaciones de soledad, así como prevenir y sensibilizar a la ciudadanía sobre dicho fenómeno, movilizándolo también su compromiso y activación como posibles voluntarios.

MAPEO TERRITORIO

IMPLEMENTACIÓN AL TERRITORIO



Jerez (Cruz Roja)	Terrassa (Cruz Roja)
Granada (Fundación Albihar)	Sabadell (Cruz Roja)
Málaga (Cruz Roja)	Sta. Coloma G. (Cruz Roja)
Murcia (Cruz Roja)	Lleida (Cruz Roja)
Logroño (Cruz Roja)	Tàrrrega (Cruz Roja)
Pamplona (PAUMA)	Girona (Cruz Roja)
Palma M. (GREC)	Tortosa (Cruz Roja)

En proceso : 5 TERRITORIOS

Lisboa
O Porto
Zaragoza
Tenerife
Las Palmas

CONCLUSION

A modo de conclusión, el Programa apuesta por empoderar a las personas, articular a las comunidades y sensibilizar a la ciudadanía. Confiamos en las personas para afrontar la soledad, creemos en el potencial de las redes comunitarias de apoyo y cuidado, y nos comprometemos con una ciudadanía compasiva y sensible

El programa Radars: un abordaje comunitario de la soledad

Autora: Rosa Rubio Giner

Directora del programa Radars. Directora Territorial de Servicios Sociales de Gràcia.
Ayuntamiento de Barcelona.

rrubiog@bcn.cat

**SIMPOSIO SOLEDAD NO DESEADA
EN LAS PERSONAS MAYORES**

16 DE NOVIEMBRE DE 2021

2021

**EL PROGRAMA RADARS: un abordaje
comunitario de la Soledad**

Rosa Rubio Giner
Directora del programa *Radars*. Directora Territorial de Servicios Sociales
de Gràcia.
Ayuntamiento de Barcelona.

El modelo Radars: Un abordaje comunitario de la soledad

Vivimos en una sociedad cada vez más urbana y con una población más longeva y más aislada. Los estudios sobre el envejecimiento en los últimos años han despertado el interés de diferentes ciencias y sistemas del Bienestar Social (Salud, Servicios Sociales, etc.). Históricamente era un proceso explicado exclusivamente desde las ciencias médicas, donde los aspectos biológicos tenían una importancia central y fundamental. Sin embargo, actualmente se opta por explicar la salud en general, y el envejecimiento en particular, desde una perspectiva más amplia y compleja, desde una mirada bio-psico-social.

En este contexto, el aspecto relacional es un factor básico para el bienestar de las personas. Por ello, disponer de una red social de apoyo es un elemento fundamental a la hora de valorar la calidad de vida de las personas mayores. La ausencia de dicha red provoca una situación de soledad, en muchos casos no deseada. Pero más allá de este efecto negativo de carácter inmediato, la ausencia de red social de apoyo también puede comportar un aumento de riesgos a diferentes niveles, tanto en relación a la salud física como a la psicológica.

La soledad no deseada es un concepto complejo de definir y de abordar. Aunque puede estar presente en cualquier momento del ciclo vital, es en el proceso del envejecimiento donde cobra mayor potencia y se hace más visible. Las redes sociales se hacen más frágiles y reducidas, los contactos – a pesar de disponer de más tiempo- se hacen menos frecuentes. El proceso de pérdidas en el envejecimiento es multifactorial: se acentúan las dificultades para reestablecer relaciones; pérdidas en el ámbito laboral, pérdidas del círculo convivencial y de amistades, pérdidas en las capacidades motrices, cambios sustanciales en el entorno urbanístico. A pesar de que a menudo el proceso de pérdidas no es reversible en algunos aspectos sí se puede intervenir en las consecuencias que comporta. En muchas ocasiones es un proceso acompañado de una falta de perspectiva, de un plan de vida que dificulta que las personas que sufren una situación de soledad no deseada puedan cambiar su situación.

A pesar de ello, todas las personas tienen necesidades de relaciones sociales y potencialidades para abordar el sentimiento de soledad. Estas potencialidades se deben contemplar en la intervención social para romper y revertir esta situación de modo que sea posible volver a establecer **vínculos** sociales, comunitarios e interpersonales.

El **Proyecto Radars** tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas que viven en una situación de soledad no deseada a través de una amplia **red comunitaria** que, a modo de las redes de los circos tradicionales, haga de sostén y protección para la vida de las personas con mayor fragilidad.

Radars es un proyecto de acción comunitaria liderado por los Servicios Sociales municipales, que ha optado por la acción comunitaria como abordaje de la soledad no deseada. El objetivo es involucrar a la ciudadanía en la construcción de barrios más amables, sensibles y respetuosos con las personas mayores. Barrios en los que las personas mayores vuelvan a ser visibles a los ojos de sus vecinos,

con vecinos facilitadores para su revinculación a la vida social y relacional de los Barrios. Todo ello, con el objetivo de acabar con la soledad no deseada de la forma más natural y cotidiana posible.

¿Por qué actuamos?

- Porque el progresivo envejecimiento de la población (un gran logro desde el punto de vista social y sanitario) está provocando un gran impacto en la sociedad del siglo XXI.
- Porque el modelo de vida urbano es el dominante y conlleva un aislamiento social con especial impacto en las personas mayores.
- Porque la soledad (especialmente la no deseada) tiene un efecto devastador sobre la salud y el bienestar de la gente mayor.
- Porque hay incipiente voluntad de intervención desde las políticas sanitarias y sociales para incidir en la soledad como medio preventivo.
- Porque la revolución de la longevidad es un desafío nuevo frente al cual no tenemos ni herramientas de largo recorrido ni contrastadas (desde las políticas públicas). Es necesario construirlas.

¿Qué queremos conseguir?

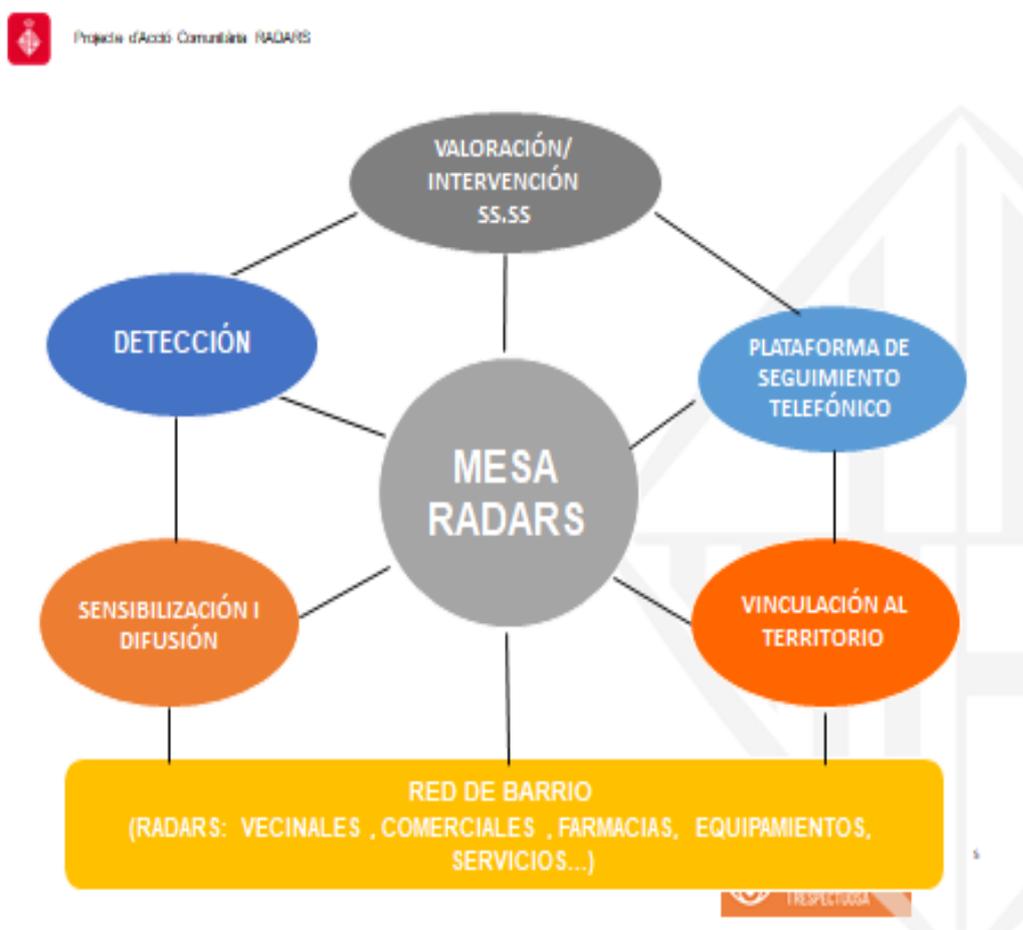
- Construir una red de barrio que visibilice a las personas mayores y genere respuestas individuales y colectivas a problemáticas sociales.
- Detectar y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores: que las personas mayores que han elegido vivir en su casa, puedan hacerlo en condiciones de bienestar y seguridad, con la complicidad de su entorno.
- Paliar los efectos negativos de la soledad no deseada de las personas mayores y vincularlas a su comunidad.

Para alcanzar estos objetivos, Radars impulsa la creación de una red de detección, prevención y vinculación en los barrios, en la que participan vecinas y vecinos, comerciantes, entidades financieras, farmacéuticas/os, personas voluntarias y profesionales de entidades, equipamientos y servicios vinculados a cada barrio.

Una de las mayores dificultades que nos hemos encontrado a la hora de abordar la soledad no deseada es que se trata de un sentimiento que, en ocasiones, puede ser difícil de reconocer (tanto de cara al entorno como incluso para la propia persona). Esto es debido a que suele vivirse como una situación “avergonzante”. Para revertir esta situación, es necesario que el entorno de las personas mayores participen y se impliquen en la creación de una sociedad más amable y sensible con las personas mayores. Desde Radars se persigue crear una Red de barrio solidaria que facilite la detección

de estas situaciones facilitando así la re-vinculación de estas personas con su entorno, acompañándolas y participando activamente del proceso .

Todas las líneas de actuación que se realizan en el marco del proyecto se desarrollan a partir del siguiente esquema.



1.Objetivo: Activación de un sistema Comunitario

- Principal órgano decisorio del proyecto. Espacio de deliberación y toma de decisiones.
- Espacio dinámico, de intercambio de información entre entidades , Servicios Sociales, equipamientos, servicios, vecinos y vecinas del barrio etc.
- Se diseñan, planifican y evalúan las estrategias y acciones que se llevarán a cabo en el marco del proyecto.



2.Objetivo: Difusión y sensibilización del fenómeno de la Soledad

- Corresponsabilizar a la comunidad en la mejora del bienestar y calidad de vida de los vecinos mayores.
- Dar a conocer el proyecto en el barrio y promover una mirada sensible y respetuosa hacia las personas mayores.
- Conseguir la implicación de colaboradores de barrio que aporten tiempo y dedicación al cuidado de sus vecinos mayores



3. Objetivo: Detectar situaciones de riesgo o soledad no deseada



La labor de detección es compartida por los diferentes agentes de la comunidad. El proyecto pone especial atención en incorporar a los diferentes servicios y agentes que por su posición estratégica en relación con las personas mayores son detectores privilegiados. Se invita a participar y adherirse al proyecto a farmacias, entidades financieras, comercios de proximidad, servicios públicos, entidades y asociaciones, vecino/as a título individual .

Vinculación con la comunidad. Llamadas telefónicas de confianza y actividades de proximidad Plataforma de Seguimiento Telefónico



Existen diferentes estrategias para paliar la soledad no deseada, hay entidades y servicios que apuestan por realizar funciones de acompañamiento individual y en algunos casos grupal a las personas mayores. Desde el proyecto Radars optamos por una metodología comunitaria desarrollada mediante diferentes acciones

La Plataforma de Seguimiento Telefónico integrada por personas voluntarias del barrio es la encargada de realizar las llamadas de seguimiento como estrategia para establecer con las personas mayores una relación de confianza y el vínculo relacional que facilitará que las personas mayores salgan de su situación de aislamiento y soledad y participen de la vida comunitaria. En estas actividades propuestas la persona voluntaria tiene un papel fundamental de acompañante y facilitador, las principales funciones son:

- Llamadas desde la proximidad
- Vínculo afectivo y de confianza y espacio seguro de relación
- Estrategias conjuntas para abordar la soledad
- Dar a conocer equipamientos y actividades de barrio
- Acompañamiento de la personas mayores a las actividades
- Organización de pequeños encuentros con vecinos de proximidad.
- Organización de fiestas y celebraciones.

El Voluntariado Radars: Formación y acompañamiento. Fomento del envejecimiento activo

Las personas voluntarias son el alma del proyecto acceden al mismo por diferentes vías (derivados por Salud o Servicios Sociales, a partir de diferentes llamados al voluntariado) participan en uno o varios ámbitos de intervención en uno o varios ámbitos en función de sus intereses y disponibilidad. Durante el año 2020 han participado de manera constante 295 personas voluntarias.

Son los responsables de la difusión y sensibilización en el barrio, de la adhesión de comercios, farmacias y vecinos, de la realización de las llamadas de compañía y acompañamiento a las actividades relacionales a las personas mayores. Para la realización de todas estas labores reciben la formación y el apoyo constante de los profesionales de los Servicios sociales.

El perfil de las personas voluntarias varía en función de las características sociodemográficas de cada barrio, pero cabe destacar que la media de edad está en 68,4 años. Con ello podemos inferir que estamos atendiendo y dando respuesta a otra necesidad que es la promoción del envejecimiento activo.

Resultados y efectos del proyecto Radars. Un proyecto comunitario pionero en la atención de la soledad no deseada

El proyecto Radars se inició en el año 2008 en el barrio del Camp de Grassot de Barcelona. Paulatinamente se fue extendiendo a diferentes barrios de la ciudad hasta su implementación en 56 de los 73 barrios de la Ciudad .

Durante esta larga trayectoria se han realizado diferentes evaluaciones sobre la vinculación de las personas usuarias. En la última encuesta realizada (agosto 2021) un 54% manifiesta que desde que

recibe la atención de los voluntarios sale más de casa y conoce mucho mejor la configuración de su barrio actual. La participación en las actividades organizadas por el proyecto es del 49,6%, donde afirman que han conocido gente nueva que está en condiciones similares a las suyas y muy próximas, lo cual favorece su socialización. Un 90% de las personas encuestadas verbalizan que recomendarían la participación en el proyecto.

El proyecto Radars ha destacado por ser un proyecto pionero en la atención de la soledad desde un abordaje comunitario, lo que ha comportado que diferentes administraciones locales y organizaciones se hayan interesado por replicar-lo en sus municipios. Actualmente el Ayuntamiento de Barcelona tiene firmado convenio con 16 ciudades del estado español. Radars Barcelona pone a disposición de estas ciudades los materiales y protocolos elaborados para cada una de las fases del proyecto, facilitando así la correcta implantación del proyecto en cada uno de los territorios.

Contacto con el proyecto Radars: rrubiog@bcn.cat / radarsgentgran@bcn.cat

Vídeo explicativo: <https://www.youtube.com/watch?v=-K3EQVNANuI>

Conclusiones

El *Simposio Soledad no deseada en las personas mayores*, organizado por la Comunidad de Madrid el 16 de noviembre 2021, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia, de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, se configuró como punto de partida inicial de la *Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada*, iniciativa liderada por la Comunidad de Madrid. Tenía como finalidad posibilitar un espacio de encuentro en el que poder profundizar y reflexionar sobre la soledad no deseada en las personas mayores, los diversos aspectos y características diferenciales que se relacionan con la experiencia de vida en soledad y llevar a cabo un recorrido por una serie de experiencias exitosas de trabajo en red para paliar la soledad y reducir el aislamiento social.

En el Simposio, quedó patente que la soledad, sobre todo la que se debe a la distancia entre los contactos, las relaciones y las interacciones sociales deseadas y las reales, es una experiencia de marcada vivencia individual, que tiene importantes efectos negativos sobre el bienestar, calidad de vida y la salud de las personas. Una persona mayor que vive sola es potencialmente vulnerable a determinados riesgos que pueden llegar a limitar su bienestar, especialmente cuando ésta es una situación no deseada. A medida que la edad se incrementa, queda patente el aumento del riesgo de experimentar sentimientos de soledad. Aunque residir en hogares unipersonales no implica, a priori, una calidad de vida inferior a la vida en compañía, en el Simposio se vio como hay diferentes factores que, a menudo, son concomitantes a la vida en solitario, siendo los más relevantes el empeoramiento de la salud, los problemas de accesibilidad dentro y fuera del hogar, la reducción de relaciones afectivas, el distanciamiento de los hijos/as, el déficit de interacciones sociales y escasa o nula participación social, la pérdida de poder adquisitivo...

Según expuso Sacramento Pinazo-Hernandis en su ponencia sobre los *Últimos Avances en Investigación en Materia de Soledad*, recientes estudios longitudinales muestran que el secreto que hace que unas personas vivan con más bienestar a lo largo de su vida y tengan una vida más longeva son las buenas relaciones sociales. Los beneficios de crear vínculos personales plenos ayudan a retrasar el deterioro cognitivo, mantener la memoria, tener un buen sueño reparador y controlar el estrés. Cuando se trata de longevidad, la felicidad es un indicador más fiable que la predisposición genética.

La soledad es la discrepancia entre las relaciones que una persona tiene y las que desearía tener. La soledad es una experiencia subjetiva y desagradable resultado de la percepción de unas relaciones sociales deficitarias. Es una evaluación cognitiva y no solo el resultado de la ausencia de personas alrededor, sino la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones existentes. La soledad es una sensación desagradable vivida por cada persona de un modo diferente.

Las relaciones sociales son muy positivas a lo largo de la vida ya que pueden moderar el impacto de los acontecimientos vitales de las personas como las transiciones evolutivas, los momentos de crisis y los problemas de salud. Somos seres interdependientes y la soledad, mata. Además de tener contacto

con la familia, contar con amigos y vecinos reducen en mayor medida los sentimientos de soledad. No solo es importante tener muchas personas en nuestras redes de relación o redes sociales; es más importante aún la calidad de esas relaciones. La intimidad, la confianza, el respeto mutuo, son los aspectos cualitativos de las relaciones, y los estudios dicen que estos aspectos cualitativos son más importantes para reducir la soledad que la cantidad de relaciones. Respecto a la intervención, se ha demostrado que amistades estimulantes y aumentar el apoyo de las redes sociales son medidas exitosas para reducir la soledad, de modo que el apoyo social emocional es un elemento protector.

La soledad es multidimensional. El hecho de vivir solo en la vejez es considerado un factor de riesgo, pero no es el único ni lo es siempre. Hay muchas y diversas vivencias de la soledad y además pueden cambiar a lo largo de la vida. Vivir solo y sentirse solo no son lo mismo. Soledad y aislamiento social tampoco son lo mismo. La realidad es que se puede estar solo, aislado y marginado y no existir soledad y al contrario. Si queremos abordar la soledad en el ámbito comunitario, no podemos partir solo de “un listado de las personas que viven solas”.

La soledad no solo afecta a las personas mayores o durante la vejez. Es algo que nos acompaña a lo largo de la vida y debemos aprender a vivir con ella. Cada vez es más indiscutible la necesidad de nuevos y diferentes recursos que permitan a las personas mayores de 65 años envejecer participando de la vida social y comunitaria como lo puede hacer cualquier otro grupo de edad. Ni deben ni pueden ser marginadas ni invisibles. Falta todavía trabajar mucho para reducir la imagen estereotipada de las personas mayores y visibilizar más su contribución social pasada y presente. Todavía hay mucho por hacer para desterrar el *edadismo* -entendido como la actitud discriminatoria relacionada con la edad- y la *infantilización* con la que muchas personas mayores son tratadas. Falta también implementar más modelos de cuidados centrados en el buen trato, el respeto y la dignidad de las personas mayores, *Centrados en la Persona*. Vivimos en sociedades individualistas cada vez más conectadas por la tecnología, que, paradójicamente cada vez están más desconectadas. Ansiamos el calor y el afecto humanos. Necesitamos mejorar el contacto entre las personas a lo largo de la vida y la cohesión entre generaciones.

Por otro lado, la soledad, además de ser un problema social, tiene importantes repercusiones en la salud cuando se convierte en un estado crónico y persistente. Afecta a los mecanismos neurobiológicos e incrementa la hipervigilancia, se relaciona con depresión, ansiedad, problemas de alimentación e incremento de ideas suicidas. La soledad se ha asociado positivamente con un mayor uso de servicios de salud mental. La soledad tiene un papel etiológico en el inicio de la depresión y aumenta los síntomas depresivos, hallándose ambas -soledad y depresión- en un ciclo de retroalimentación que se refuerza mutuamente. Diferentes investigaciones recalcan que las intervenciones en soledad deberán tener en cuenta el objetivo de mejorar el estado afectivo.

La soledad está también relacionada con una mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, mayor sedentarismo y fragilidad, aumento de la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico (hipertensión arterial, altos niveles de glucosa, altos niveles de triglicéridos, bajos niveles de colesterol HDL y exceso de grasa abdominal). La soledad aumenta la presión sanguínea sistólica, lo que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas coronarias. Ante las mismas horas de sueño, las personas que refieren sentir soledad durante el día permanecen más tiempo en la cama despiertas y tienen un peor funcionamiento diario, que se caracteriza por tener baja energía, altos niveles de sueño y fatiga. De igual modo, sentirse solo se asocia con un mayor riesgo de demencia independientemente de la enfermedad vascular, depresión y otros factores.

La soledad se relaciona con una salud percibida negativa, lo que puede ser una de las causas del aumento de la utilización de los recursos sanitarios por parte de la población mayor que presenta soledad: visitas frecuentes a los servicios de urgencias hospitalarias y a los centros de atención primaria, así como una mayor probabilidad de ingreso hospitalario y en residencias de personas mayores.

Entre los factores de riesgo se asocian mayores niveles de soledad en personas que realizan una menor actividad social y de ocio, siendo un dato llamativo que las personas que ven mucho la televisión se sienten más solas, por lo que la televisión no parece una buena estrategia para aliviar la soledad. La muerte del marido o la esposa y de los amigos junto con la desconexión social después de la jubilación, son algunos de los eventos que cambian la vida y contribuyen a la soledad en las personas mayores. De estos tres factores, el que tiene un mayor peso en sentirse solo es la pérdida del cónyuge o pareja. Parece ser que tener pareja es el factor fundamental para no sentirse solo, independientemente de la edad.

Los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con las personas que nos rodean y esta necesidad (*necesidad de afiliación*), es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes. Sentirnos valiosos, necesitados, percibir que nuestras vidas tienen sentido, recibir apoyo social a través de estas interacciones, sentirnos queridos y cuidados son aspectos que nos protegen de experiencias emocionales desagradables que podrían ir vinculadas a depresión y soledad. Las relaciones sociales actúan como amortiguadores ante circunstancias adversas.

Respecto a las diferencias de género los hallazgos en la experiencia de la soledad en mayores son escasos y algunos contradictorios. Aunque la mayoría de los estudios muestran que las mujeres informan de soledad en mayor grado que los hombres, la prevalencia general de soledad severa muestra poca diferencia entre hombres y mujeres, desafiando el estereotipo de que la soledad es una experiencia específicamente femenina, pues se ha visto que cuando se controlan los análisis teniendo en cuenta el estado civil, la edad y la forma de vida o convivencia (vivir sólo), el sexo ya no se asocia de forma independiente con la soledad. La soledad pues, no tiene género, ni edad.

En el Simposio se expuso también con detalle la incidencia de la soledad no deseada en sus distintos escenarios (hogares unipersonales, residencias, personas encargadas de realizar cuidados de larga duración...), destacando que actualmente, más de 2 millones de personas por encima de 65 años viven solas en nuestro país y, concretamente, en la Comunidad de Madrid, casi una de cada cuatro personas mayores vive sola en su domicilio. Se resaltó que las proyecciones demográficas anuncian que esta relación aumentará, llegando a alcanzar casi al 30% para el 2030, según el Instituto Nacional de Estadística.

Por su parte, Juan López Doblas en su ponencia titulada *Soledad diferencial entre hombres y mujeres* se centró en las pautas diferenciales en la incidencia de la soledad en mujeres y varones, a partir de los resultados del proyecto de investigación denominado: "Personas mayores en soledad. Problemas cotidianos y mejora de su calidad de vida" (PRY186/19), financiada por la Fundación Centro de Estudios Andaluces (Junta de Andalucía). Se resaltó que conviene tener en cuenta como, a nivel estadístico, hay una tendencia ascendente (desde que se dispone de registros) de varones viviendo solos en España. Respecto al estado civil, la proporción de mujeres viudas se mantiene elevadísima, siendo menor entre los varones viudos. En ellos es mayor la presencia de solteros, separados o divorciados, e incluso de casados. Hombres y mujeres están registrando un fuerte proceso de envejecimiento demográfico en el siglo XXI, ganando bastante peso estadístico las personas de 80 o más años.

A nivel cualitativo, la vivencia de la soledad por parte de las mujeres y de los varones es diferente en bastantes aspectos. En lo referente al **déficit de apoyo instrumental** (condiciones materiales de vida), para muchas personas mayores que no tienen pareja y viven solas en casa las necesidades no cubiertas (reales o percibidas) motivan el sentimiento de soledad. Esto es más frecuente que ocurra entre los varones que entre las mujeres. Disponer de hijas cerca (o de hijos, aunque en menor medida) es un recurso más decisivo para los varones que para las mujeres, ya que aportan una ayuda más frecuente en muchas tareas domésticas y en los cuidados de salud que puedan existir. Muchos viudos, sobre todo en el medio rural, reclaman a la familia el apoyo instrumental que necesitan. Las viudas, en cambio, prefieren 'aguantar' más (por no 'molestarles', aunque tengan necesidad) y echar mano de este recurso más adelante, si dejan de valerse por sí mismas. Por su parte, los varones solteros (no tienen descendientes) y los divorciados (escasez relacional conflictos) carecen de este recurso. Entre ellos, así como entre los viudos sin hijas o hijos viviendo en el entorno, tienden a admitir que sufren sentimientos de soledad y se han encontrado casos de necesidades básicas no cubiertas (alimentación, higiene, salud). La falta de apoyo instrumental provoca situaciones de desesperación en algunas personas, a veces dramáticas, y un sufrimiento de la soledad profundo, silencioso e indefenso. Los varones expresan una mayor propensión a la institucionalización en el futuro que las mujeres. Por su parte, la experiencia previa de muchas mujeres en tareas de cuidados de familiares de enfermos o ancianos les está sirviendo (o servirá) para afrontar las necesidades propias de salud (autocuidado, diálogo con el médico, etc.). Los varones, en cambio, poseen una mejor posición económica y pueden afrontar con más medios la contratación de ayuda profesional en

tareas domésticas. Pero, aun así, falta el componente emocional en el cuidado, que es clave contra el sentimiento de soledad cuando se tienen necesidades instrumentales.

En lo referente al **déficit de apoyo emocional** el sentimiento de soledad se aprecia en todas las personas viudas. Los varones soportan peor la pérdida del cónyuge que las mujeres. Muchos viudos, sobre todo recientes, expresan tener problemas de adaptación a la vida en solitario. Las mujeres expresan más sentimientos de apego emocional que los varones por la vivienda. Hay más casos de varones que han cambiado de domicilio. Los varones dedican menos tiempo a hacer las tareas domésticas cotidianas que las mujeres. Si tienen familiares en el entorno, las mujeres hacen por verlos a diario y mantener un trato personal en mayor medida que los varones, quienes pueden pasar días o semanas sin el trato cara a cara. En los días laborables, hay viudas que cocinan e invitan a comer a casa a algún descendiente, práctica que no se ha recogido en ningún varón. Ello les permite relacionarse de continuo y suelen ser fuente de apoyo emocional. Por su parte, las mujeres se declaran en general más religiosas y obtienen de ello una fuente de apoyo emocional en casa y de apoyo social en el exterior (actividades ligadas a la práctica religiosa). Los varones, son más dispares en este sentido.

En lo referente al **aislamiento y escasez de apoyo emocional** el vecindario es un recurso mucho más habitual y efectivo (a nivel emocional y social) para las mujeres que para los varones, tanto en el medio rural como en el urbano. Algo parecido ocurre con respecto a las redes de amistad: las de los varones suelen ser más reducidas en cantidad y más superficiales en calidad. Los varones, en general, se declaran reacios a desahogarse emocionalmente con sus amistades (o en el marco vecinal). Esto no se ha apreciado entre las mujeres. La incidencia del sentimiento de soledad entre las mujeres parece concentrarse más en la noche. En los varones que la sufren, la soledad tiende a aparecer en cualquier momento, mañana, tarde o noche. Los viudos declaran una actitud más propensa a volver a emparejarse que las viudas y prefieren que esa nueva relación sea en formato tradicional (conlleve la convivencia diaria), mientras que aquellas viudas interesadas prefieren una relación LAT (*Living apart together*), en la que no comparten techo. Por parte de los varones separados y divorciados también hay una actitud favorable hacia esta opción de emparejamiento sin convivencia. No obstante, la mayoría de las mujeres mayores rechaza en rotundo establecer una nueva relación de pareja.

La ponencia de Mónica Donio Bellegarde-Nunes titulada *La Soledad en las Residencias y en los Domicilios*, se centró en la conceptualización de la soledad, destacando que la soledad no deseada puede surgir en cualquier etapa del ciclo vital, aunque es en la etapa de la vejez cuando pueden surgir diversos eventos vitales estresantes que favorecen la aparición o el aumento de los sentimientos de soledad, entre los que destacan la jubilación; la viudez y el duelo por la pérdida de la pareja o de personas de su misma generación; el “síndrome del nido vacío”, cuando los hijos adultos se van de la casa de sus padres; el diagnóstico de una enfermedad grave o la comorbilidad de enfermedades crónicas; la necesidad de asumir el papel de cuidadora de otra persona con problemas de salud, en situación de discapacidad o de dependencia y la institucionalización, con el ingreso en una residencia para personas mayores y la

consecuente necesidad de adaptarse a un nuevo entorno, dejando atrás casa y entorno habitual y conocido.

En las últimas décadas, se ha evidenciado una tendencia mundial al llamado “*ageing in place*” o deseo por envejecer en casa. Algunos estudios indican que la mayoría de los españoles mayores preferiría seguir viviendo en sus propios domicilios a mudarse a la casa de un familiar o a ser institucionalizados. Para atender a esta demanda, se hace necesario contar con suficientes recursos dirigidos a prevenir la dependencia y, cuando la persona ya se encuentra en situación de discapacidad o fragilidad, poder ofrecerle los servicios y apoyos que necesite para poder seguir viviendo en su casa con autonomía e independencia.

Por su parte, las residencias para personas mayores son un importante recurso para atender las necesidades de cuidados de algunas personas mayores quedando patente la necesidad de transformar estos espacios en lugares hogareños donde poder vivir con dignidad y seguir desarrollando los proyectos vitales, mientras se reciben una atención bio-psico-socio-espiritual con los apoyos que resulten necesarios. La institucionalización supone un gran cambio en la vida de las personas mayores y puede provocar un aumento de la soledad y la depresión. Dejar su entorno habitual, pasar a vivir bajo normas rígidas conlleva una serie de pérdidas materiales, sociales y abstractas. Hay una desconexión con la red de apoyo social habitual (familia, amigos, vecinos) y una disminución de las interacciones sociales. La privacidad e intimidad de la persona mayor institucionalizada se ven coartadas, ya que rara vez la persona contará con un espacio que sea solo suyo. Compartirá espacios con personas que acaba de conocer y con quienes no ha elegido vivir, muchas veces teniendo incluso que compartir su habitación y baño con otra persona residente. Esta pérdida de privacidad se ve aumentada en los casos en los que el propio personal de la residencia no tiene el suficiente cuidado para entrar y salir de las habitaciones solicitando permiso o al realizar las curas con la puerta de su habitación o la del baño entreabiertas o en presencia de otras personas. Estas malas prácticas afortunadamente se vienen corrigiendo poco a poco. Las normas estrictas en relación con los horarios y las actividades que se pueden desarrollar en las residencias, limitan la libertad que tenía antes la persona mayor para entrar y salir y para seguir con su rutina habitual. Hay una discontinuidad de su proyecto de vida, ya que, en general, es la persona quien tiene que adaptarse al nuevo entorno y no la institución la que tendrá en cuenta sus necesidades y preferencias para seguir desarrollándose personalmente o realizar actividades placenteras. Sumado a esto, hay que destacar que muchas de las personas mayores que van a vivir a una residencia se encuentran en una situación de mayor fragilidad y vulnerabilidad, tienen una serie de enfermedades crónicas, deterioro funcional y cognitivo. En definitiva, la institucionalización suele asociarse a una pérdida de la autonomía personal, donde la toma de decisiones sobre aspectos importantes de la vida cotidiana de la persona mayor y de los cuidados que recibe se transfieren a otras personas (el equipo de profesionales del centro, los familiares u otros cuidadores), generando sentimientos de inutilidad y de no pertenencia y aumentando la probabilidad de que la persona se sienta más sola.

Cada vez hay más personas mayores que viven solas en sus domicilios, en hogares unipersonales, lo que conlleva un mayor riesgo de aislamiento social y de soledad no deseada. La viudedad provoca una sensación de vacío emocional, de soledad y depresión, combinadas con una percepción de pérdida del apoyo instrumental y emocional. En cambio, el hecho de tener pareja puede ser un importante factor protector contra la soledad no deseada ya que se ha observado que las personas que viven en pareja se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad frente a las que están viudas, solteras o separadas. Otros factores de riesgo que se relacionan con la soledad son tener deteriorada la capacidad funcional, tener un deterioro cognitivo o una demencia, contar con redes sociales pequeñas o inexistentes, disponer de pocos recursos económicos o estar en situación de pobreza.

¿Qué se puede hacer para evitar o reducir la soledad de los mayores? Basar nuestra actuación en un modelo de atención que sea respetuoso y que ponga a la persona mayor en el centro de la intervención, más en concreto, aplicando el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Desde las residencias empoderar a la persona mayor, conocer su historia de vida, adaptar los servicios a sus necesidades y preferencias, facilitar su integración social y las relaciones interpersonales, ofrecer variedad de actividades que para ella sean significativas y plenas de sentido, apoyarla para que siga con su proyecto vital, animar a que las familias participen en los cuidados de las personas residentes, transformar los espacios para que sean más hogareños y parecidos a sus propias casas, facilitar la integración con la comunidad y contar con organizaciones más flexibles que se adapten a las necesidades y preferencias de las personas. Por su parte, los profesionales de las residencias deberían estar más atentos a las señales de depresión y soledad para poder identificar las personas que están en mayor riesgo e intervenir rápidamente. Promover interacciones sociales entre las personas residentes y de éstas con sus familiares y amigos e informarles sobre los recursos disponibles en el centro, seguir desarrollando las actividades que les daban placer y que tuvieron de interrumpir al ingresar en la residencia. Además, promover el voluntariado y los programas de intercambio intergeneracionales en los centros residenciales, brindando a las personas mayores más apoyo social y una oportunidad de mayor integración con la comunidad, lo que redundará en la eliminación de los estigmas relacionados con la vejez y, a la vez, empodera a las personas mayores.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a las personas mayores que viven solas en sus domicilios, y también apoyándose en el Modelo AICP, escuchar sus demandas, facilitarles el apoyo necesario para que puedan envejecer en su casa, ofreciendo recursos coordinados que atiendan a las necesidades bio-psico-sociales y espirituales de las personas, invirtiendo en servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, en centros de día y programas de respiro para cuidadores, entre otros. Además, es importante ofrecer actividades culturales, de ocio y de desarrollo personal adecuadas a los gustos y preferencias de los mayores, por ejemplo, en los centros de día y en los centros de mayores. Igualmente, seguir promoviendo el voluntariado y los intercambios intergeneracionales también en esta atención domiciliaria.

En cuanto a la detección, prevención e intervención, la soledad es una experiencia vivida de manera muy individual y distinta, lo que dificulta que una misma intervención sea eficaz para todo el tipo de personas. Es fundamental conocer las necesidades individuales del público al que va dirigida y las características de su contexto, para elaborar intervenciones más personalizadas de acuerdo con las necesidades específicas de las personas atendidas, dando voz a las personas mayores, incluyéndolas como agentes activos del proceso, permitiéndoles que participen junto a los técnicos en la co-creación de los proyectos y programas, lo cual fomenta la integración social y el sentido de pertenencia, dos aspectos fundamentales en el combate a la soledad no deseada.

Andrés Losada, en su ponencia *Soledad en las Personas Cuidadoras*, detalló como la labor de prestar cuidados de larga duración puede incidir en la aparición del sentimiento de soledad. Debido al progresivo envejecimiento de la población, se prevé que la necesidad de recibir cuidados de forma mantenida en el tiempo, por estar en una situación de dependencia, va a ir en aumento y va a ser demandada por un número creciente de personas mayores.

Cuidar de un familiar enfermo es una tarea que ha tenido lugar desde los inicios de la humanidad. En la actualidad, el envejecimiento de la población, sumado a la disminución de la natalidad y otros importantes factores como la incorporación de la mujer al mercado laboral hace que el número de personas mayores con necesidades de cuidados se esté incrementando de manera significativa en los últimos años, a la vez que se reduce el número de potenciales cuidadores tanto primarios como secundarios.

El cuidado familiar a personas dependientes es prestado en su mayoría por las familias y, específicamente, por mujeres, siendo las hijas quienes asumen las tareas del cuidado en la mayoría de las ocasiones. Si bien en los últimos años están entrando más hombres cuidadores a la red de cuidadores, la realidad es que no se ha reducido el número de hijas y esposas que cuidan. Sí se ha reducido el número de cuidadores que eran otros familiares, amigos o vecinos. Y, de los hombres que entran, la mayoría son mayores de 70 u 80 años.

Cuidar de una persona que necesita ayuda o supervisión para las actividades del día a día es considerado un ejemplo de estrés crónico, especialmente si de quien se cuida es una persona que padece Alzheimer u otras demencias relacionadas. Es más, el cuidado familiar de personas que tienen demencia se considera un ejemplo de estrés extremo, crónico o mantenido en el tiempo. Las personas dedican unas 10-13 horas al día al cuidado de sus familiares, durante años. El tiempo dedicado al cuidado supera con creces a una jornada laboral y, por lo tanto, tiene un gran impacto en todas las áreas de la vida de las personas. Así, quienes cuidan reducen (o eliminan) el tiempo dedicado al ocio, al descanso, a actividades sociales con amistades, a la familia, e incluso al propio trabajo con el riesgo asociado para su economía personal y familiar.

En diferentes estudios se ha encontrado una asociación destacada de la soledad con ser cuidador. Los cuidadores mostraron significativamente más soledad y menor control, autonomía y placer comparados con no cuidadores. Incluso, aquellas personas que ya no son cuidadoras (por ej., por fallecimiento de su

familiar) mantienen niveles elevados de soledad, al menos durante los cuatro años posteriores al cuidado. La soledad es un factor que contribuye al malestar psicológico y físico de las personas que cuidan. El efecto de ser cuidador sobre la depresión se produce fundamentalmente a través de la vía de la soledad y ser cuidador de un familiar que padece demencia es especialmente perjudicial. La soledad en personas cuidadoras está también asociada a pensamientos de suicidio y es un factor de riesgo para el inicio de problemas de dolor y fatiga. Antes las demandas del cuidado se reducen de forma significativa los contactos con otras personas (amistades, familiares, etc.) y, además, también se reducen todas las vías a través de las cuáles las personas cuidadoras obtenían refuerzos del entorno. Por ejemplo, se reducen el ocio, descanso, actividad física, etc., que llevan a los sentimientos de soledad. A su vez, por mecanismos de interacción entre la salud mental y la salud física, surgen problemas de salud como por ejemplo alteraciones neuroendocrinas e inmunológicas que favorecen la ocurrencia y aparición de enfermedades.

La escasez de recursos formales para atender a la dependencia también se asocia de forma significativa con la percepción de soledad por parte de los cuidadores. Los cuidadores deberían ser considerados pacientes y ser atendidos como tal, dadas las consecuencias que el cuidado tiene para ellos en términos de problemas de salud mental y física. Las intervenciones individualizadas y dirigidas a aquellos aspectos de vulnerabilidad que sean identificados mediante un adecuado proceso de evaluación pueden reducir los sentimientos de soledad de las personas que cuidan. Intervenciones dirigidas a la modificación de pensamientos desadaptativos influidos por creencias culturales que llevan a los cuidadores a no pedir ayuda, descansar o dedicar tiempo al ocio u otras áreas de interés, a la par que el entrenamiento en estrategias para amortiguar los efectos del estrés, que favorezcan procesos de autoeficacia, aceptación y compromiso coherentes con el valor del cuidado, pueden abrir una puerta a los cuidadores, evitando su aislamiento y posterior soledad.

Teniendo en cuenta esta situación sociodemográfica actual y las previsiones futuras que afectan a todas las sociedades occidentales, en el siguiente bloque de ponencias relacionadas con experiencias de éxito para paliar la soledad no deseada, se trató con detalle la necesidad de desarrollar políticas adecuadas y diversas y la conveniencia de llevar a cabo una diversidad de fórmulas y programas que busquen combatir la soledad no deseada de las personas mayores de manera integral y hacerlo también de manera personalizada, teniendo en cuenta las preferencias de dichas personas. En este sentido, la aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona -MAICP- ofrece una metodología muy apropiada para orientar las actuaciones y programas que se realicen.

En cuanto a la detección, prevención e intervención, la soledad y el aislamiento social son experiencias vividas de maneras muy individuales y distintas, lo que dificulta que una misma intervención sea eficaz para todo el tipo de personas. Por ello, a la hora de planificar y diseñar el conjunto de acciones es fundamental conocer las necesidades individuales del público al que va dirigida y las características de su contexto para que, de esa manera, resulte posible elaborar intervenciones más personalizadas de acuerdo con las necesidades específicas de las personas atendidas.

En la planificación y diseño de acciones encaminadas a paliar la soledad no deseada se vio también la importancia de dar voz a las personas mayores, incluirlas como agentes activos del proceso, permitiéndoles que participen, junto a los técnicos y profesionales, en el diseño y creación conjunta de los proyectos y programas. De esta manera, se fomenta la integración social y el sentido de pertenencia, dos aspectos fundamentales en el combate contra la soledad no deseada.

Concretamente, en la experiencia *Escuchar la Voz de las Propias Personas Mayores Para Actuar Contra la Soledad*, Raquel Villarreal Rodríguez detalló el trabajo que se realiza en el marco de la Red Bizam (Centros Socioculturales de Mayores) en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, que tiene como principal protagonista, eje transversal y pilar fundamental la voz, opinión, preferencias, ideas, iniciativas y participación de las propias personas mayores en todas las acciones de prevención e intervención para paliar la soledad no deseada de las personas mayores que se llevan a cabo en la ciudad de Vitoria-Gasteiz. En el marco de este trabajo se defiende que en la comunidad todas las personas son agentes de intervención en materia de soledad y que cada vez las personas mayores están más presentes en el diseño y planificación de proyectos y colaboraciones, y no tienen solamente un papel como meros receptores de las actividades. Las actuaciones de participación se configuran, entre otras, en torno a las Comisiones de Actividades, Campañas de Sensibilización y el programa "ACTIVA TU BARRIO". Son varias las líneas de actuación: trabajo con grupos motores, colaboración con agentes de la comunidad, diseño y trabajo colaborativo, formación de establecimientos y recursos amigables... Todo el trabajo está basado en el Modelo de Atención Centrado en la Persona tomando como recurso a las propias personas de la comunidad y los recursos existentes en la misma (centros de salud, centros educativos, comercios, servicios sociales de base, cafeterías, peluquerías, farmacias, parroquias, asociaciones...).

Por su parte, Beatriz Herrera Sánchez, en la experiencia *Intervención Ante la Soledad No Deseada Desde Atención Sanitaria Primaria de la Comunidad de Madrid*, expuso el trabajo que se viene realizando desde el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para paliar la soledad no deseada de las personas mayores en el municipio de Getafe, a través del el proyecto "CONTIGO. CREANDO REDES DE SOLIDARIDAD", el cual tiene un marcado carácter comunitario. Tiene como objetivo principal desarrollar un programa extenso de prevención de la soledad y el aislamiento, incluyendo un protocolo de actuación multidisciplinar que identifique los pasos a seguir para afrontar estos casos, siendo el objetivo final la normalización en domicilio. Se combina la formación de un grupo de voluntarios especializados en tareas de acompañamiento psicosocial a situaciones de soledad y aislamiento, un buen dispositivo de detección y análisis de la situación y un sistema de derivación a programas normalizados de atención y asistencia que cubran tanto lo lúdico como lo formativo y que así lleve a la activación y la ruptura del aislamiento como objetivo básico de trabajo. Se crea una red de prevención y acción comunitaria dirigida a detectar y prevenir situaciones de riesgo y vulnerabilidad lo antes posible, para establecer una respuesta completa, coordinada, transversal y gradual a la soledad no deseada. Para ello, se establece una coordinación de trabajo en red entre los servicios sociales, los servicios de atención primaria, otros servicios de salud, la policía, las entidades sociales, los servicios de mayores y la ciudadanía en general y en especial las

propias personas mayores. Como principios básicos, que giran en torno al Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, entre otros, están la escucha activa, el acompañamiento, el apoyo psicológico, la visión activa y positiva de la vejez, el reconocimiento de la heterogeneidad de la población mayor y el aprendizaje cooperativo y colaborativo.

Por su parte, en la experiencia denominada *Estrategia Municipal Contra la Soledad Emocional o Relacional en las Personas Mayores*, Pilar Serrano Garijo expuso el trabajo que se viene desarrollando en materia de soledad no deseada desde el Ayuntamiento de Madrid. En este consistorio se da continuidad al Plan “MADRID, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES 2021-2023”, el cual está plenamente integrado en la estrategia municipal y refleja el compromiso para lograr una ciudad abierta e inclusiva que favorezca el desarrollo personal en plenitud de derechos. Se encuentran acciones de gran calado para el abordaje de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores, entre las que se incluye la ESTRATEGIA CONTRA LA SOLEDAD, la cual tiene como objetivo general contribuir a disminuir el sentimiento de soledad de las personas mayores a través del 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. Concretamente, desde el Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social se ha concebido esta Estrategia Contra la Soledad de forma coordinada sobre la base de cuatro pilares: Madrid, más cerca de ti, Madrid te acompaña, Madrid en Red y Madrid Contigo.

En el primer pilar MADRID MÁS CERCA DE TI se da uniformidad a las actuaciones, detectando problemas que aún no han emergido, anticipándose a la necesidad y dotando de homogeneidad a los registros, de modo que la evaluación sea más sencilla y eficaz.

En el segundo pilar MADRID TE ACOMPAÑA se desarrolla un sistema soportado por una app que pone a disposición de las personas mayores un voluntario para gestiones y acompañamiento puntuales y diversos. Una innovación en el campo del acompañamiento llevado a cabo por Voluntarios por Madrid, que trata no solo de acompañar sino de crear vínculos y proporcionar ayuda, convirtiéndose, además, en “antenas” para la detección de situaciones de soledad no deseada u otros riesgos, favoreciendo la atención en red incluida dentro de la estrategia.

El tercer pilar MADRID EN RED o MADRID VECINA, es una forma innovadora de tejer redes sociales y de posicionar a las personas mayores en el corazón del barrio. Se centra en el trabajo comunitario, la potenciación de las redes sociales y el acompañamiento afectivo, cuenta con la inestimable colaboración de la Fundación Grandes Amigos e incorpora nuevas líneas de detección y coordinación, sin dejar a un lado el acompañamiento emocional. El programa Grandes Vecinos, desarrollado por Grandes Amigos en colaboración con el Ayuntamiento de Madrid, recrea la solidaridad vecinal y pone en contacto a personas mayores con sus vecinos/as en un espíritu de respeto y libertad mutua. De manera muy sencilla, permite poner en relación a personas que viven cerca y que, con acciones muy simples, pueden ayudar a paliar la soledad de las personas mayores del barrio y mejorar su calidad de vida. Madrid Vecina es una red de apoyo vecinal que busca detectar y prevenir situaciones de soledad en las personas mayores, en la que se conecta a vecinas/os, comercios, agentes sociales de las administraciones públicas, asociaciones

vecinales... y se actúa como “antenas” para integrar las acciones en la estrategia global, tanto en la detección como en la intervención.

El cuarto pilar MADRID CONTIGO se basa en la potenciación de las actividades encaminadas a paliar la soledad en todos y cada uno de los programas y servicios existentes, además de la puesta en marcha de nuevos recursos, poniendo el énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la soledad no deseada y potenciando la detección que permite actuar en cada grupo de personas de una manera específica. Entre otros servicios y programas se encuentran los Centros municipales de mayores, Centros de día, Residencias municipales, Apartamentos para mayores, Teleasistencia, Servicios domiciliarios de atención directa (Servicio de ayuda domicilio), Equipos de visitas domiciliarias, Actividades grupales preventivas para desarrollar en centros municipales y los Equipos de detección de vulnerabilidad de personas mayores. Destaca el servicio de Teleasistencia por su enorme potencial de detección e intervención, así como sus grandes beneficios. La cercanía de los teleoperadores hace posible detectar casos de soledad no deseada que además pueden abordarse por el equipo de atención psicológica. En el marco de este campo de acción se ha realizado la firma de un convenio entre las entidades prestadoras del servicio de Teleasistencia y tres ONG para la realización de un pilotaje de detección y derivación.

Por su parte, Eulalia Cardeña Franquet detalló *El programa Siempre Acompañados* que se lleva a cabo desde Fundación La Caixa, y que nació en el año 2013 con el fin de activar los recursos propios de la persona mayor para que establezca sus propias estrategias para afrontar la soledad. Esta iniciativa tiene como objetivo principal impulsar relaciones de apoyo y bienestar entre las personas mayores, a través de una intervención que empodere a las personas, comprometa a la comunidad y sensibilice a la ciudadanía, para prevenir y paliar las distintas situaciones de soledad. En la metodología se implica a la propia persona mayor como sujeto activo y protagonista de su proceso de envejecimiento, teniendo en cuenta su historia de vida, sus deseos y sus intereses; poniendo en valor sus recursos personales y su capacidad de adaptación y de toma de decisiones, y confiando en sus capacidades para hacerse fuerte y empoderarse ante situaciones de soledad. Se parte de una visión compleja de la soledad, y se desarrollan herramientas que permiten evaluar y valorar la situación de cada persona, adecuando y personalizando la intervención y ofreciendo respuestas diversas y complejas a situaciones que son diferentes, contemplando también la sensibilización de la ciudadanía. Se asumen, además, la necesidad de intervenir desde la creación de alianzas con y entre administraciones, entidades y ciudadanos, impulsando el trabajo en red para fomentar el bienestar y el apoyo entre las personas, creando y facilitando oportunidades para construir vínculos entre ellas, pero también dando respuestas a necesidades concretas a partir de los recursos existentes.

El Programa se implementa en territorios concretos situados en barrios o distritos, entre otros, de Cataluña, Murcia, Baleares, Andalucía..., que los diferentes ayuntamientos determinan previamente en base a parámetros sociodemográficos: índice de envejecimiento, recursos de la comunidad, contexto, etc. La Administración local tiene un papel primordial por su conocimiento del territorio, por la relación con los diferentes agentes del municipio y por la posibilidad de coordinación e integración de sus diferentes

departamentos (servicios sociales, centros de mayores...), siendo fundamental para una intervención integral a nivel comunitario.

Desde el eje comunitario se lleva a cabo un diagnóstico y un mapa de recursos del territorio, que serán el punto de partida para la intervención. Se pone el acento en la necesidad de contar con la participación y la colaboración de administraciones públicas (áreas de salud, universidades, colegios, bibliotecas...), entidades del tercer sector, entidades de personas mayores, ciudadanía, asociaciones de mayores, vecinos, comercios, farmacias... y los voluntarios, que son un elemento esencial tanto para el acompañamiento, como la detección o la sensibilización. Todas estas entidades constituyen el *Grupo de Acción Social (GAS)*, donde se fomenta el trabajo conjunto para dar respuestas compartidas y coordinadas a las situaciones de soledad de un territorio concreto. En el eje de intervención con la persona, se lleva a cabo un plan individualizado que se realiza en base a las necesidades y características de la persona y sí como a la tipología de soledad. Se trabajan mecanismos de afrontamiento de la soledad en la vida diaria y se introducen pequeños cambios en las rutinas de la vida cotidiana. El Plan de Acción se establece de mutuo acuerdo entre la persona, su familia, si está presente, y los profesionales que la acompañan. También es esencial contar con el apoyo de la comunidad. Se establecen *objetivos* para todos los agentes implicados (la persona, la familia, la comunidad...), que se definen en *acciones y responsabilidades* concretas para todos. Se realiza un seguimiento periódico de la persona, del desarrollo del Plan de acción, de la evolución de su sentimiento de soledad, y se incorporan ajustes. En el eje de información y sensibilización de la ciudadanía, se realizan acciones de información y sensibilización social sobre la soledad dirigidas tanto a las personas mayores como a la población en general.

El programa Radars: Un Abordaje Comunitario de la Soledad, del Ayuntamiento de Barcelona, fue detallado por Rosa Rubio Giner, resaltando que vivimos en una sociedad cada vez más urbana y con una población más longeva y más aislada, en la que el aspecto relacional es un factor básico para el bienestar de las personas y su ausencia provoca una situación de soledad, en muchos casos no deseada. Radars, tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas que viven en una situación de soledad no deseada a través de una amplia red comunitaria que haga de sostén y protección para la vida de las personas con mayor fragilidad. Esta iniciativa, liderada por los Servicios Sociales municipales, opta por la acción comunitaria como abordaje de la soledad no deseada. El objetivo es involucrar a la ciudadanía en la construcción de barrios más amables, sensibles y respetuosos con las personas mayores, en los que las personas mayores vuelvan a ser visibles a los ojos de sus vecinos y estos sean facilitadores de la vinculación a la vida social y relacional, para acabar con la soledad no deseada de la forma más natural y cotidiana posible.

Se pretende conseguir la construcción de una red de barrio que visibilice a las personas mayores y genere respuestas individuales y colectivas a problemáticas sociales, detectar y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores, que las personas mayores que han elegido vivir en su casa, puedan hacerlo en condiciones de bienestar y seguridad con la complicidad de su entorno y paliar los efectos negativos de la soledad no deseada de las personas mayores vinculándolas a su comunidad. Para ello, Radars impulsa

la creación de una red de detección, prevención y vinculación en los barrios, en la que participan vecinas y vecinos, comerciantes, entidades financieras, farmacéuticas/os, personas voluntarias y profesionales de entidades, equipamientos y servicios vinculados a cada barrio.

Se activa un sistema comunitario que es el principal órgano decisorio del proyecto y se configura como un espacio de deliberación y toma de decisiones entre entidades, Servicios Sociales, equipamientos, otros servicios, vecinos y vecinas del barrio, etc., para diseñar, planificar y evaluar las estrategias y acciones que se llevarán a cabo en el marco del proyecto.

Se difunde y sensibiliza había el fenómeno de la soledad, corresponsabilizando a la comunidad en la mejora del bienestar y calidad de vida de los vecinos mayores, dando a conocer el proyecto, promoviendo una mirada sensible y respetuosa hacia las personas mayores y consiguiendo la implicación de colaboradores de barrio que aporten tiempo y dedicación al cuidado de sus vecinos mayores.

Se detectan situaciones de riesgo o soledad no deseada por los diferentes agentes de la comunidad. Se invita a participar y adherirse al proyecto a farmacias, entidades financieras, comercios de proximidad, servicios públicos, entidades y asociaciones, así como a vecino/as a título individual.

A través de la plataforma de seguimiento telefónico personas voluntarias del barrio se encargan de realizar llamadas de seguimiento para establecer un vínculo relacional, que facilitará que las personas mayores salgan de su situación de aislamiento y soledad y participen de la vida comunitaria. Entre otras acciones, también dan a conocer equipamientos y actividades de barrio, realizan acompañamiento de la personas mayores a las actividades, organizan pequeños encuentros con vecinos de proximidad, fiestas y celebraciones. Las personas voluntarias son el alma del proyecto, encargándose, además, de la difusión y sensibilización en el barrio y promover la adhesión de comercios, farmacias y vecinos. Para la realización de todas estas labores reciben la formación y el apoyo constante de los profesionales de los Servicios Sociales.

Las personas mayores participantes en el programa manifiestan, en la última encuesta en el año 2021, que desde que reciben la atención de los voluntarios salen más de casa y conocen mucho mejor la configuración de su barrio actual. La participación en las actividades organizadas por el proyecto es del 49,6% y afirman haber conocido gente nueva que está en condiciones similares a las suyas y muy próximas, lo cual favorece su socialización. Un 90% de las personas encuestadas verbalizan que recomendarían la participación en el proyecto.

El proyecto Radars ha destacado por ser un proyecto pionero en la atención de la soledad desde un abordaje comunitario, lo que ha comportado que diferentes administraciones locales y organizaciones se hayan interesado por replicarlo en sus municipios. Actualmente el Ayuntamiento de Barcelona tiene firmado convenio con dieciséis ciudades del estado español y pone a disposición de estas ciudades los materiales y protocolos elaborados para las diferentes fases del proyecto, facilitando así la correcta implantación del proyecto en cada uno de los territorios.

Tras la exposición de todas las ponencias y experiencias, en el Simposio quedó patente como la creación de la *Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada* liderada por la Comunidad de Madrid se configura como una importante y necesaria iniciativa de trabajo en red, fundamentada en el conocimiento de la importancia que tiene ofrecer una diversidad de recursos, de forma coordinada e integrada, para dar respuesta a los distintos perfiles existentes en el heterogéneo colectivo de personas mayores que viven en situación de soledad no deseada.

El camino de este trabajo conjunto y coordinado ya está iniciado, ahora se trata de realizar un buen diseño de la Red, implementarlo y desarrollar todo su potencial en el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid, aunando esfuerzos de una forma eficiente hacia un mismo fin: paliar la soledad no deseada de las personas mayores.



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL