



# INFORME

## SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES

ESTUDIO 2019-2020

Programa de:



Financiado por:



# ÍNDICE

<b>1. PRESENTACIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO</b> .....	<b>9</b>
3.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	10
3.2. METODOLOGÍA.....	10
3.3. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	13
3.4. HERRAMIENTAS .....	15
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>5. ANÁLISIS</b> .....	<b>22</b>
5.1. PERFIL DE LA PERSONA ENCUESTADA .....	24
5.2. ANÁLISIS BIVARIADO SOBRE LA SOLEDAD NO DESEADA (ESCALA UCLA).....	28
<input type="checkbox"/> Género y soledad .....	28
<input type="checkbox"/> Edad y soledad.....	29
<input type="checkbox"/> Estado civil y soledad.....	29
<input type="checkbox"/> Nivel educativo y soledad.....	30
<input type="checkbox"/> Psicofármacos y soledad .....	30
<input type="checkbox"/> Servicios institucionales y soledad.....	32
<input type="checkbox"/> Visitas médicas y soledad .....	32
5.3. ANÁLISIS CUALITATIVO.....	33
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>36</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>44</b>
<b>8. ANEXO</b> .....	<b>50</b>
8. 1. MODELO DE ENCUESTA ADMINISTRADA.....	51
8. 2. PERÍODO DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO .....	55

“La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente.”

**Carmen Martin Gaité**

# 1. PRESENTACIÓN

**ABD Asociación Bienestar y Desarrollo** es una ONG declarada de Utilidad Pública en la que acompañamos personas a lo largo de su trayectoria vital, previniendo situaciones de vulnerabilidad social y atendiendo sus necesidades, así como las de su entorno más cercano, enfocándonos en un marco de transformación social. Nuestra misión, desde nuestros inicios hace más de 30 años, se basa en la gestión de procesos centrados en las personas y las comunidades para promover y reforzar su autonomía y convivencia con eficacia, ética, calidad y sostenibilidad.

Trabajamos para y por personas, todas ellas únicas y a la vez distintas, como personas mayores, infantes y adolescentes, mujeres, discapacitados o inmigrantes, que se encuentran en riesgo de exclusión psicosocial o en situación de vulnerabilidad, fomentando sus propias capacidades y potencialidades para que puedan cubrir sus necesidades y cumplir sus aspiraciones.

En ABD desarrollamos más de 90 servicios y programas (atendiendo a más de 100.000 personas al año) que dan respuesta a situaciones de vulnerabilidad o exclusión social como son la discapacidad, la dependencia, la migración, la drogodependencia o el envejecimiento.

Somos un gran observatorio con más de 20 años de experiencia en el ámbito de los Servicios Sociales y de Atención Domiciliaria, lo que nos ha permitido adentrarnos en los hogares de las personas más vulnerables de estos servicios, como son las personas mayores que viven solas. La observación *in situ* nos ha motivado a realizar el presente estudio en torno a la **soledad no deseada**, un reto al que todos deberíamos enfrentarnos.

ABD Bienestar y Desarrollo ha desarrollado este estudio gracias a la subvención concedida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

La **soledad** es un concepto complejo, difícil de expresar y que forma parte del mundo subjetivo de cada individuo, lo que convierte en todo un reto su análisis y su abordaje, ya que cuando hablamos de soledad no nos referimos solo al hecho de estar o vivir sola o solo, sino a las connotaciones negativas que éste hecho acarrea, como el aislamiento o la sensación de abandono, es decir, cuando hablamos de soledad, hablamos de sentimientos, del sentirnos solas o solos. Pero también podemos hablar de soledad querida y deseada, por lo que es necesario puntualizar que este estudio pone el foco en aquella soledad no querida, no deseada.

A través de este **estudio de la soledad no deseada** hemos llevado a cabo una evaluación **cuantitativa** y **cualitativa** de las causas y efectos de la soledad no deseada en personas mayores en cuatro comunidades autónomas españolas (Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia) con el objetivo de generar conocimiento de dicha problemática social. Con este proyecto no sólo obtenemos datos que podrían indicarnos más o menos la tendencia global del conjunto de España (aunque poniendo el foco a nivel local) con el análisis de una población diana (n) total de **415 personas**, sino que nos permite profundizar en cada uno de los territorios municipales o comarcales en los que se basa el estudio de forma individual: el municipio de Antequera en Andalucía, el municipio de Sant Vicenç dels Horts y la comarca (unidad territorial que abarca más o menos la población provincial pero sin personalidad administrativa, ya que éstas corresponden al municipio o provincia) de la Alta Ribagorça en Cataluña, el distrito (unidad inframunicipal) de Salamanca en Madrid y el municipio de Torrent en Valencia. La muestra en base a estos territorios es de **325 personas**. Las **90 personas** restantes corresponden a personas de la ciudad de Barcelona que residen en domicilios con un entorno de apoyos, que cuentan con una buena red vecinal y que participan activamente en actividades comunitarias. Estos casos no se han incluido en el análisis general para no distorsionar la muestra pero sí que se han analizado para así poder contrastar qué líneas de políticas o servicios pueden mitigar la sensación de soledad no deseada.

El análisis de conjunto queda recogido en el presente informe global donde presentamos los resultados **agrupados de todas las poblaciones de estudio**, con lo que pretendemos invitar a la reflexión sobre la existencia de soledad no deseada entre nuestros mayores, en el porqué de ésta y en las barreras que dificultan el salir de tal situación: desde factores emocionales y psicológicos (autoconfianza, autoestima, depresión, fobias o la propia voluntad de estar sola o solo), hasta factores personales y culturales (tradicón de estar al cargo de las tareas de cuidados, discriminación racial o dificultad en el lenguaje) pasando por las condiciones físicas o de salud (movilidad reducida, discapacidad, pérdida de memoria, o incluso la falta de dentadura, entre otros, tal y como señala el estudio publicado por la European Journal of Ageing (Rouxel, P. et al. 2017)) o el diseño de la arquitectura institucional (conocimiento de servicios públicos y disponibilidad de estos, residencias, viviendas sociales o compartidas, acceso a actividades lúdicas,...), entre muchos otros.

**Con esta evaluación pretendemos alcanzar uno de los objetivos propuestos como es el pensar en el diseño de propuestas y acciones que permitan paliar la situación de soledad no deseada de las personas mayores, que son el objeto de estudio de la investigación.**

Consideramos que esta investigación no debe valorarse como un proyecto puntual dado que las detecciones observadas y las herramientas desarrolladas son un paso previo y necesario en el proceso de investigación de la soledad no deseada, así como en la generación de evidencia científica en este campo. Por lo tanto, con el análisis de las posibles causas y efectos de la soledad no deseada en personas mayores con necesidades sociosanitarias pretendemos reflexionar sobre la necesidad de promover políticas de igualdad y cohesión social y desplegar acciones de sensibilidad y programas con **carácter preventivo**.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, organismos internacionales como la OMS (2015) han ido advirtiendo del **envejecimiento poblacional** debido al descenso de la natalidad y mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Esto ha hecho que la tendencia global, y especialmente en Europa, vaya encaminada hacia el incremento del número de personas mayores, y como consecuencia de diversos factores y acontecimientos vitales (muerte de la pareja, emancipación de los hijos...) observamos también un aumento de las personas que viven solas (hogares unifamiliares), que consecuentemente ven su riesgo de sufrir soledad aumentado. Nos enfrentamos a lo que los expertos han catalogado como el “senior boom” del siglo XXI. De hecho, “España ocupa el décimo puesto en el ranking mundial de esperanza de vida en años y el quinto lugar en esperanza de vida sana. Será en 2050 el tercer país más viejo del mundo detrás de Japón e Italia.” (Pozón Lobato, E. 2018: 11)

Como recogemos en el marco teórico, hay diversos estudios que han relacionado **la soledad no deseada como un factor de riesgo entre las personas mayores** que las hace más vulnerables a tener problemas de salud física (aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares) y mental (baja autoestima, depresión, ansiedad), entre otros. Por ejemplo, en el Reino Unido es tal la magnitud de la situación que se han visto obligados a crear la figura del Ministro para la Soledad.

Es, por tanto, que el envejecimiento de nuestra sociedad es una realidad y tenemos que ser conscientes de que por este motivo las dimensiones futuras en la atención a las personas mayores cada vez serán más importantes. La soledad un fenómeno social del que nos tenemos que hacer cargo. Atender a las personas mayores implica hacerlo de manera global, desde distintas perspectivas, para cubrir no solo las necesidades físicas sino las emocionales, cognitivas, sociales y comunitarias.

**La soledad no deseada es un concepto multidimensional, tal y como definimos más adelante, que afecta a la experiencia subjetiva del individuo, pudiendo afectar incluso a aquellas personas que no se encuentran solas, pues se trata de un sentimiento o sensación. Es una experiencia y situación individual porque cada persona vive y experimenta a su manera, y subjetiva porque solo quien la sufre podrá expresarla, ya que no siempre es visible desde fuera.**

Todos somos susceptibles de sufrir soledad no deseada y esta nos debería incumbir (y preocupar) a todos porque 1) la esperanza de vida aumenta cada vez más, alargando nuestros años de vejez y 2) se ha demostrado que las personas mayores son más vulnerables porque es en la vejez cuando se sufren más cambios importantes (viudedad, pérdida de amigos, nido vacío...). El sentimiento de soledad entre las personas mayores es, pues, uno de los grandes problemas y retos a los que se enfrenta (o debería enfrentarse) nuestra sociedad, ya que va íntimamente relacionado con la salud (emocional, mental y física) y la inclusión social (López, J. y Díaz, M. P. 2018) y es “al final de nuestras vidas, (cuando) hacemos una evaluación de la misma. Si esta integración es positiva, nos sentimos satisfechos de lo logrado.” (Pinazo, S. y Donio, M. 2016: 7) Pero también debería preocuparnos porque es una cuestión de género y clase social que perpetúa discriminaciones, ya que son las mujeres mayores con pocos recursos las que tienen sentimientos más intensos de soledad emocional que los hombres (Pinazo-Hernandis, S. y Poveda, R. 2015:44), de hecho, Pinazo y Poveda identifican como el perfil estereotípico a una mujer de una media de 82,7 años, viuda, con pocos estudios y un nivel de ingresos bajos. (Pinazo-Hernandis, S. y Poveda, R. 2015:62)



# 3. PLANTEAMIENTO

En el presente apartado definimos todo aquello que forma parte del planteamiento previo al estudio, como son los objetivos generales y específicos, la metodología usada, la población objeto de estudio y la muestra final y las técnicas y herramientas usadas.

### 3.1. Objetivos del estudio

El estudio realiza una evaluación tanto cualitativa como cuantitativa de las causas y efectos de la soledad no deseada en personas mayores, intentando a la vez definir el perfil de mayor riesgo o más predominante para poder dirigir las futuras políticas sociales y programas en la dirección adecuada. Esto permitirá difundir el conocimiento de una problemática social que está cada vez más en auge y contribuir a promover políticas de igualdad y cohesión social.

El propósito es generar conocimiento útil y metodológicamente riguroso a la vez que transferimos conocimiento e incidimos socialmente en el ámbito de las personas mayores con necesidades sociosanitarias y que, además, se sienten solas.

Así pues, establecemos **como objetivo principal el conocer y definir la percepción del grado de soledad en las personas mayores para poder proponer acciones más de carácter preventivo, que no de carácter asistencialista.**

A través del análisis de la situación actual podemos disponer de los indicadores necesarios para poder desplegar un modelo predictivo de soledad en distintos territorios, así como para poder predecir el impacto de la soledad no deseada en otros sistemas de bienestar como sanidad.

Como objetivos específicos, relacionados con el plan de implementación del proyecto, establecíamos los siguientes, junto con sus indicadores y resultados esperados, que posteriormente comentamos:

- ⇒ **Objetivo 1:** describir y evaluar aquellos posibles determinantes de la soledad no deseada entre las personas mayores con necesidades sociosanitarias. **Resultado esperado:** >5 indicadores o determinantes
- ⇒ **Objetivo 2:** diseñar, planificar y ejecutar la recogida de datos para valorar el impacto y grado de la soledad no deseada a través de la utilización, validación y cálculo de la escala UCLA. → **Resultado esperado:** determinar los distintos grados de soledad en función de las puntuaciones obtenidas (ver Metodología)
- ⇒ **Objetivo 3:** diseñar propuestas y acciones que permitan paliar la situación de soledad no deseada de las personas mayores objeto de estudio de la investigación. → **Resultado esperado:** >3 propuestas y/o acciones

### 3.2. Metodología

Se ha usado principalmente la escala de soledad UCLA (Universidad de California en Los Ángeles) (Weiss, R. S. 1983), con algunas variaciones y aportaciones que detallamos (consultar la encuesta administrada en el Anexo). Ha sido seleccionada porque la literatura académica y la comunidad científica internacional reconocen esta escala como la mayormente utilizada para medir la soledad (el sentimiento de) como concepto y está validada dado que cumple con las características que establece la teoría clásica de test (aceptabilidad, consistencia y validez interna, convergencia y precisión) según el análisis comparado con otras escalas parecidas, como la escala Jon Gierveled Loneliness Scale (DJGLS) que pese a ser la más utilizada en Europa, está más centrada en los efectos de la soledad sobre la salud física y mental. (De Jon Gierveled, J. 1987) (Ayala, A. et al. 2012)

La escala UCLA consta de tres dimensiones: 1) percepción subjetiva de la soledad, 2) apoyo familiar y 3) apoyo social, así como de dos factores: a) la intimidad con otros y b) la sociabilidad.

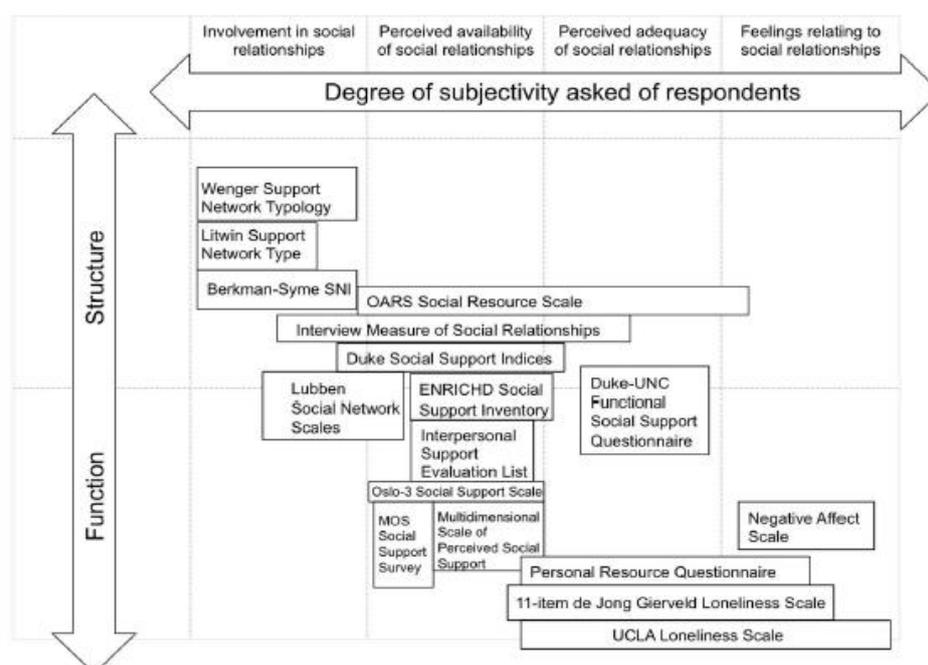
Hemos establecido distintos puntos de corte para la escala UCLA en función de la suma de los resultados:

- ✳ <20 puntos: no soledad
- ✳ 21-30 puntos: soledad moderada
- ✳ 31-40 puntos: soledad severa

Valtorta, N. et al (2016) a raíz del análisis de literatura académica e informes científicos sobre el estudio de la soledad, concluyen que hay diferentes escalas de medición de la soledad en función de que dimensión tomemos:

1. **Escalas -o otros instrumentos- que cubren aspectos estructurales o funcionales de las relaciones sociales.** Se mueven en base al eje vertical (izquierda) en función de los recursos que tiene la persona para establecer relaciones sociales o la cantidad de éstas, que no la calidad.
2. **Escalas -o otros instrumentos- que analizan el nivel de soledad de forma subjetiva, preguntando a la persona encuestada.** Se mueven en base al eje horizontal (superior) en función de la percepción propia respecto a la calidad e intensidad de las relaciones sociales de las que se dispone, así como de la confianza depositada, es decir, en base al capital social disponible y percibido por la persona encuestada.

La escala UCLA responde más al segundo modelo, por lo que nos permite conocer la percepción subjetiva, en primer lugar, y distinguir entre individuos que se sienten muy solos (lo que hemos denominado “soledad severa o intensa” y aquellos que se sienten moderadamente solos (lo que hemos denominado “soledad moderada”) en segundo lugar.



**Fuente:** mapeo comparando cuestionarios multi-ítem usando un diagrama de dos dimensiones (Valtorta, N. et al. 2016: 6)

También, hemos optado por añadir **preguntas de carácter cualitativo** porque la mayoría de los estudios alrededor de la soledad no deseada son de carácter cuantitativo, por lo que se evidencia un déficit de conocimiento cualitativo. (López, J. y Díaz, M.P., 2018: 5)

En resumen, se ha administrado un cuestionario que recoge 10 preguntas que evalúan el grado de soledad no deseada según la escala UCLA (de tipo escalar) y con respuestas puntuables del 1 al 4, ofreciendo una perspectiva cuantitativa; 11 preguntas que nos permiten obtener información personal y sociodemográfica del usuario para poder definir un perfil; 4 preguntas de tipo cualitativo con respuestas abiertas y, por último, una pregunta abierta en la que la persona encuestada puede aportar lo que desee.

Con este cuestionario avaluamos, pues:

- a) **Perfil sociodemográfico de la persona encuestada:** lugar de residencia, núcleo de convivencia, género, edad, estado civil, nivel educativo y estado de salud (especialmente mental en cuanto preguntamos por la toma de medicamentos que afectan directamente al estado de ánimo)
- b) **Grado de institucionalización:** en el lenguaje empleado por las Ciencias Sociales y, en especial por aquellas disciplinas que trabajan en el ámbito de las políticas públicas sociales, se refiere a la dependencia de la persona respecto a los servicios públicos, a su participación en el sistema de bienestar. Lo medimos a través de la disposición y consecuente uso de algún servicio de la cartera de Servicios Sociales (teleasistencia, comedor social, SAD, centro de día...) y la dependencia respecto a los servicios de salud y sociales (visitas al médico, hospital, asistente social...)
- c) **Percepción de la soledad no deseada (escala UCLA)**
- d) **Herramientas y recursos disponibles y deseados para afrontar la soledad:** recogidos en función de las respuestas a las preguntas de carácter cualitativo en las que se pregunta sobre los deseos (en relación con aquellas opciones deseadas para combatir o evitar la soledad), el conocimiento de los catálogos de recursos actuales y el uso (o no) de éstos
- e) **Pregunta abierta**

Todos los análisis específicos han sido estratificados por sexo, puesto que esta estrategia nos permite acercarnos al fenómeno con una **perspectiva sensible al género**. Además, contar con una muestra de estas dimensiones ofrece la posibilidad de superar el velo estadístico de tratar los datos de manera agregada sin que la potencia estadística de los resultados se vea comprometida.

Para más información, consultar la encuesta administrada en el Anexo.

### 3.3. Población objeto de estudio y muestra

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2018, más del 20% de la población mayor de 65 años de cada una de las cuatro CCAA de estudio, vive sola.

	Personas >65 años	Personas >65 años que viven solas	Porcentaje de población que vive sola respecto al total de la población >65 años
<b>Andalucía</b>	1.394.800	314.700	22,56%
<b>Cataluña</b>	1.373.000	340.200	24,78%
<b>Madrid</b>	1.120.100	278.100	24,82%
<b>Valencia</b>	935.000	212.000	22,67%

**Fuente:** elaboración propia a partir de la estadística de población elaborada por el INE para el año 2018.

Si profundizamos en los datos desde la perspectiva de género, vemos que el porcentaje de mujeres que viven solas duplica al de hombres, en todos los casos. Por lo que ya de entrada intuimos que la soledad es una cuestión de género. **Aunque, cabe hacer hincapié en que no siempre el vivir en soledad implica necesariamente sentir soledad no deseada.**

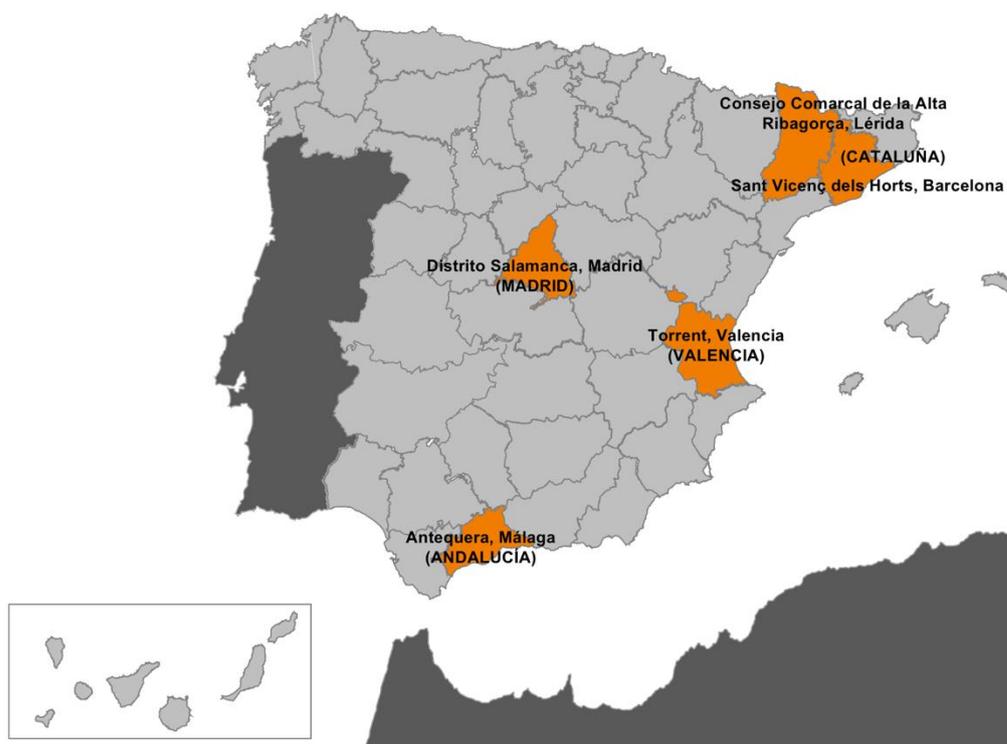
	Personas >65 años		Personas >65 años que viven solas		Porcentaje de población que vive sola respecto al total de la población >65 años	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
<b>Andalucía</b>	779.900	614.900	228.600	86.100	29,31%	14%
<b>Cataluña</b>	773.400	599.600	255.000	85.200	32,97%	14,21%
<b>Madrid</b>	647.300	472.800	208.900	69.200	32,27%	14,64%
<b>Valencia</b>	520.800	414.200	156.000	56.000	29,95%	13,52%

**Fuente:** elaboración propia a partir de la estadística de población elaborada por el INE para el año 2018.

En un primer lugar, seleccionamos aleatoriamente una serie de personas a encuestar, respecto al total de la población, basándonos en el compromiso de obtener muestras suficientes para que los márgenes de error no superaran el  $\pm 3\%$  para un nivel de confianza del 95% y bajo el supuesto de máxima indeterminación  $P=95\%$  y  $Q=5\%$ . Se ha realizado una estimación de la proporción de una población finita.

Con esto, obtuvimos la muestra inicial que se especifica en la primera columna, pero de la que, posteriormente, seleccionamos aleatoriamente un total de 415 personas provenientes de las 4 comunidades autónomas distintas, aunque como anunciábamos anteriormente, en este informe se han analizado un total de 325 personas, puesto que las 90 restantes corresponden a personas que residen en domicilios en los que cuentan con apoyo en Barcelona y que participan activamente en actividades comunitarias, en la mayoría de casos. Se han excluido de la muestra general para no distorsionarla, pero se han tenido en cuenta sus resultados para valorar el impacto que las redes sociales, el soporte del entorno y, por ende, el nivel de capital social, tienen en la soledad no deseada. Estas personas han participado voluntariamente en el estudio previo consentimiento informado y sus datos han sido tratados anónimamente.

	Muestra inicial	Porcentaje	Población encuestada	Porcentaje
<b>Andalucía</b>	73	19,8%	73	22,46%
<b>Cataluña</b>	108	29,3%	78	33,19%
<b>Madrid</b>	115	31,1%	99	30,46%
<b>Valencia</b>	73	19,8%	75	23,07%
<b>TOTAL</b>	369	100%	325	100%



**Fuente:** elaboración propia. Señaladas en naranja aparecen aquellas provincias a las que pertenecen los distritos, municipios, o comarcas analizadas.

### 3.4. Herramientas

Se han realizado entrevistas telefónicamente para preservar y respetar la seguridad, la intimidad y el derecho a la confidencialidad de las personas participantes, existiendo la excepción de entrevistar presencialmente previa autorización por parte de Servicios Sociales. Las respuestas han sido registradas a través del programa informático SPSS. Las personas mayores que forman parte de la muestra son usuarias de Servicios Sociales, cuya participación ha sido voluntaria previa autorización mediante consentimiento informado para garantizar que accedan a participar de manera libre, consciente y voluntaria. **En todo momento se ha garantizado la privacidad siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).**

Además, se ha recogido la percepción de las entrevistadoras, profesionales del ámbito social (trabajadoras sociales, educadoras sociales, psicólogas...), sobre aquellas necesidades o dificultades que quizás no se han manifestado verbalmente o que los participantes del estudio han expresado en la pregunta abierta. Creemos que así se enriquece cualitativamente el análisis.

Por último, hemos contado con el apoyo y colaboración de las distintas instituciones y Servicios Sociales de:

- ✂ Ayuntamiento de Antequera en Andalucía
- ✂ Ayuntamiento de Sant Vicenç dels Horts en Cataluña
- ✂ Ayuntamiento de Torrent en Valencia
- ✂ Consejo Comarcal de la Alta Ribagorça en Cataluña
- ✂ Distrito de Salamanca en Madrid
- ✂ Personas que residen en un entorno con apoyo y participan activamente en actividades comunitarias de la ciudad de Barcelona y que han participado voluntariamente en el estudio (esta es la muestra excluida del análisis general, tal y como mencionábamos anteriormente)



# 4. MARCO TEÓRICO

La soledad es una construcción psicológica completa que “representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente y el apoyo real que ésta le ofrece.” (López Vega, D. J. et al., 2014: 289) Implica una emoción de sentimiento de vacío y de pérdida del sentido de la vida, siendo “una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, sea cuantitativa o cualitativamente” (Perlman y Peplau, 1981: 31), por lo que es el resultado negativo y subjetivo tras evaluar las relaciones sociales deseadas y las que se tienen realmente, por lo que realmente se refiere a un sentimiento de falta de relaciones sociales (por número o calidad).

Weiss (1983) la define como un fenómeno natural independiente de la edad, el género o otras características sociodemográficas, a lo que posteriormente y en base a un gran número de estudios, Nicolaisen y Thorsen (2014) replican constatando que el riesgo de sufrir soledad va asociado a la edad.

A través del estudio de la sociedad británica Davidson y Rossall consiguen definir un perfil de factor de riesgo (Davidson, S. y Rossall, P. 2015):

1. **Edad:** con la edad aumenta la expresión de soledad auto percibida
2. **Género:** la soledad afecta diferente, las mujeres son más propensas a verbalizar su soledad
3. **Estado civil y convivencia/núcleo familiar:** vivir solo/a, ser viudo/a, separado/a o divorciado/a
4. **Hogar:** vivir solo/a, en barrios poco comunicados, con barreras de acceso
5. **Geografía:** áreas rurales implican mayor soledad. Pero a veces, en según qué regiones, sucede lo contrario.
6. **Salud:** movilidad reducida, salud frágil, problemas cognitivos
7. **Ingresos:** bajos
8. **Idioma y grupo étnico**
9. **Orientación sexual:** en su estudio, definen que las personas del colectivo LGTBi tienen un mayor riesgo

La teoría académica analiza la soledad desde diferentes perspectivas que queremos destacar:

### 1. Causas de la soledad

- a) **Internas:** personalidad crítica, actitud pasiva y negativa (percepción subjetiva) que conducen a sentimientos de ansiedad y depresión
- b) **Externas:** falta de oportunidades sociales o circunstancias que conducen a sensaciones de aburrimiento y exclusión

### 2. Factores de riesgo

- a) **Estado civil.** “El vacío conyugal, con la noche como marco de aparición más propenso.” (López, J. y Díaz, M. P. 2018: 1)
- b) **Género.** Es contradictorio según los resultados de distintos estudios. Sí que todos concluyen que hay diferencias de género (por ejemplo, a nivel biológico), pero en el qué de éstas difiere. Por ejemplo, hay estudios que detectan una mayor fragilidad masculina, ya que los hombres dicen no tener herramientas para enfrentar situaciones como la deshabitación (López, J. y Díaz, M. P. 2018: 1). Otros que ponen el foco en la

emancipación de los hijos y en la pérdida de la responsabilidad de las tareas de cuidado tradicionalmente asumidas por las mujeres.

“No envejecemos igual las mujeres que los hombres.” (Pinazo, S. y Donio, M. 2016: 14). No solo tenemos diferentes problemas de salud, sino que hay diferencias demográficas (más mujeres mayores y con menos ingresos debido a un nivel más bajo de estudios).

**c) Cambios en la estructura familiar.** Hablamos de emancipación de los hijos o viudedad que convierten a las personas mayores en familias monoparentales que luego acaban sufriendo de soledad al vivir en un hogar unipersonal. Además, es aquí cuando aparecen los problemas ya bien conocidos como las necesidades ligadas a la dificultad de autonomía e independencia.

**d) Vivir sola o solo.** No es lo mismo vivir solo que sentirse solo, puesto que, aunque vayan de la mano, **el vivir solo/a no tiene porqué implicar tener el sentimiento de soledad**, pero sí que se ha encontrado una fuerte relación entre la soledad y el nivel de capital social (relaciones sociales) que conducen a la falta de apoyo y al aislamiento. (Víctor et al. 2000)

Aquí también entra en juego el “aging in place” o “aging at home” que es la preferencia de las personas mayores de seguir viviendo en casa, con independencia, en lugar de en una residencia, lo que provoca que haya más personas viviendo solas en casa. (Davey, 2004)

**e) Nivel socioeconómico.** Domènech Abella (2017) concluye que habría que hacer intervenciones dirigidas a los grupos de personas mayores que presenta un estatus socioeconómico bajo y a aquellos que residen en barrios o zonas con un bajo nivel de capital social, ya que podrían ser efectivas para reducir la prevalencia de la soledad entre las personas mayores.

### 3. Dimensiones básicas del sentimiento de soledad (Weiss, 1973)

- a) **Emocional:** ausencia de figura íntima (pareja o mejor amigo)
- b) **Social:** ausencia de red social (vecinos, familia, amigos)

### 4. Tipos de soledad (Young, 1982)

#### 4.1. Por duración

- a) **Crónica** (2 o más años)
- b) **Situacional** (post evento vital estresante, muerte o ruptura matrimonial)
- c) **Pasajera** (episodios cortos de soledad)

#### 4.2. Por impacto

- a) **Positiva:** voluntaria, oportunidad para pensar, para reflexionar, para uno mismo
- b) **Negativa:** involuntaria.

#### 4.3. Por naturaleza de la persona (efecto psicológico de las experiencias vividas)

- a) **Emocional:** familiar, por experiencias vividas, por características psicológicas de apego

**b) Social:** integración social, amistades, necesidad de validar opiniones y sentimientos y expresarlos

#### 4.4. Por análisis

**a) Objetiva:** aislamiento social, vivir solo (personas en la red social, frecuencia, convivencia)

**b) Subjetiva:** sentimiento soledad (UCLA)

### 5. Efectos destacados

Se ha observado una relación de la soledad no deseada con el estrés y la ansiedad por las malas sensaciones constantes, lo que provoca que se acelere la respuesta del cuerpo ante el estrés: sueño no reparador, aumento de la presión sanguínea, aumento del cortisol y la epinefrina, inflamación, debilidad del sistema inmune (Hayley, A. C. et al. 2017). También se ha asociado la experiencia de la soledad con una peor salud y calidad de vida, es decir, con una salud más débil o frágil, una reducción del bienestar, mayor mortalidad, depresión y declive cognitivo. (While, A. 2017; Courtin, E. y Knapp, M. 2015) La investigadora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, Elvira Lara, concluyó gracias a su estudio que la soledad, cuando es no deseada, perjudica seriamente a la salud y además es un factor de riesgo para desarrollar demencia. (Lara, E. et al. 2019)

*“Las personas con un alto nivel de soledad tienen el doble de probabilidades de padecer Alzheimer que una persona con un sentimiento de soledad bajo.”*

(Davidson, S. y Rossall, P. 2015: 2)

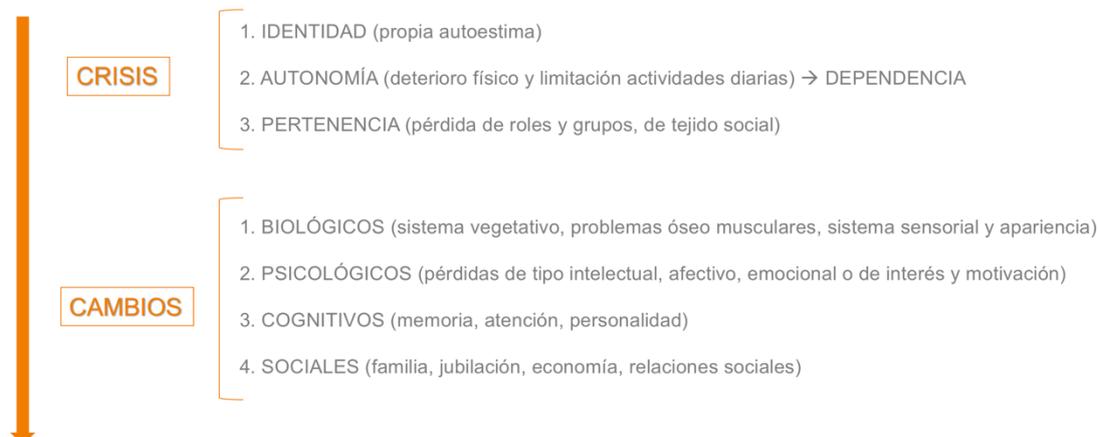
Todo esto conlleva a una saturación de servicios públicos. Por ejemplo, la Campaign to End Loneliness (2013) en Reino Unido, analizó los patrones de conducta de las personas mayores y vieron que 1 de cada 5 personas que se sienten solas van al médico cada día, o a la enfermera, básicamente porque se sienten solas (While, A. 2017).

### 6. Intervenciones destacadas

La mayoría de las intervenciones destacadas y halagadas por parte de la literatura académica para hacer frente a la soledad no deseada se centran en poner el foco en la atención nocturna, pues es cuando se tiende a analizar la situación personal (*overthinking*) tal y como constata el estudio hecho a través de un grupo de discusión para averiguar cómo experimentan la soledad las personas mayores que enviudan tras varias décadas de matrimonio (López, J. y Díaz, M. P. 2018: 1).

## 7. La relación íntima con el envejecimiento

### ENVEJECIMIENTO



### SOLEDAD NO DESEADA

**Fuente:** elaboración propia a partir de la revisión de la literatura académica.

## 8. La soledad no deseada: ¿un determinante social de la salud?

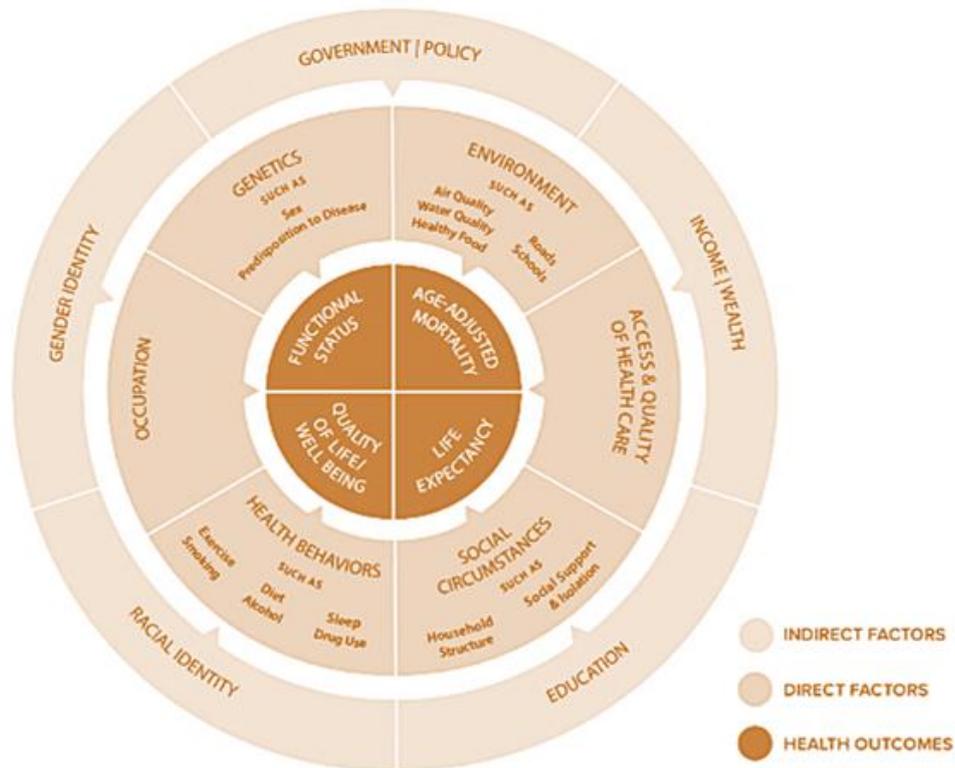
Dahlgren y Whitehead (1991) fueron de los primeros en elaborar el conocido modelo de los determinantes de la salud con la idea de mostrar que hay factores que condicionan nuestra salud y que van más allá de lo fisiológico. Estas condiciones son socioeconómicas, culturales y ambientales, tal y como recoge el siguiente cuadro:



**Fuente:** Dahlgren y Whitehead (1991).

Esto nos hace plantearnos la posición tan relevante que toma el hecho de vivir sufriendo soledad no deseada en cuanto a su impacto en la salud de las personas mayores. Estos condicionantes sociales generan desigualdades en salud, que son injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y geográficamente.

Incluso, tal y como recoge el siguiente esquema, el Global Health Institute de Harvard junto con la Robert Wood Johnson Foundation concluyeron que las circunstancias sociales, específicamente la estructura familiar o el núcleo de convivencia, el apoyo social y el aislamiento, son factores directos que impactan en la salud.



Fuente: Raphael, K et al. (2019)

La soledad no deseada es una cuestión de política pública: social, sanitaria, comunitaria... Además, es el entorno local con el soporte de organizaciones (ONG), voluntarios y vecinos el que tiene que crear comunidades amigables con las personas mayores, lo que reduciría el coste de las intervenciones futuras (saturación de servicios públicos) para paliar los efectos derivados de la soledad.

Se trata de **invertir en prevención**, ahora que ya tenemos el diagnóstico hecho. Por lo que hay que contar con el apoyo social informal (familia, amigos) pero también con el formal (cuidado privado, Servicios Sociales, teleasistencia, Servicio de Atención Domiciliaria...).

# 5. ANÁLISIS

Tras analizar los datos obtenidos en el estudio sobre la soledad no deseada en las personas mayores, encontramos relevantes los resultados analizados a continuación y que se dividen en varios niveles de análisis:

1. **Análisis del perfil de la persona encuestada:** en este apartado definimos estadística y cuantitativamente el perfil de la persona encuestada en base a variables sociodemográficas como son el género, la edad, la situación sentimental o estado civil, el núcleo de convivencia y las responsabilidades relativas al cuidado en el hogar y el nivel de estudios, así como añadimos una variable más que es un tanto peculiar: la toma de medicación para trastornos del estado anímico o para conciliar el sueño, ya que la literatura académica -como veíamos anteriormente- nos indica un gran consumo de este tipo de fármacos que en muchas ocasiones se correlaciona estrictamente con la percepción del nivel de soledad no deseada o con la presencia de trastornos no psicóticos, como los trastornos de ansiedad o la depresión.

En este apartado no establecemos correlaciones, pero sí que los datos nos dan una idea del perfil de las personas mayores encuestadas, llevándonos a reflexionar sobre cuestiones de género, edadismo, desigualdades en la vejez que son fruto de desigualdades socioeconómicas que tuvieron lugar en la etapa laboral activa de la persona o la presencia de un gran consumo de psicofármacos.

2. **Análisis bivariado sobre la soledad no deseada:** en este apartado presentamos los valores que obtenemos respecto al nivel de soledad no deseada entre las personas encuestadas tras usar la escala UCLA. Además, correlacionamos los resultados obtenidos, por niveles (tal y como definíamos en la Metodología: ausencia de soledad, soledad moderada y soledad intensa o severa), con otras variables que consideramos esenciales como son el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de psicofármacos (esta vez desglosados por familias de fármacos), la disponibilidad y uso de servicios y recursos institucionales (entendiéndolos como aquellos que provee la Administración Pública pero también los relativos a los voluntariados o los gestionados por entidades del Tercer Sector) y el número de visitas médicas realizadas normalmente.

Al ser un análisis bivariado, en algunos casos hemos considerado la opción de comprobar si existía una correlación estadísticamente significativa mediante el uso de la prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson. Esta fórmula nos permite evaluar la probabilidad de que exista una relación (o discrepancia) entre los datos que tenemos. Por lo tanto, responde a las hipótesis que podamos haber formulado previamente, indicándonos si una de las variables (llamada dependiente - VD) varía cuando la otra variable (llamada independiente - VI) lo hace. Esta prueba es prácticamente nula si los resultados no se ajustan a lo esperado en base a la teoría académica y es por esto por lo que no hemos realizado la estimación usando esta fórmula en todos los casos, sino solo en aquellos en los que parecía haber una clara correlación previamente observada en estudios anteriores similares. Nos permite, así, corroborar la teoría, pero nunca usarla indistintamente.

$$\chi_{calc}^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

*\*Donde  $f_0$  es la frecuencia del valor observado y  $f_e$  es la frecuencia del valor esperado.*

Al realizar el cálculo obtenemos un resultado -conocido como nivel de significación- cuyo valor oscila entre el 0 y el 1. Por lo general trabajamos con un nivel significación inferior al 0,05, lo que indica que hay una probabilidad muy elevada, alrededor del 95%, de que nuestra hipótesis y por lo tanto la correlación sea verdadera.

- 3. Análisis cualitativo:** en este apartado presentamos los que consideramos que son los factores protectores ante situaciones de soledad no deseada y los que incrementan el riesgo de sufrirla, en base a las experiencias y aportaciones recogidas durante la administración de la parte cualitativa del cuestionario y las percepciones de las entrevistadoras. También, recogemos algunas de las frases más impactantes, de forma anónima, usadas por las personas encuestadas al hablar sobre la soledad no deseada.

## 5.1. Perfil de la persona encuestada

En este apartado analizamos el perfil de la persona encuestada para conocer qué población de usuarios tenemos. Concluimos que el perfil tipo de la persona encuestada es **una mujer, de entre 75 y 79 años (aunque la media se sitúa en los 81 años), viuda, que vive sola y no tiene otras personas a cargo y con un nivel de estudios bajo.**



- 81 años
- Viuda
- Vive sola
- No tiene personas a su cargo
- Nivel de estudios bajo

### ⇒ Género de las personas encuestadas

El 82% de las personas encuestadas son **mujeres**.

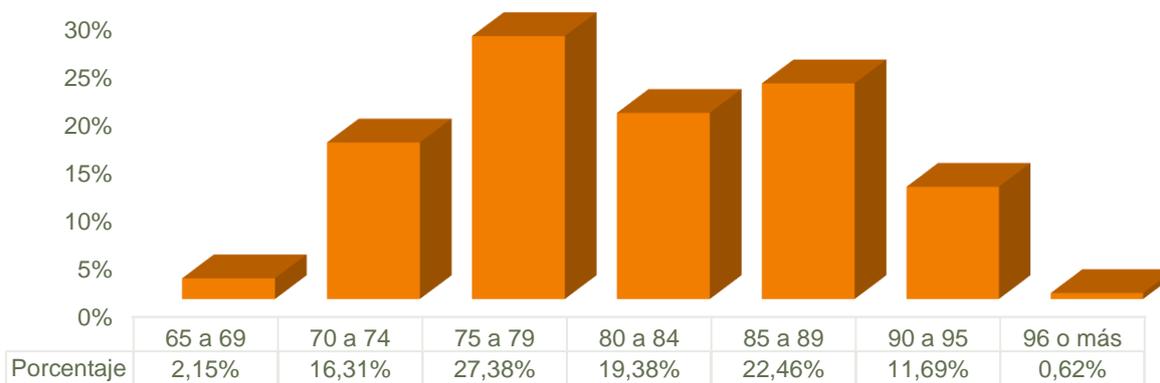
		Frecuencia	Porcentaje
GÉNERO	Mujer	268	82%
	Hombre	57	18%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



### ⇒ Edad de las personas encuestadas

La mayor parte de las personas de la muestra tienen **entre 75 y 89 años**, siendo **la media de edad los 81 años**. La edad de la que partíamos son los 65 años, pero encontramos que la edad más elevada presente entre los encuestados son los 96 años.

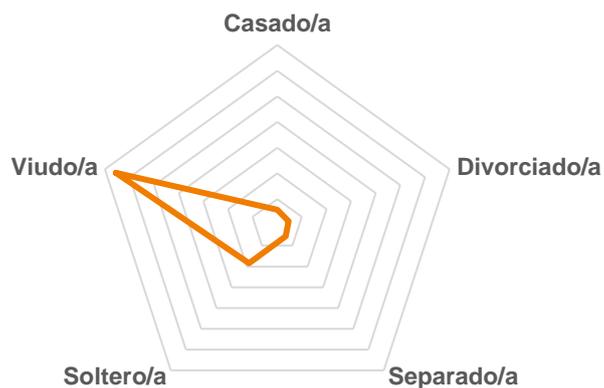
		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	65 a 69	7	2,15%
	70 a 74	53	16,31%
	75 a 79	89	27,38%
	80 a 84	63	19,38%
	85 a 89	73	22,46%
	90 a 95	38	11,69%
	96 o más	2	0,62%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



### ⇒ Estado civil de las personas encuestadas

Más de la mitad de las personas encuestadas son **viudas** (65,54%). A estas les siguen las personas solteras (18,46%).

		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO CIVIL	Casado/a	19	5,85%
	Divorciado/a	15	4,62%
	Separado/a	18	5,54%
	Soltero/a	60	18,46%
	Viudo/a	213	65,54%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



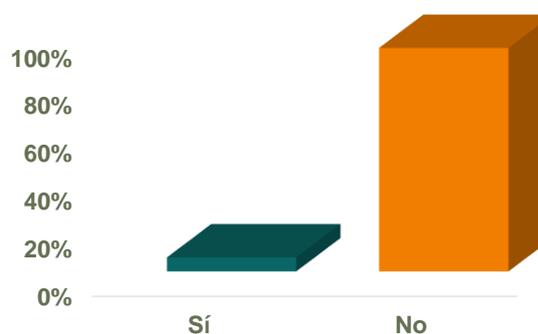
### ⇒ Núcleo de convivencia y responsabilidades de las personas encuestadas

El núcleo de convivencia, así como el tener personas a cargo, parecen ser un determinante del grado de soledad no deseada. Concluimos que **prácticamente la totalidad de las personas encuestadas vive sola** (un 91,38%) y **no tiene personas a cargo** (93,54%).

		Frecuencia	Porcentaje
<b>NÚCLEO CONVIVENCIA</b>	Vive solo/a	297	91,38%
	Con hijos/as	12	3,69%
	Con su cónyuge	6	1,85%
	Otros	10	3,08%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



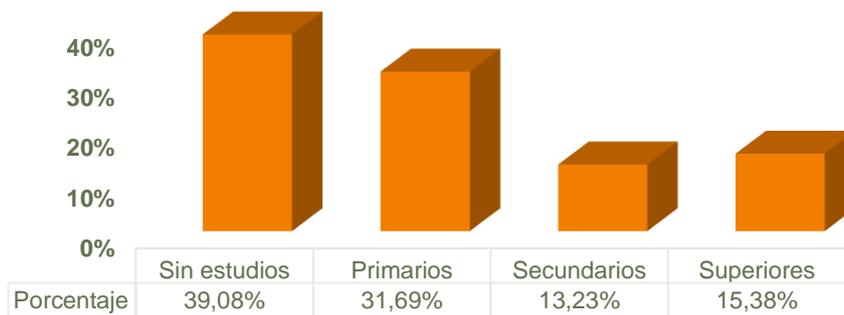
		Frecuencia	Porcentaje
<b>PERSONAS A CARGO</b>	Sí	19	5,85%
	No	304	93,54%
	NS/NC	2	0,62%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



### ⇒ Nivel de estudios de las personas encuestadas

Un 39,08% **no tiene estudios**, seguido del 31,69% que solo tiene estudios primarios. La **tendencia general** es hacia un **nivel bajo de estudios**.

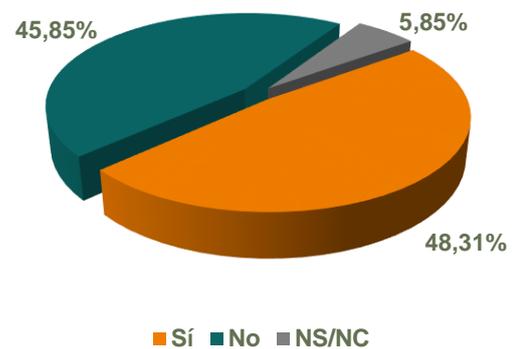
		Frecuencia	Porcentaje
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Sin estudios	127	39,08%
	Primarios	103	31,69%
	Secundarios	43	13,23%
	Superiores	50	15,38%
	NS/NC	2	0,62%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



⇒ Toma de medicación para dormir o para mejorar el estado anímico

Las cifras son prácticamente iguales tanto para las personas que toman medicación como las que no lo hacen. Aún así, los que toman medicamentos recetados para conciliar el sueño o mejorar el estado anímico representan el **48,31%** de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
TOMA DE MEDICACIÓN	Sí	157	48,31%
	No	149	45,85%
	NS/NC	19	5,85%
	<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>



## 5.2. Análisis bivariado sobre la soledad no deseada (escala UCLA)

En este apartado analizamos los resultados de la escala UCLA, que como explicábamos anteriormente nos permiten conocer el nivel de soledad, para posteriormente hacer un análisis bivariado que nos permite correlacionar el nivel de soledad con distintas variables sociodemográficas u otros indicadores. Como desviaciones de la muestra, cabe destacar que en ocasiones se ha visto reducido el número de casos válidos por presentar respuestas inespecíficas o fuera de contexto. Hemos omitido también los NS/NC por no ser suficientemente representativos.

### ⇒ Niveles de soledad no deseada (según la escala UCLA)

El siguiente cuadro muestra que el **34,15% del total de personas encuestadas (suma de nivel de soledad moderado y severo)**, se identificó con un sentimiento de soledad a través de los resultados de la escala UCLA.

	Nivel de soledad			TOTAL	SOLEDAD
	Bajo o nulo	Moderado	Severo		
<b>Frecuencia</b>	214	80	31	<b>325</b>	<b>111</b>
<b>%</b>	66%	24,62%	9,54%	<b>100%</b>	<b>34,15%</b>

De ahora en adelante, se pone el foco en identificar el perfil de personas que sufren de soledad moderada o severa. Por lo tanto, la cifra que aparece en la columna denominada “soledad” es fruto del cálculo realizado respecto al total de personas que sufren soledad moderada y/o severa (n=111; 34,15%).

### ⇒ Género y soledad

En la siguiente tabla se muestra que, del total de las personas encuestadas que se sienten solas (111 personas entre hombres y mujeres), **el 78,38% son mujeres** mientras que el **21,62% restante son hombres**.

			Nivel de soledad			SOLEDAD
			Bajo o nulo	Moderado	Severo	
<b>GÉNERO</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Frecuencia</b>	181	62	25	<b>87</b>
		<b>%</b>	67,45%	23,13%	9,33%	<b>78,38%</b>
	<b>Hombres</b>	<b>Frecuencia</b>	33	18	6	<b>24</b>
		<b>%</b>	57,89%	31,58%	10,53%	<b>21,62%</b>

“Hay que poner de relieve la feminización del envejecimiento, la jubilación, la resocialización o educación como factor de adaptación al cambio, la soledad y la dependencia. [...] La vejez tiene un perfil femenino y de viudez. Por lo tanto, predominan las desigualdades de género” (Pozón Lobato, E. 2018: 24)

### ⇒ Edad y soledad

En la siguiente tabla se muestra que entre las personas encuestadas que se sienten solas, este sentimiento **parece predominar más a mayor edad**. De hecho, las cifras más elevadas de soledad se concentran entre los **75 y los 89 años**. Encontramos que entre los 75 y los 79 años, un 26,13% sufren soledad, entre los 80 y los 84 un 21,62% y entre los 85 y los 89 encontramos la cifra más elevada con un 27,03%.

		Nivel de soledad			SOLEDAD
		Bajo o nulo	Moderado	Severo	
FRANJAS DE EDAD	65-69	5	0	2	<b>2</b>
		71,43%	0%	28,57%	<b>1,80%</b>
	70-74	40	6	7	<b>13</b>
		75,47%	11,32%	13,21%	<b>11,71%</b>
	75-79	60	21	8	<b>29</b>
		67,42%	23,60%	8,99%	<b>26,13%</b>
	80-84	39	16	8	<b>24</b>
		61,90%	25,40%	12,70%	<b>21,62%</b>
	85-89	43	25	5	<b>30</b>
58,90%		34,25%	6,85%	<b>27,03%</b>	
90-95	26	11	1	<b>12</b>	
	68,42%	28,95%	2,63%	<b>11%</b>	
>95	1	1	0	<b>1</b>	
	50%	50%	0%	<b>1%</b>	

### ⇒ Estado civil y soledad

En la siguiente tabla se muestra que, del total del total de las personas encuestadas que se sienten solas, **un 61,26% son viudos o viudas y un 17,12% son solteros o solteras**. Tras realizar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson obtenemos un nivel de significación de 0,001, por lo que sí que podemos establecer una correlación que nos muestra que **aquellas personas que están solteras o viudas sufren de mayor soledad**.

		Nivel de soledad			SOLEDAD
		Bajo o nulo	Moderado	Severo	
ESTADO CIVIL	Casado/a	11	3	5	<b>8</b>
		57,89%	16%	26,32%	<b>7%</b>
	Divorciado/a	7	3	5	<b>8</b>
		46,67%	20,00%	33,33%	<b>7,21%</b>
	Separado/a	10	3	5	<b>8</b>
		55,56%	16,67%	27,78%	<b>7,21%</b>
Viudo/a	145	55	13	<b>68</b>	
	68,08%	25,82%	6,10%	<b>61,26%</b>	
Soltero/a	41	16	3	<b>19</b>	
	68,33%	26,67%	5,00%	<b>17,12%</b>	

### ⇒ Nivel educativo y soledad

En la siguiente tabla se muestra que, del total del total de las personas encuestadas que se sienten solas, **el 47% no tiene estudios y el 34% tiene estudios primarios**. En este caso encontramos que sí que existe una correlación entre el nivel de estudios y la soledad. **A menor nivel de estudios, mayor soledad**. El nivel de significación es de 0,034.

		Nivel de soledad			SOLEDAD
		Bajo o nulo	Moderado	Severo	
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	75	36	16	<b>52</b>
		59,06%	28%	12,60%	<b>47%</b>
	Primarios	65	31	7	<b>38</b>
		63,11%	30,10%	6,80%	<b>34%</b>
	Secundarios	29	8	6	<b>14</b>
		67,44%	18,60%	13,95%	<b>13%</b>
Superiores	43	5	2	<b>7</b>	
	86,00%	10,00%	4,00%	<b>6%</b>	
NS/NC	2	0	0	<b>0</b>	
	100,00%	0,00%	0,00%	<b>0%</b>	

### ⇒ Psicofármacos y soledad

En la siguiente tabla se muestra que, del total de las personas encuestadas que se sienten solas, **el 39% toman ansiolíticos como pauta de medicación habitual**. Deberíamos reflexionar porque “a lo largo de la vida de las mujeres es cada vez más probable que una mujer reciba ansiolíticos o antidepresivos en la primera consulta que hace a un especialista. [...] Más del 85% de los psicofármacos son administrados a mujeres en el estado español, sobrepasando la evidencia científica existente que sitúa la prevalencia de ansiedad y depresión en un 50% más en mujeres que en hombres. Por cada diez personas que toman psicofármacos, 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres.” (Valls Llobet, C. et al. 2005)

Hemos preguntado por el consumo, tras prescripción médica, de diferentes familias de psicofármacos o medicamentos usados para tratar los problemas relacionados con el estado anímico o conciliar el sueño. Tras obtener las respuestas, hemos establecido la siguiente clasificación:

- \* **Ansiolíticos:** (o ansiotrópicos) que actúan como tranquilizantes y depresores del sistema nervioso central para reducir los síntomas de ansiedad, aunque también actúan como relajantes musculares. En esta categoría se incluyen los barbitúricos o las benzodiazepinas, de los que encontramos un mayor consumo de Diazepam, Lorazepam y Alprazolam.
- \* **Antidepresivos:** (o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, noradrenalina,...) usados para tratar la depresión, los trastornos de ansiedad generalizada y algunos trastornos de personalidad. En esta categoría se incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, noradrenalina o combinados, entre otros, pero son estos los que más predominan, destacando el consumo de ISRS como sertralina, fluoxetina o (es)citalopram.
- \* **Combinados:** se refiere a la toma simultánea de ansiolíticos y antidepresivos por parte de la misma persona encuestada. Es importante conocer este dato pues nos indica un posible indicio de polimedición, que podríamos cuestionar ya que la mayoría de los antidepresivos actúan también como ansiolíticos.

- \* **Neurolépticos:** (o antipsicóticos) usados para tratar cuadros esquizofrénicos pero también en algunas personas mayores que padecen de agitación psicomotriz. Actualmente, en dosis bajas se usan para tratar los trastornos de ansiedad. En esta categoría se incluyen la risperidona, la olanzapina, la quetiapina o el aripipazol.
- \* **Otros\*:** al preguntar por la toma de fármacos para mejorar el estado anímico o conciliar el sueño, siendo ésta la mejor forma para facilitar la comprensión de la pregunta, nos encontramos con dos hándicaps: 1) conocemos el consumo de psicofármacos según la familia de éstos, pero desconocemos el motivo de su prescripción y 2) al ser una pregunta abierta y simplificada, hemos obtenido respuestas que hacen referencia a complementos nutricionales naturales y similares que se usan, sin prescripción médica formal, para conciliar el sueño, por ejemplo. Estos complementos quedan recogidos en la categoría “Otros”.
- \* **Sin prescripción:** no refieren toma de medicación para conciliar el sueño o mejorar el estado anímico.

		Nivel de soledad			SOLEDAD
		Bajo o nulo	Moderado	Severo	
PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS	Ansiolíticos	70	28	15	<b>43</b>
		61,95%	24,78%	13,27%	<b>39%</b>
	Antidepresivos	10	3	0	<b>3</b>
		76,92%	23,08%	0,00%	<b>3%</b>
	Combinados	8	9	4	<b>13</b>
		38%	42,86%	19,05%	<b>12%</b>
	Neurolépticos	1	0	0	<b>0</b>
		100,00%	0,00%	0,00%	<b>0%</b>
Otros*	3	1	0	<b>1</b>	
	75,00%	25,00%	0,00%	<b>1%</b>	
Sin prescripción	112	35	7	<b>42</b>	
	72,73%	22,73%	4,55%	<b>38%</b>	
NS/NC	3	0	3	<b>3</b>	
	50,00%	0,00%	50,00%	<b>3%</b>	

### ⇒ Servicios institucionales y soledad

Del total de las personas encuestadas que se sienten solas, **el 41% dispone de teleasistencia más algún otro servicio**. Tan solo el 3% no dispone de servicios como voluntariado, teleasistencia o comedor social. Por lo tanto, **el 97% de los encuestados disfruta de este tipo de servicios**.

	Nivel de soledad			SOLEDAD	
	Bajo o nulo	Moderado	Severo		
SERVICIOS Y RECURSOS	No dispone	9	2	1	<b>3</b>
		75,00%	16,67%	8,33%	<b>3%</b>
	Voluntariado	0	0	1	<b>1</b>
		0,00%	0,00%	100,00%	<b>1%</b>
	Teleasistencia	89	22	6	<b>28</b>
		76,07%	18,80%	5,13%	<b>25%</b>
	Otros	29	19	9	<b>28</b>
		50,88%	33,33%	15,79%	<b>25%</b>
	Teleasistencia + otros	81	33	12	<b>45</b>
64,29%		26,19%	9,52%	<b>41%</b>	
Comedor social + otros	0	2	0	<b>2</b>	
	0,00%	100,00%	0,00%	<b>2%</b>	
Voluntariado + otros	4	1	1	<b>2</b>	
	66,67%	16,67%	16,67%	<b>2%</b>	

### ⇒ Visitas médicas y soledad

En la siguiente tabla se muestra que, **del total de las personas encuestadas que se sienten solas, el 37% realiza entre 1 y 5 visitas mensuales al médico de familia o al hospital**.

	Nivel de soledad			SOLEDAD
	Bajo o nulo	Moderado	Severo	
Nunca	50	17	5	<b>22</b>
	69,44%	23,61%	6,94%	<b>20%</b>
Puntual	37	14	8	<b>22</b>
	62,71%	23,73%	13,56%	<b>20%</b>
A diario	1	0	0	<b>0</b>
	100,00%	0,00%	0,00%	<b>0%</b>
De 1 a 5	95	31	10	<b>41</b>
	69,85%	22,79%	7,35%	<b>37%</b>
De 5 a 10	10	2	2	<b>4</b>
	66,67%	13,33%	20,00%	<b>4%</b>
De 10 a 25	3	4	0	<b>4</b>
	42,86%	57,14%	0,00%	<b>4%</b>
Visitas a domicilio (Atención Domiciliaria)	5	3	2	<b>5</b>
	50%	30,00%	20%	<b>5%</b>
Seguimiento periódico	6	2	0	<b>2</b>
	75%	25%	0%	<b>2%</b>
Otros	7	7	0	<b>7</b>
	50%	50%	0%	<b>6%</b>

### 5.3. Análisis cualitativo

De la valoración cualitativa de la entrevista, se percibe una diversidad muy amplia en la percepción de la soledad y lo que para cada persona significa: hay personas que lo asocian a un abandono, otras lo asocian al mero hecho de no tener familia directa y para otras es parte de la trayectoria vital y tiene que ver con los hechos naturales que ocurren y sus consecuencias.

Los resultados obtenidos en las preguntas abiertas nos permiten distinguir entre factores protectores ante la soledad no deseada y factores de riesgo:

## FACTORES PROTECTORES

- \* Buena red de soporte, satisfacción con ella y proximidad
- \* Grado de autonomía óptimo para generar oportunidades de sociabilización con el entorno (“mantenerse activo”)
- \* Religión como base para dar un significado a la vivencia de la soledad
- \* Accesibilidad física y del entorno para poder acceder fácilmente a las entidades del barrio: iglesia, espacio de jubilados... Así como asistencia a espacios para realizar actividades
- \* Capacidad de resiliencia

“Mis hijos están pendientes y soy de espíritu alegre.”

“Hay veces que en la vida te quedas sola... Yo he tenido la suerte de tener un carácter alegre y positivo y los problemas son algo que hay que resolver.”

“Tengo siete hijos y no me siento sola porque vienen todos los días y se turnan para quedarse a dormir.”

## FACTORES DE RIESGO

- \* Presencia de la dependencia y fragilidad de salud con la necesidad de terceros
- \* Barreras físicas
- \* Falta de soporte social o fragilidad en la red (hijos que viven lejos)
- \* Muerte del cónyuge

“Me da apuro decir que vengan a verme.”

“Uno se va quedando solo porque vas perdiendo gente que coincide

De las acciones y comentarios expresados para combatir la soledad no deseada por parte de las personas participantes en el estudio, hemos podido destacar una serie de reflexiones en cuanto a los recursos, las posibles medidas preventivas, las dificultades o barreras y la presencia de la soledad deseada, querida, como una opción existente.

### ⇒ Para combatir y reducir la soledad no deseada

Para **combatir** la soledad no deseada destaca la importancia del soporte familiar: la compañía que ofrecen y la satisfacción con ésta se convierten en un factor determinante para sentirse menos solo/a. La red vecinal y el soporte de las amistades aparecen como otros dos pilares fundamentales para prevenir el sentimiento de soledad.

**“Quedo con las amigas y las veo.”**

Otras de las acciones mencionadas por los participantes que contribuyen a sentirse más acompañados son la televisión como fuente de entretenimiento, la radio, la lectura y el mantenerse activo.

**“Hay veces que pongo el televisor para oír a alguien.”**

En relación con aquellas acciones que contribuirían a **reducir** el sentimiento de soledad las respuestas mayoritarias se relacionan con la expresión *“recibir más visitas”*. Es decir, el soporte de una segunda persona para charlar, salir a pasear o para ofrecer ayuda instrumental se contempla como el recurso más útil para reducir el sentimiento de soledad de las personas participantes. Cabe mencionar que, en algunos casos, la proximidad de la familia se contempla como un elemento que paliaría el sentirse menos solo/a.

**“Quiero que venga alguien a verme.”**

**“Me gustaría tener a una persona conmigo.”**

### ⇒ Las dificultades

Como las principales **dificultades** que mencionan las personas encuestadas para encontrarse menos solas destacan la movilidad como limitador para poder conectar a la persona con su entorno cercano.

**“Mientras yo pueda quiero tener mi libertad.”**

Así como la distribución de los edificios que dificulta las interacciones entre los vecinos y la fragilidad en las relaciones.

**“Hay días que no veo a gente.”**

**“En este edificio no se ve a nadie y no nos relacionamos.”**

Cabe destacar como la soledad, al anochecer, se incrementa por el sentimiento de fragilidad y vulnerabilidad de muchas de las personas encuestadas.

**“No me ayuda nada y por la noche es peor.”**

**“El anochecer y atardecer es muy duro... me gustaría tener una vecina que estuviera cuerda, empática y que fuera amiga.”**

**“Cuando cierro la puerta por la noche la soledad se nota, pero ya estoy acostumbrada.”**

#### ⇒ Para prevenir la soledad no deseada

En cuanto a la asistencia a los espacios para personas mayores, para muchos de los encuestados, son medidas **preventivas** ante la soledad no deseada. No obstante, para otros la presencia de la pluripatología, la no identificación con los espacios o la necesidad de una tercera persona para asistir condicionan su uso.

**“No los conozco y además los mayores me deprimen.”**

#### ⇒ Sobre la soledad deseada y querida

Sobre la soledad deseada y querida cabe mencionar como algunas de las personas de la muestra la expresan de tal forma.

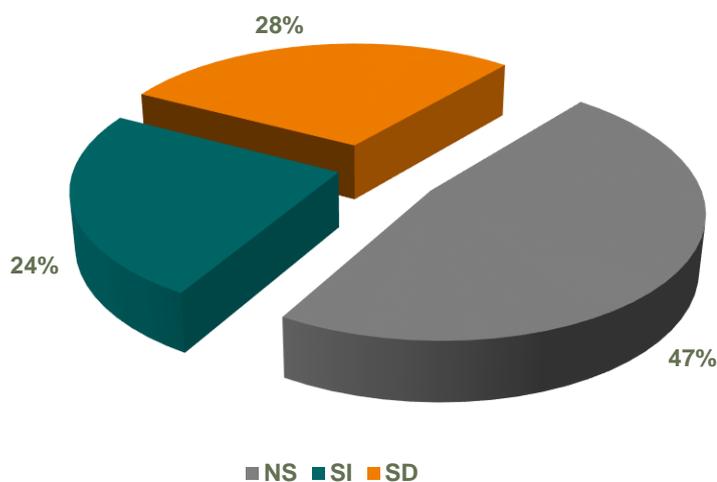
**“Ansiaba la soledad, la valoro muchísimo.”**

# 6. CONCLUSIONES

Al analizar el sentimiento de soledad entre las personas encuestadas **según la escala UCLA, obtenemos que el 34,15% del total de personas encuestadas identificó tener un sentimiento de soledad**, una cifra que choca con lo que la teoría académica expone, así como con los resultados cualitativos.

Por ello, hemos decidido clasificar las respuestas cualitativas que hacen referencia al sentimiento de soledad en tres grupos (según lo que declaran las personas entrevistadas):

1. **No soledad (NS):** recoge aquellas personas que afirman no sentirse solas y mantienen su respuesta a lo largo de la entrevista.
2. **Soledad indirecta (SI):** recoge aquellas personas cuya primera respuesta se inclina hacia la negación de la soledad pero que tras varias preguntas nos dejan entrever lo contrario. (Ejemplos: “mis hijos no viven aquí y no vienen a verme”, “mi marido ha muerto hace poco”, “no me importa sentirme solo”, “yo me apaño”, “ya estoy acostumbrado/a”, “no quiero complicarle la vida a nadie”)
3. **Soledad directa (SD):** recoge aquellas personas que manifiestan sentirse solas, aunque no declaren que sea un sentimiento diario. (Ejemplo: me siento solo/a por las noches y luego se me pasa)



Es gracias al análisis cualitativo que podemos contrastar los resultados cuantitativos, ya que las respuestas abiertas y cualitativas nos presentan un resultado totalmente distinto al de la escala UCLA: un 28,31% de las personas entrevistadas declaran sentirse solas (“soledad directa”) y un 24,31% responde a la categoría que hemos nombrado “soledad indirecta.” **El 52,62% de los encuestados sufren soledad no deseada.**

También, hemos desglosado las cifras por Comunidades Autónomas para detectar posibles diferencias. Observamos que es en Cataluña y Andalucía donde más personas se ven afectadas por la soledad no deseada. Destaca la cifra de soledad indirecta en Madrid, indicándonos, una vez más, el estigma que acompaña a esta situación.

		NS	SI	SD	SOLEDAD CUALITATIVA*
CCAA	Cataluña	29	19	30	49
		37,18%	24,36%	38,46%	62,82%
	Madrid	55	28	16	44
		55,56%	28,28%	16,16%	44,44%
	Valencia	42	18	15	33
		56%	24%	20%	44%
	Andalucía	28	14	31	45
		38,36%	19,18%	42,47%	61,65%

\*Cifra calculada respecto al total de población encuestada en cada CCAA.

Tanto las cifras y la encuesta administrada como la observación de las entrevistadoras nos llevan a concluir que:

1. Se requieren más **estudios cualitativos para identificar la soledad no deseada entre las personas mayores**, así como para detectar qué provoca tal discordancia entre encuestas y entrevistas, como la vergüenza o la necesidad de entablar una conversación más profunda y larga con el investigador. Se requiere de más tiempo de entrevista para ganarse la confianza del usuario.
2. La presencia de la **familia es una medida preventiva** ante la soledad que se repite en la mayoría de los testimonios, así como la ausencia de ésta es un factor desencadenante.

“Mi marido ha muerto recientemente.”

“Me ayuda salir con mi sobrina.”

“Salgo con mis amigas y mi hermana.”

3. La **televisión, la radio, los animales de compañía y los paseos** se usan como herramientas para ahuyentar la soledad e interactuar con el entorno, de forma directa o indirecta. En aquellas personas con un mayor nivel educativo, la posibilidad de seguir estudiando, aunque sea de forma autodidacta, ayuda a mitigar la soledad.
4. Parece ser que se tiende a la **autojustificación** de la situación de soledad no deseada. Justifican la ausencia de familiares debido al cuidado de los hijos, el trabajo o la lejanía geográfica. O simplemente la asumen con resignación como parte de la vida. También, en ocasiones se opta por la **resiliencia**.

“Tengo mucha fuerza para tirar sola.”

“Mis hijos no vienen mucho, pero es que los pobres tienen su vida, su trabajo y sus hijos.”

“Mis hijos dicen que lloro mucho y nunca se sientan a tener una conversación. Siempre van con prisa.”

5. Las **enfermedades, la comorbilidad y la pluripatología** dificultan la independencia, y consecuentemente, aumentan la percepción de soledad. A veces, se suman las barreras físicas que favorecen el aislamiento. La reducción de la **movilidad** es un factor de riesgo para la soledad que además genera **dependencia**.

**“Me gustaría tener un ascensor porque la finca en la que vivo no tiene y necesito siempre a alguien para bajar a la calle. Por lo tanto, soy dependiente para relacionarme.”**

6. Los servicios como **teleasistencia** parecen brindar seguridad nocturna y conexión con el mundo. Lo mismo sucede durante el día con servicios como el de Atención Domiciliaria, que permiten establecer conversaciones con otras personas. La mayoría se muestran encantadas con este tipo de servicios.

**“Teleasistencia me da mucha seguridad porque si pasa algo sé que van a darse cuenta.”**

**“Los de teleasistencia me llaman mucho para ver cómo estoy.”**

7. Las **instituciones, entidades y espacios públicos son un factor protector**, pero destaca el deseo de que sean espacios **intergeneracionales**. Se observa cierta sensación de abandono institucional en Antequera (Andalucía) así como un mayor seguimiento y rapidez en la gestión del servicio de atención domiciliaria en ciudades grandes. Intuimos que es, por lo tanto, una cuestión de recursos.
8. El **factor económico** es también un factor de riesgo/protección ante la soledad en función de los recursos de los que se disponga. En las grandes ciudades las pensiones son mayores mientras que en las pequeñas, y sobre todo en el sur de España, son menores e incluso no contributivas. Esto limita las oportunidades de ocio.
9. Paradójicamente, en el **ámbito rural** se observa un menor sentimiento de soledad (comarca de la Alta Ribagorça). La proximidad de la red familiar y vecinal, así como el ámbito geográfico de residencia son factores clave.
10. El **atardecer** y **anochece** generan miedos, inseguridades y consecuentemente mayor sensación de soledad. La mayoría usan **psicofármacos** para evitar los miedos y conciliar el sueño. Respecto al consumo de este tipo de fármacos encontramos que los de consumo más común son ansiolíticos tipo Lorazepam o Trankimazin cuya posología no ha variado durante la última década o incluso no ha sido revisada, según las declaraciones de las personas encuestadas.
11. Algunas de las personas participantes en el estudio destacan la soledad como un **fenómeno positivo** y lo asocian a cómo se han adaptado al ritmo urbano y al individualismo, lo que por el contrario puede convertirse en un factor de riesgo de exclusión de la vida pública, provocando aislamientos difíciles de identificar.

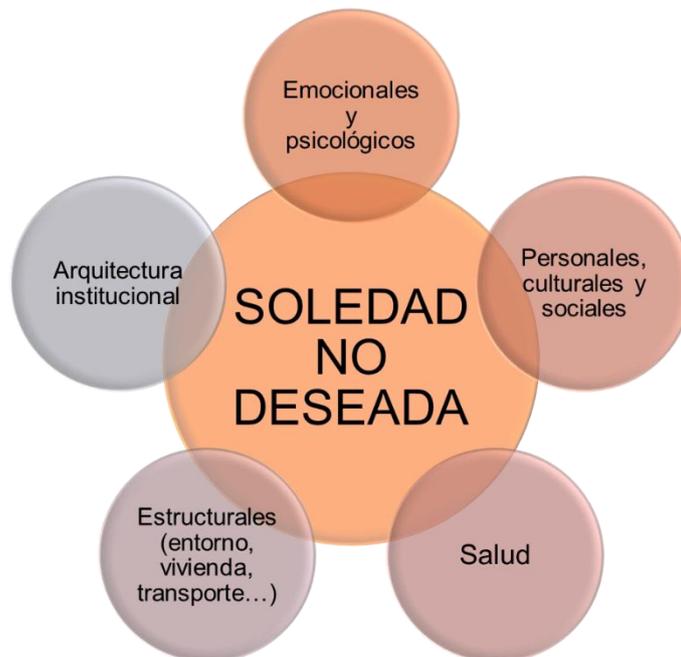
Por ejemplo, en este sentido identificamos diferencias entre territorios según la cultura y tradición de éstos: en Antequera la familia tiene un rol importante que siempre ha limitado la adaptabilidad a nuevas situaciones que se dan fuera de este entorno (ej: participación en espacios públicos), en Cataluña la red vecinal ocupa una posición dominante y en Valencia y especialmente Madrid se han desarrollado actitudes en base al entorno urbano y la vida pública y de ocio que ofrece la ciudad.

12. Se observa una visión de **autosuficiencia distorsionada**, al tratarse de personas que están acostumbradas a un ritmo de vida social muy elevado. Esto puede limitar las relaciones y las interacciones con los Servicios Sociales. Muchas de las personas encuestadas parecen sentir vergüenza al reconocer que se sienten solas o que necesitan ayuda. La soledad es un tema tabú entre aquellas personas que acostumbraban a tener amplios círculos de amigos con los que realizar actividades años atrás. Es una necesidad no expresada, no verbalizada o manifestada porque genera **estigma**.

**“Al que está solo le da vergüenza decirlo porque es asumir que los hijos no cumplen. En nuestra época nos enseñaron a callar y a obedecer.”**

**“Antes las hijas cuidaban de las madres, pero ahora la vida ya no es así.”**

Por último, al inicio del estudio nos planteábamos una serie de objetivos que hemos asumido: a lo largo de el presente informe hemos definido más de cinco indicadores o determinantes de soledad no deseada (objetivo 1) gracias al análisis realizado a través de la escala UCLA (objetivo 2). Los determinantes que hemos definido a lo largo del estudio quedan resumidos en la siguiente figura:



**Fuente:** elaboración propia. Determinantes genéricos de la soledad no deseada.

También, a continuación, presentamos propuestas y acciones que permitan paliar la situación de soledad no deseada de las personas mayores objeto de estudio de la investigación (objetivo 3).

Como propuestas para combatir la soledad no deseado apostamos por:

1. Fomentar el **voluntariado**, por parte de toda la ciudadanía (a nivel individual, asociativo, empresarial...) para establecer puentes entre las personas mayores y la **comunidad**. Apostamos por la acción comunitario y por tejer redes sociales amplias que no solo acompañen, sino que vigilen y detecten situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad.
2. Establecer protocolos de detección y seguimiento desde Atención Primaria de Salud y/o Servicios Sociales.
3. Proporcionar a los agentes de la comunidad (desde las instituciones hasta a las familias, las entidades o los comercios...) de los **catálogos de recursos** con los que cuenta la comunidad para prevenir o paliar la soledad no deseada.
4. Promover el **intercambio intergeneracional** entre las personas mayores: voluntariado, bancos del tiempo, transmisión de conocimientos. **El envejecimiento no es responsabilidad exclusiva de las personas mayores.**
5. Ofrecer opciones para el **aprendizaje continuo** de las personas mayores. A más recursos personales y educativos, más recursos para evitar y afrontar (o salir de) la soledad. Como diría Pozón Lobato “la ignorancia sobre la vejez es generalizada” (2018: 18), la vivimos como una limitación, como el fin de la vida y no hay inquietudes.
6. Establecer **acciones preventivas** como son grupos de cuidadores, preparación para la jubilación, trabajo transversal sobre los estereotipos... Así como favorecer la implementación de nuevas **tecnologías** en el hogar que complementen otros servicios y recursos más tradicionales. Hay que dar valor a las acciones de **cuidado** y **acompañamiento** que tan necesarias son y replantear el cómo asumimos, como cuidadores y como ciudadanos, el cuidado de las personas mayores, entre todos.
7. Impulsar programas para favorecer el acceso a la calle para aquellas personas que viven en fincas sin ascensor o con otras **barreras arquitectónicas**. Esto implica también eliminar dichas barreras fuera del hogar. Siguiendo la línea de crear ciudades amigables hay que pensar en el espacio con el que cuentan las aceras, la localización y disponibilidad de bancos para sentarse o en los espacios públicos e institucionales con los que cuentan los barrios, por ejemplo.
8. Replantear el concepto de espacio de jubilados o “hogar”. Promover espacios integrados y abiertos a la comunidad y con la inclusión de otras generaciones.
9. Establecer **Servicios de Atención Domiciliaria** social para personas con riesgo de aislamiento o soledad. Se requiere de dispositivos institucionales que velen por la calidad de vida en la vejez.

10. Valorar la implementación de viviendas con servicios para personas mayores o programas o acciones públicas enfocadas a reforzar el tejido comunitario y los lazos vecinales, realizando actividades que fomenten el acompañamiento y la vigilancia de las personas más vulnerables y en riesgo de aislamiento. En esta línea, como comentábamos al principio, al analizar las respuestas de las personas que participaron voluntariamente y que residen en entornos con soporte y participan activamente en actividades comunitarias, hemos obtenido un nivel de soledad inferior a la muestra general.

Encuestamos a 90 personas: todas ellas viven solas y la mayoría son mujeres (82,22% de mujeres frente a un 17,78% de hombres) entre los 65 y los 95 años, pero siendo mayoría las que se sitúan en la franja de edad entre los 70 y los 84 años. Mayoritariamente, son viudos/as (57,78%) o solteros/as (22,22%) y con un nivel de estudios primarios (53,33%). Disponen de, al menos, el servicio de teleasistencia.

En base a la escala UCLA obtuvimos que el **25,56%** de las personas correspondientes a dicha muestra sufren soledad no deseada. La cifra es menor en comparación con la obtenida en el análisis general, por lo que **la soledad sigue estando presente, pero menos.**

	Bajo o nulo	Moderado	Severo	TOTAL	SOLEDAD
Frecuencia	67	17	6	90	23
%	74,44%	18,89%	6,67%	100%	25,56%

**“Tengo un espejo con el que hablo y en él veo a una mujer que no reconozco, pero puedo hablar con ella todo lo que quiera.”**

# 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán A. 2004. "Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores." Madrid: IMSERSO. CSIC; 43-88.
- Ayala, A. et al. 2012. "Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España" *Gaceta Sanitaria*: 26(4): 317-324
- Berkman, L. F. et al. 1983. "Health and ways of living." Oxford University Press, Nova York
- Brittain, K. et al. 2017. "An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old - Newcastle 85+ Study". *Ageing and Society* 37(1): 39-62. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001142>
- Campo, M. J. 2000. "Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora." *Opiniones y Actitudes* nº 31. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid
- Casado, D.; López, G. 2001. "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro." Colección de Estudios Sociales nº 6. Fundación "La Caixa", Barcelona
- Cloutier-Fisher, D.; K. Kobayashi y A. Smith. 2011. "The subjective dimension of social isolation: a qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks". *Journal of Aging Studies* 25(4): 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.012>
- Cohen-Mansfield, J. 2018. "Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial." *Journal of Psychiatric Research*, 99, pp. 69-75
- Courtin, E. y Knapp, M. 2015. "Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review." London School of Economics and Political Science, Personal Social Services Research Unit, Londres
- Dahlberg, L. et al. 2015. "Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: a national longitudinal study". *Aging and Mental Health* 19(5): 409-417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Dahlberg, L. y K. McKee. 2014. "Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study". *Aging and Mental Health* 18(4): 504-514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. 1991. "Policies and Strategies to Promote social Equity in Health." Institute for Futures Studies, Estocolmo
- Davidson, S. y Rossall, P. 2015. "Evidence Review: Loneliness in Later Life." Age UK
- De Jon Gierveld, J. 1987. "Developing and testing a model of loneliness." *Journal of Personal and Social Psychiatry*, 53, pp. 119-128
- De Jong Gierveld, J.; N. Keating y J. E. Fast. 2015. "Determinants of loneliness among older adults in Canada". *Canadian Journal on Aging* 34(2): 125-136. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>
- De Jong Gierveld, J.; P. A. Dykstra y N. Schenk. 2012. "Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe". *Demographic Research* 27(7): 167-200. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.7>

- De Jong Gierveld, J.; T. van Tilburg and P. A. Dykstra. 2016. "Loneliness and social isolation". Pp: 1-30 en *The Cambridge handbook of personal relationships* (2ª ed.), editado por Anita Vangelisti & Daniel Perlman. Cambridge: Cambridge University Press.
- Díez, J. y Morenos, M. 2015. "La soledad en España." Fundación ONCE, Fundación AXA y Análisis Sociológicos, Económicos y Políticos, S.A. (ASEP), Madrid
- Domènech-Abella, J. 2017. "The role of socio-economic status and neighborhood social capital on loneliness among older adults: evidence from the Sant Boi Aging Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, pp. 1237-1246
- Domínguez-Alcón C. 2001. "Construyendo el equilibrio: Mujeres, Trabajo y Calidad de Vida." Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid
- Duncan Jones, P. 1981. "The structure of social relationships: analysis of a survey instrument, part 1." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 16, pp. 55-61
- Dykstra, P. A. 1995. "Loneliness among the never and formerly married: the importance of supportive friendships and a desire for independence". *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50(5): 321-329. <https://doi.org/10.1093/geronb/50B.5.S321>
- Dykstra, P. A. y J. de Jong Gierveld. 2004. "Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults". *Canadian Journal on Aging* 23(2): 141-155. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0018>
- Dykstra, P. A.; T. G. van Tilburg y J. de Jong Gierveld. 2005. "Changes in older adult loneliness". *Research on Aging* 27(6): 725-747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D. y Maciá, A. 1996. "Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos." Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales – IMSERSO, Madrid
- Fokkema, T.; J. de Jong Gierveld y P. A. Dykstra. 2012. "Cross-national differences in older adults loneliness". *The Journal of Psychology* 146(1-2): 201-228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>
- Gómez J. 2003. "El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud." Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad. Editorial Nueva Imprenta, Madrid
- Greenfield, E. y D. Russell. 2011. "Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: evidence from the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project". *Journal of Applied Gerontology* 30(4): 524-534. <https://doi.org/10.1177/0733464810364985>
- Hauge, S. y Kirkevold, M. 2010. "Older Norwegians' understanding of loneliness." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5
- Havens, B. et al. 2004. "Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans". *Canadian Journal on Aging* 23(2): 129-140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>
- Hayley, A. C. et al. 2017. "Social and emotional loneliness and self-reported difficulty initiating and maintaining sleep (DIMS) in a sample of Norwegian university students." *Personality and Social Psychology, Scandinavian Journal of Psychology*, 58, pp. 91-99

Heylen, L. 2010. "The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age". *Ageing and Society* 30(7): 1177- 1196. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000292>

Iglesias de Ussel, J. 2001. "La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis cualitativo." Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid

Kamiya, Y. et al. 2014. "Early-life circumstances and later life loneliness in Ireland". *The Gerontologist* 54(5): 773- 783. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt097>

Latson, J. 2018. "Loneliness Is a Problem of Epidemic Proportions, for Affecting Millions from All Walks of Life, but While Its Roots Are Complex, Remedies May Be within Reach." *Psychology Today*, nota de prensa

Lara, E; Martín-María, N; De la Torre-Luque, A; Koyanagi, A; Vancampfort, D; Izquierdo, A; Miret, A. 2019. "Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies." *Ageing Research Reviews*. Doi: 10.1016/j.arr.2019.03.002.

Leigh-Hunt, N. et al. 2017. "An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness." *Public Health* 152, University of Leeds, Leeds: 157-171

León, J. et al. 2010. "Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta." ANEC, Medellín

Liu, B. y K. Rook. 2013. "Emotional and social loneliness in later life: associations with positive versus negative social exchanges". *Journal of Social and Personal Relationships* 30(6): 813-832. <https://doi.org/10.1177/0265407512471809>

López Vega, D. J. et al. 2014. "Análisis psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (versión 3) en una muestra de guardias civiles." *Apuntes de Psicología*, vol. 32, núm. 3, pp: 289-294

López, J. 2005. "Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza." Madrid: IMSERSO.

López, J. y M. P. Díaz. 2013. "La modernización social de la vejez en España". *Revista Internacional de Sociología* 71(1): 65-89. <https://doi.org/10.3989/ris.2011.04.26>

López, J.; M. P. Díaz y M. Sánchez. 2014. "El rechazo de las mujeres mayores viudas a volverse a emparejar: cuestión de género y cambio social". *Política y Sociedad* 51(2): 507-532. [https://doi.org/10.5209/rev\\_POSO.2014.v51.n2.44936](https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2014.v51.n2.44936)

Losada, A. et al. 2012. "Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults". *The Journal of Psychology* 146(3): 277- 292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>

Lubben, J. 1988. "Assessing social networks among elderly populations." *Family and Community Health*, 11, pp. 42-52

Lykes, V. y M. Kemmelmeier. 2014. "What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe". *Journal of Cross-Cultural Psychology* 45(3): 468-490. <https://doi.org/10.1177/0022022113509881>

Maes, M. et al. 2015. "Factor Structure and Measurement Invariance of a Multidimensional Loneliness Scale: Comparisons Across Gender and Age." *Journal of Child and Family Studies*, 24, pp. 1829-1837

- Nicolaisen, M. y K. Thorsen. 2017. "What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan-form 18 to 79 years". *International Journal of Aging and Human Development* 84(2): 126-158. <https://doi.org/10.1177/0091415016655166>
- Nicolaisen, M. y Thorsen, K. 2014. "Loneliness among men and women: A five-year follow-up study." *Aging and Mental Health*, 18, 2, pp. 194-206
- Nyqvist, F. et al. 2013. "Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study". *Journal of Aging and Health* 25(6): 1013-1035. <https://doi.org/10.1177/0898264313497508>
- Obisesan, T.O. 2013. "Among elderly men, feelings of loneliness are associated with increased 10-year mortality risk, independent of social isolation and medical and psychiatric conditions." *Evidence-based Nursing*, 16 (2), 66.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud."
- Perlman, D. y L. A. Peplau. 1981. "Toward a social psychology of loneliness". Pp. 31-56 en *Personal relationships in disorder (1ª ed.)*, editado por S. Duck & R. Gilmour. London: Academic Press.
- Pinazo, S. y Donio, M. 2016. "La soledad de las personas mayores." *Conceptualización, valoración e intervención.* Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, nº 5
- Pinquart, M. 2003. "Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults". *Journal of Social and Personal Relationships* 20(1): 31-53. <https://doi.org/10.1177/02654075030201002>
- Prieto, M. E. et al. 2011. "Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults". *Journal of Aging and Health* 23(1): 177-194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Puig, M. et al. 2009. "Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo." *Rincón científico*
- Raphael, K et al. 2019. "Social and health-system factors that affect health: what's known and knowable?" *Global Health Institute, Harvard*
- Rouxel, P. et al. 2017. "Oral health-related quality of life and loneliness among older adults." *European Journal of Ageing*
- Rubio, R. y Aleixandre, M. 2011. "Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo." *Revista Gerontología*, 11 Suplemento 1, pp 23-28
- Sánchez, M.; J. de Jong Gierveld y J. Buz. 2014. "Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands". *Ageing and Society* 34(2): 330-354. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839>
- Sánchez, P. et al. 2009. "Viudedad y vejez. Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España." *Nau Llibres, Valencia*
- Savikko, N. et al. 2005. "Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41(3): 223-233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>

- Shernourne, C.D. y Steward, A. L. 1991. "The MOS social support survey." *Social Science and Medicine Journal*, 32, pp. 705-714
- Sitckley, A. y Koyanagi, A. 2018. "Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study." Cardiff University, Reino Unido
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S.R., & Brydon, L. 2004. "Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women." *Psychoneuroendocrinology*, 29 (5), 593-611.
- Sundström, G. et al. 2009. "Loneliness among older Europeans". *European Journal of Ageing* 6(4): 267-275. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>
- Utz, R. et al. 2014. "Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons". *Journal of Gerontology: Social Sciences* 69(1): 85-94. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>
- Valls Llobet, C. et al. 2005. "¡Ser mujer no es una enfermedad!" en *Mujeres y Salud*, 15
- Valtorta, N. et al. 2016. "Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools." Department of Health Sciences, University of York, Nueva York
- Van Baarsen, B. 2002. "Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social isolation loneliness following a partner's death in later life". *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57(1): 33-42. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S33>
- Victor, C. et al. 2000. "Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone". Review in *Clinical Gerontology* 10(4): 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Victor, C. y A. Bowling. 2012. "A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain". *The Journal of Psychology* 146(3): 313-331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- Victor, C. y K. Yang. 2012. "The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom". *The Journal of Psychology* 146(1-2): 85-104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
- Viel Sirito, S. et al. 2018. "Desarrollo de la escala EDSOL para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida." *Psicooncología*, Ediciones Complutense, Madrid
- Walker A. 1996. "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores." *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73:17-43.
- Weiss, R.S. 1983. "Loneliness: the experience of emotional and social isolation." MIT Press, Cambridge
- While, A. 2017. "Loneliness is a public health issue." *British Journal of Community Nursing*, vol. 22, núm. 2
- Young, J. E. 1982. "Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application." en Peplau, L. A. y Perlman, D. 1982. "Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy." John Wiley and Sons, Nova York, pp. 379-406

# 8. ANEXO

## 8. 1. Modelo de encuesta administrada

### ENCUESTA

La finalidad de la siguiente encuesta es valorar el grado de soledad no deseada. En este sentido, este estudio nos permitirá evaluar y reorientar nuestra intervención con acciones concretas y la calidad de nuestra gestión hacia un proceso de mejora continua.

El siguiente cuestionario está estructurado en 15 preguntas relacionadas con el grado de soledad percibido. Las preguntas que se plantean son de dos tipos: 10 preguntas cerradas (de carácter escalar) y 4 preguntas abiertas.

E. Núm. _____
Entrevistadora: _____
Fecha:        /        / 2019

### Dimensión Informativa

#### 1. Persona que responde a la encuesta

Comunidad autónoma:     Cataluña         Madrid         Valencia         Andalucía

#### 2. Núcleo de convivencia

1. Vive solo/a         2. Hijos         3. Cónyuge  
 4. Otros

#### 3. Género

1. Hombre         2. Mujer

#### 4. Edad

\_\_\_\_\_ Años

#### 5. Estado civil

1. Casado/a         2. Divorciado/a         3. Separado/a  
 4. Soltero/a         5. Viudo/a         6. Pareja         7. Otros

6. ¿Tiene personas a su cargo? En caso afirmativo, indicar cuantas.

1. Sí  2. No

7. ¿Cuál es su nivel educativo?

1. Sin estudios  2. Primarios  3. Secundarios  4. Superiores

8. ¿Dispone de algún servicio de la cartera de Servicios sociales?

1. Tele asistencia  2. Comedor social  3. Voluntariado  4. SAD  
 5. Centro de día  6. Otros: \_\_\_\_\_

9. ¿Cuántas visitas realiza al mes a un centro médico/hospitalario?

\_\_\_\_\_

10. ¿Cuántas visitas realiza al mes a Servicios sociales ("asistente social")?

\_\_\_\_\_

11. ¿Toma algún medicamento para el estado de ánimo? (antidepresivo, ansiolítico para el trastorno del sueño, etc.)

1. Sí  2. No

En caso de respuesta afirmativa, especificar cual:

*Estas once preguntas tienen como objetivo principal conocer la tipología de la persona encuestada. Mediante la tipología del encuestado/a se pueden correlacionar estos ítems con el grado de soledad percibida.*

### Dimensión Cuantitativa

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las siguientes afirmaciones. Señale con el número del 1 al 4 cada una de ellas.

1. Indica: «NUNCA me siento de esta manera»; 2. Indica: «RARAMENTE me siento así»; 3. Indica: «me siento así con FRECUENCIA»; 4. Indica: «me siento así MUY A MENUDO».

	NUNCA	RARAMENTE	CON FRECUENCIA	MUY A MENUDO
¿Con que frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia siente que no puede tolerar más sentirse solo?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia siente que nadie le entiende?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia se siente completamente solo?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y a comunicarse con ellos?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia siente que necesita compañía?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia se siente que es difícil para usted hacer amigos/as?	1	2	3	4
¿Con que frecuencia se siente excluido de los demás y/o del entorno?	1	2	3	4

### Dimensión Cualitativa

1. ¿Qué le ayuda a sentirse menos solo/a?

2. ¿Qué le gustaría hacer o tener para sentirse menos solo/a?

*(En los casos en que se detecte sentimiento de soledad no deseada)*

3. ¿Con qué dificultades para estar más acompañado?

*(En los casos en que se detecte sentimiento de soledad no deseada)*

4. ¿Conoce los equipamientos que tiene en el barrio/municipio/localidad para personas mayores como son centros cívicos, el comedor social, etc.? En caso afirmativo y no hacer uso, ¿qué le impide asistir?

*(En los casos en que se detecte sentimiento de soledad no deseada)*

¿Le gustaría añadir algún comentario más?

---

---

---

*Tiene por objetivo recoger las observaciones, recomendaciones o la opinión de encuestado/a desde una vertiente subjetiva.*

## 8. 2. Período de realización del trabajo de campo

La ejecución del programa del presente estudio se muestra a continuación:

ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA INICIO	FECHA FIN	GRADO CONSECUCIÓN	
			INICIADO	REALIZADO
Plan de implementación. Cronograma proyecto Investigación Soledad no deseada	07/01/2019	18/01/2019	✓	✓
Reunión de coordinación y entrevistas a profesionales del proyecto	07/02/2019	14/02/2019	✓	✓
Presentación proyecto Investigador/es	08/02/2019	14/02/2019	✓	✓
Descripción e identificación de la población diana objeto del estudio vinculada a Servicios Sociales y entidades del territorio, barrios, distritos, etc. Identificación datos poblaciones y demográficos.	08/02/2019	01/03/2019	✓	✓
Presentación proyecto y firma del acuerdo con Servicios Sociales: - Ayuntamiento Madrid - Ayuntamiento de Antequera - Ayuntamiento de Torrent - Ayuntamiento de Sant Vicenç dels Horts - Consejo Comarcal de la Alta Ribagorça	14/01/2019	26/03/2019	✓	✓
Obtención del consentimiento informado y LOPD de las personas participantes en el estudio por parte de Servicios Sociales	16/01/2019	24/07/2019	✓	✓
Coordinación inicial equipo de investigación. Reuniones de coordinación y entrevistas a profesionales del proyecto	08/02/2019	09/10/2019	✓	✓
Diseño y estrategia metodológica (técnicas e instrumentos). Diseño Base de Datos SPSS y Validación Escala UCLA	07/01/2019	11/02/2019	✓	✓
Muestreo	09/01/2019	11/02/2019	✓	✓
Trabajo de campo – Realización de las entrevistas	16/01/2019	02/08/2019	✓	✓
Seguimiento y análisis de dificultades estudio	21/06/2019	19/07/2019	✓	✓
Memoria justificativa	26/08/2019	06/09/2019	✓	✓
Análisis cuantitativo y cualitativo (depuración BBDD y análisis de frecuencias)	13/07/2019	31/10/2019	✓	✓
Evaluación de indicadores y objetivos propuestos	02/09/2019	30/11/2019	✓	✓
Análisis y propuestas para paliar la soledad no deseada en personas mayores	23/09/2019	30/11/2019	✓	✓
Informe y memoria final	26/08/2019	31/12/2019	✓	✓

