



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Grado en Trabajo Social

Análisis de la soledad en la vejez
institucionalizada y su abordaje des del
Trabajo Social

Trabajo fin de estudio presentado por:	Judit Martín González
Tipo de trabajo:	Investigación social
Director/a:	Víctor Hugo
Fecha:	01/05/2024

La Comisión Ética de TFE de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Internacional de La Rioja, y los miembros que la conforman exponen que:

El proyecto de TFE titulado **"Análisis de la soledad en la vejez institucionalizada y su abordaje des del Trabajo Social"** presentado por D/Dña. Judit Martín González en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Logroño a fecha del día **15 de julio de 2024**.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

GALLEG
SOLANA
INÉS -
16635116K

Firmado
digitalmente por
GALLEG
SOLANA
INÉS - 16635116K
Fecha: 2024.07.15
14:25:34 +02'00'

Firmado. Comisión Ética TFE
Facultad Ciencias Sociales y Humanidades

Logroño a 15 de julio de 2024

Resumen

La soledad no deseada se presenta como un problema social creciente que afecta de manera importante a las personas mayores en España. Si bien desde la década de 1980 se viene estudiando este fenómeno, en los últimos años ha experimentado un notable incremento. Este crecimiento se debe tanto al aumento de la esperanza de vida como a los cambios socioculturales en patrones relationales.

Desde un enfoque sistémico, esta investigación tiene como objetivo comprender la soledad como una problemática multidimensional que incide no sólo en quienes viven solos o tienen redes sociales débiles, sino también en aquellos institucionalizados. A través de técnicas cualitativas como encuestas estructuradas, se pretende analizar las causas y consecuencias subjetivas de la soledad entre los residentes.

Asimismo, se busca identificar los factores socio-ambientales y las dinámicas de interacción social que pueden propiciar este sentimiento al interior de un centro residencial. Para ello, se llevará a cabo un estudio de caso en la residencia San Lorenzo de Gavà, realizando 22 encuestas a residentes de entre 60 y 80 años.

Los resultados permitirán elaborar recomendaciones de intervención desde un enfoque sistémico y ecosistémico, considerando los distintos niveles que inciden en la problemática estudiada.

Palabras clave: Investigación, personas mayores, soledad, residencias.

Abstract

Unwanted loneliness presents itself as a growing social issue that significantly affects elderly individuals in Spain. While this phenomenon has been studied since the 1980s, in recent years it has experienced a notable increase. This growth is attributed to both the increase in life expectancy and sociocultural changes in relational patterns.

From a systemic approach, this research aims to understand loneliness as a multidimensional problem that affects not only those who live alone or have weak social networks but also those who are institutionalized. Through qualitative techniques such as structured surveys, the objective is to analyze the subjective causes and consequences of loneliness among residents.

Furthermore, the research seeks to identify the socio-environmental factors and social interaction dynamics that may foster this feeling within a residential facility. To achieve this, a case study will be conducted at the San Lorenzo de Gavà residence, conducting 22 surveys with residents aged between 60 and 80 years.

The results will enable the development of intervention recommendations from a systemic and ecologically informed approach, considering the different levels that impact the studied issue.

Keywords: Research, older people, loneliness, Social Work, nursing homes.

Índice de contenidos

1.	Introducción.....	9
1.1.	Justificación y fundamentación	10
1.2.	Objetivos de la investigación	11
2.	Marco teórico	12
2.1.	El envejecimiento.....	12
2.1.1.	Causas del envejecimiento demográfico	13
2.1.2.	Teorías del envejecimiento	18
2.1.3.	Nuevos retos para las políticas sociales	21
2.2.	La soledad	22
2.2.1.	Efectos de la soledad	23
2.2.2.	Estrategias de prevención ante la problemática	28
2.2.3.	Soledad en residencias.....	30
3.	Metodología.....	35
3.1.	Enfoque, alcance y diseño.....	35
3.2.	Variables.....	36
3.3.	Población y muestra.....	37
3.4.	Técnicas de recogida de datos	38
3.5.	Técnicas de análisis de datos	39
4.	Resultados y discusión	40
4.1.	Resultados.....	40
4.2.	Discusión crítica de resultados.....	52
4.2.1.	Perfil del residente institucionalizado.	52
4.2.2.	Implicaciones del estado de salud y nivel de interacción social en la soledad.....	53
4.2.3.	Nivel de socialización, bienestar emocional y percepción de soledad.....	55

5. Conclusiones	59
6. Limitaciones y prospectiva	62

Índice de figuras

Figura 1. Población de 65 años de edad y más (% del total).....13

Figura 2. Población de 65 años de edad y más (% del total).....14

Índice de tablas

Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España.....	16
Tabla 2. España – Emigrantes totales.....	17
Tabla 3. España – Inmigración.....	17
Tabla 4. Análisis bivariante de las variables sociodemográficas, recursos sociales y soledad	25
Tabla 5. Análisis bivariante (chi-cuadrado) entre soledad y las variables relacionadas con salud y dependencia	27

1. INTRODUCCIÓN

La soledad es un concepto multidimensional analizado desde distintas disciplinas. Desde el Trabajo Social podríamos definirla como una experiencia subjetiva de falta de inclusión social y redes de apoyo, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

Si bien ha existido a lo largo de la historia, no es hasta la década de 1980 cuando empieza a ser estudiada y abordada desde el ámbito académico. Surgen así diversas herramientas para su medición y posterior comprensión desde un enfoque sistémico.

Los estudios apuntan que afecta principalmente a personas mayores debido a la pérdida de sus pares y redes primarias. Sin embargo, también se incrementa en otros grupos como consecuencia de cambios socioeconómicos y culturales que debilitan los vínculos comunitarios.

Desde el Trabajo Social, la soledad debe entenderse como un problema social vinculado a procesos de exclusión y falta de capital social. Requiere abordajes preventivos e intervenciones dirigidas a fortalecer las redes primarias y recursos comunitarios. En particular, el colectivo de personas mayores demanda estrategias que favorezcan su inclusión y envejecimiento activo.

La soledad en estos últimos tiempos ha experimentado un incremento resultado de las deficiencias de nuestra sociedad actual en la que prima el individualismo, el ritmo frenético, la impaciencia, el desapego y la practicidad. Las personas mayores no solo perciben esto de su entorno más cercano, sino de las propias instituciones que las atienden.

Estas instituciones también reflejan la globalidad en la que vivimos, en la cual personas de diferentes culturas, costumbres y valores deben convivir juntas en un contexto residencial. Es necesario para ello contar con unos profesionales dotados de formación específica.

Es también importante utilizar las ventajas de las nuevas tecnologías, cada vez más cercanas a nuestras personas mayores y las cuales ofrecen muchas facilidades de interacción, demanda de necesidades y participación en el contexto comunitario y social.

El presente estudio aborda la problemática de la soledad no deseada en las personas mayores desde una perspectiva del Trabajo Social. Para ello, se analizarán conceptos como el

envejecimiento activo y las diferentes manifestaciones de la soledad, ya sea de carácter temporal o permanente.

El objetivo es comprender las causas y consecuencias de esta experiencia subjetiva de soledad en la población geriátrica española, así como sus implicaciones en materia de salud y bienestar individual. También se indagará sobre las dimensiones sociales, familiares y comunitarias en las que se manifiesta.

Asimismo, se trazarán posibles líneas de prevención y promoción del envejecimiento activo, con el fin de contrarrestar los efectos de la soledad no deseada. Todo ello enmarcado en el ámbito residencial, dado que cada vez más personas mayores requieren este recurso al no poder permanecer en sus hogares de forma autónoma.

Para el desarrollo del estudio, se aplicará una metodología mixta que combine técnicas cualitativas y cuantitativas. Esto permitirá una profundización en los significados subjetivos de la soledad, así como su prevalencia y características entre los residentes de un centro geriátrico.

1.1. JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Los cambios socioeconómicos y demográficos de las últimas décadas han situado a las personas mayores en situación de vulnerabilidad (Altschuler, 2005; Tami, 2010). El envejecimiento implica un mayor riesgo de aislamiento social y soledad no deseada, debido a la pérdida de redes primarias y procesos de exclusión relacional (Juntas, 2014; Victor, 2005).

Desde un enfoque sistémico del Trabajo Social, la soledad es entendida como un problema multidimensional vinculado a factores individuales, sociales y ambientales (Cabrera, 2012; Mier, 2011). Numerosos estudios demuestran sus efectos nocivos sobre la salud física y mental de las personas mayores (Dickens et al., 2011; Holt-Lunstad et al., 2015).

Pese a ello, aún existe un desconocimiento sobre las necesidades afectivas y emocionales de este colectivo (Nicholson, 2012). Se requieren intervenciones basadas en un abordaje biopsicosocial, que sitúen a la persona en el centro y potencien su inclusión social (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2018; Marin, 2017).

Este estudio pretende ahondar en la problemática de la soledad desde la óptica de los propios mayores. Ello permitirá comprender sus experiencias subjetivas y realidad socio-emocional, aportando elementos para la mejora de las políticas y servicios sociales dirigidas a este colectivo.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Analizar los efectos de la soledad no deseada en las personas mayores institucionalizadas, desde una perspectiva biopsicosocial.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión teórica de los conceptos de envejecimiento, vejez activa y soledad desde una óptica del Trabajo Social.
- Identificar las principales manifestaciones y consecuencias de la soledad en la salud y bienestar de las personas mayores.
- Conocer la percepción subjetiva de la soledad entre los residentes de un centro geriátrico mediante técnicas cuantitativas.
- Detectar factores asociados a mayor riesgo de soledad dentro del contexto residencial.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento creciente en todo el mundo es una problemática cada vez más presente por parte de los gobiernos que rigen en los países industrializados. El término “envejecimiento demográfico” surgió a raíz de todos esos pensamientos estereotipados de decadencia y degeneración que transmite el aumento cada vez más significativo de las personas mayores, aportando con ello, connotaciones negativas a las personas a las que hace referencia (Pérez Diaz, J. et al. Abellán García, A.).

El término envejecimiento es un proceso mediante el cual todos pasamos como personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“El envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Aunque esta definición se pueda llegar a acercar más al aspecto biológico del término, hemos de destacar que al final se trata de un proceso vital que todos estamos experimentando desde el momento en que nacemos. Por ello, no debemos hablar del término como algo únicamente relacionado con las personas mayores, ya que nosotros con el simple hecho de existir estamos envejeciendo y perteneciendo a todo aquello a lo que nos referimos negativamente. Este proceso no lo viven todos de la misma manera ya que se ve influenciado por las experiencias vitales de cada uno, el entorno familiar y social, las condiciones y oportunidades laborales y formativas, entre otros muchos factores.

Por lo comentado anteriormente es importante diferenciar el concepto de envejecimiento con el de vejez. Este último como bien define la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a la última etapa vital de un individuo, comprendiendo sus últimas décadas y que tiene como final la muerte. En nuestro contexto sociocultural aparece con la llegada de la jubilación. Es durante esta etapa donde las personas son más vulnerables a padecer enfermedades debido al deterioro físico y mental que ha experimentado el cuerpo a lo largo de los años. Junto con el envejecimiento, la vejez también está influenciada por el conjunto

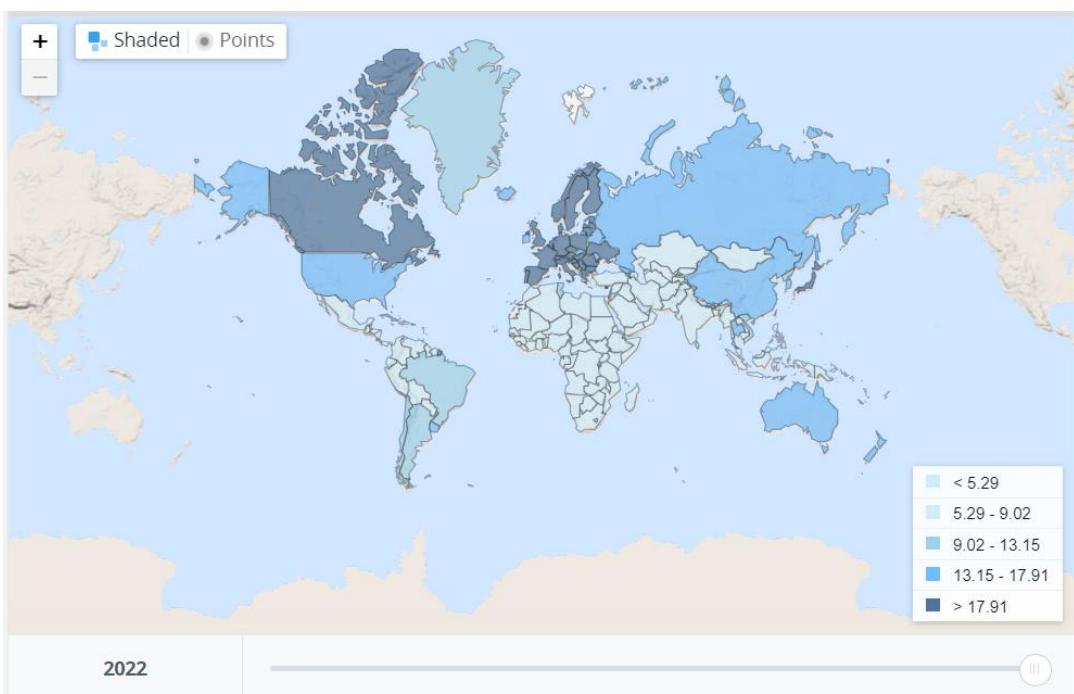
de factores sociales y culturales del entorno de la persona, dependiendo de estos, la etapa comportará una serie de limitaciones, riesgos y ventajas.

2.1.1. Causas del envejecimiento demográfico

El envejecimiento es un proceso mediante el cual podemos observar el aumento de la edad media a lo largo de los años. Al empezar el siglo XX se encontraba en torno a los 27 años, a finales de los 70 sobre los 33 y en la actualidad supera los 40, con una perspectiva de futuro de llegar a superar los 50 a mediados del siglo XXI (Pérez y Abellán, 2018).

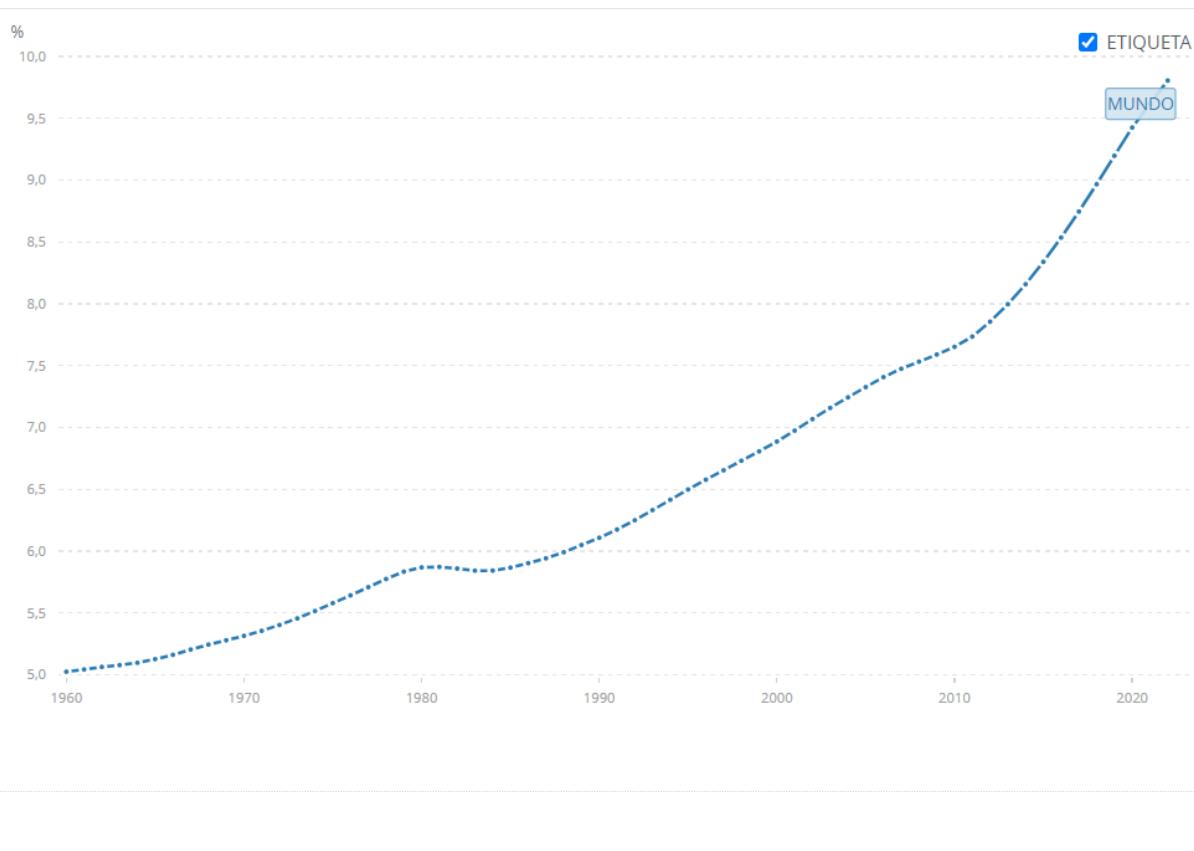
En cuanto a la proporción de personas mayores de 65 años es fácil de calcular una vez delimitamos la edad inicial de la vejez. En España concretamente en el año 1960 el porcentaje de personas mayores de 65 años se encontraba en el 8,19%, este porcentaje se ha disparado de tal manera que llegando a 2022 se sitúa en el 20,27%, por lo tanto, se podría decir que este fenómeno está creciendo de manera desorbitada (mapa 1).

Figura 1. Población de 65 años de edad y más (% del total)



En 2022 este porcentaje ya ha alcanzado el 10% de la población mundial mayor de 65 años (Gráfico 1). El crecimiento desde 1960 es sorprendente y teniendo en cuenta las causas que lo ocasionan no hay estimaciones significativas que nos hagan ver que el descenso se producirá dentro de poco. ¿A qué se debe este incremento tan visible a lo largo de los años?

Figura 2. Población de 65 años de edad y más (% del total)



Nota. Adoptado de Banco Mundial [Gráfico], 2022,

<https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.POP.65UP.ZS?end=2022&start=1960&view=chart>

Una de las causas más relevantes se centra en el descenso de la natalidad observado en las últimas décadas. Este indicador presenta muchos cambios a lo largo de los años. En España, entre 1958 y 1975, se produce un aumento inesperado de la natalidad mediante el conocido efecto del “baby boom”. El papel de las mujeres fomentaba un entorno idóneo para el crecimiento de una unidad familiar, ya que quedaban relegadas a las labores domésticas y la crianza de los niños mientras los maridos trabajaban. No solo se da un repunte en la natalidad

sino también en la supervivencia, la mortalidad se concentra en las personas de edad más avanzada y no tanto en los jóvenes o adultos.

La natalidad comienza a descender a partir del año 1975 a raíz de una crisis económica que se recupera en los años 80 pero que aun así no produce los efectos estimados y la natalidad sigue en descenso. Esto se produce por distintos factores; las mejoras en educación (cada vez más personas alfabetizadas y con estudios superiores), la disminución del control social por parte de la religión (sociedad más laica, la religión ya dejaba de formar parte en la toma de decisiones y en la exigencia de llevar un cierto estilo de vida) y el papel de las mujeres a nivel social y laboral (debido a su incorporación dentro del mercado laboral tenían menos presencia en los hogares pero aun así seguían siendo las figuras por excelencia relacionadas con el cuidado) (Abades y Rayón, 2012).

Otro de los factores a tener en cuenta dentro de este incremento del envejecimiento es el aumento de la esperanza de vida. En España contamos con una sanidad universal y gratuita quedando cubiertos los ciudadanos en cuanto a atención primaria y detección temprana de enfermedades, produciendo así un descenso en la mortalidad incluso de las personas mayores.

En el primer decenio del siglo XX la esperanza de vida no llegaba a los 35 años a causa de las guerras y epidemias producidas que se traducía en condiciones de vida pésimas con mucha falta de alimento. Con el cambio de siglo este efecto se transformó drásticamente, al finalizar la guerra civil y entrar en un período de calma y de estabilidad la esperanza de vida comenzó a aumentar llegando hasta los 65 años. A principios de los 90 ya se contaba con una esperanza de vida para los hombres de 73,5 años y en las mujeres de 80,6. Tendencia que ha seguido aumentando hasta día de hoy posicionándose en los 80,4 años en hombres y en los 85,7 en mujeres en 2022 (tabla 1).

Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España

	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
1991	73,5	80,6	7,2
1992	73,9	81,1	7,3
1993	74,1	81,2	7,1
1994	74,5	81,6	7,1
1995	74,5	81,7	7,2
1996	74,7	81,9	7,2
1997	75,3	82,2	6,9
1998	75,4	82,3	6,9
1999	75,4	82,3	6,9
2000	75,9	82,7	6,8
2001	76,3	83,1	6,8
2002	76,4	83,1	6,8
2003	76,4	83,0	6,6
2004	77,0	83,6	6,6
2005	77,0	83,5	6,5
2006	77,7	84,2	6,4
2007	77,8	84,1	6,4
2008	78,2	84,3	6,1
2009	78,6	84,7	6,0
2010	79,0	85,0	6,0
2011	79,3	85,1	5,8
2012	79,4	85,1	5,7
2013	79,9	85,5	5,6
2014	80,1	85,6	5,5
2015	79,9	85,4	5,5
2016	80,3	85,8	5,6
2017	80,3	85,7	5,4
2018	80,4	85,8	5,4
2019	80,8	86,2	5,4
2020	79,5	85,0	5,5
2021	80,2	85,8	5,6
2022	80,4	85,7	5,4

Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadística [Tabla], 2022,

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=Ratio%20de%20masculinidad%20a%20la%20defunci%C3%B3n&text=Seg%C3%A1n%20los%20indicadores%20demogr%C3%A1ficos%20b%C3%A1sicos,1%20a%2085%2C7%20a%C3%B3n

Como podemos apreciar entre hombres y mujeres hay 5 años de diferencia. Esto supone como dicen Pérez y Abellán (2018) que estamos viviendo una feminización de la vejez que se remonta a muchos años atrás, donde los hombres se sometían a más riesgos al trabajar y estar fuera de casa. También sufrían más adicciones como el alcoholismo o el tabaquismo. Por otro lado, hay un aspecto biológico también importante, mueren más hombres al nacer e incluso en el período de gestación que mujeres.

Como último factor y causa relevante en el incremento del envejecimiento está también el fenómeno migratorio. Los años 60-70 se caracterizaron por un multitudinario éxodo de jóvenes del medio rural a las ciudades para buscar unas mejores oportunidades en el ámbito

laboral, al encontrarlas creaban vínculos y se establecen allí. Al mismo tiempo la llegada numerosa de personas inmigrantes que huían de sus países de origen para tener mejores condiciones de vida ayudó a rejuvenecer la población (Abades y Rayón, 2012). Pero con el paso de los años todas estas personas ayudarían a potenciar aún más el envejecimiento creciente (En 2020 el porcentaje de emigrantes (3,14 %), se encuentra muy alejado respecto al porcentaje de inmigrantes en España (14,44 %) (tabla 2).

Tabla 2. España – Emigrantes totales

España - Emigrantes totales				
Fecha	Emigrantes hombres	Emigrantes mujeres	Emigrantes	% Emigrantes
2020	697.833	791.990	1.489.823	3,14%
2015	578.769	690.514	1.269.283	2,73%
2010	489.857	597.214	1.087.071	2,33%
2005	510.383	604.082	1.114.465	2,53%
2000	588.443	702.171	1.290.614	3,17%
1995	635.414	726.995	1.362.409	3,42%
1990	683.805	755.199	1.439.004	3,70%

Nota. Adaptado de Datos macro [Tabla], 2020,

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/espana>

Tabla 3. España – Inmigración

España - Inmigrantes				
Fecha	Inmigrantes hombres	Inmigrantes mujeres	Inmigrantes	% Inmigrantes
2020	3.272.773	3.569.429	6.842.202	14,44%
2015	2.884.000	3.007.208	5.891.208	12,69%
2010	3.238.234	3.041.828	6.280.062	13,46%
2005	2.140.680	1.966.546	4.107.226	9,33%
2000	838.058	819.227	1.657.285	4,08%
1995	499.114	520.953	1.020.067	2,56%
1990	390.448	431.157	821.605	2,11%

Nota. Adaptado de Datos macro [Tabla], 2020,

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/espana>

2.1.2. Teorías del envejecimiento

Según Bengston, Burgess y Parrot (1997) existen tres teorías sociológicas surgidas en contextos históricos diferentes; las teorías de primera generación que son aquellas acontecidas entre los años 1949 y 1969, las teorías de segunda generación entre los años 1970 y 1985 y finalmente las teorías de tercera generación acaecidas a partir de 1980. Cada generación de teorías se manifiesta como crítica y en oposición a sus predecesoras.

Estas teorías tienen como objetivo el estudio de la vejez, analizando la interrelación de los aspectos estructurales y los aspectos microsociales (Criado, 2006). Durante este punto nos centraremos en explicar las más relevantes.

La teoría de la actividad forma parte de las teorías de primera generación, fue formulada por Robert Havighurst y Ruth Albrecht (1953) y es una de las más antiguas. Expresa los beneficios que aporta en las personas mayores la permanente realización de actividades. Entre estos beneficios encontramos los sentimientos de satisfacción y felicidad, la reconstrucción de su imagen y la mejora de la autopercepción, perjudicada por lo que la sociedad nos enseña como lo tradicionalmente común en esta etapa vital (Oddone, 2013; Robledo y Orejuela, 2020).

Acontece como contraargumento a la teoría anterior de la desvinculación, la cual manifiesta que las personas mayores deben ir abandonando las estructuras sociales poco a poco para dejar paso a los más jóvenes. Según Havighurst (1961) esto no sucede porque lo quiera así la persona, sino porque la sociedad les va limitando las oportunidades que antaño aprovechaban.

La teoría de la actividad también tiene muchos detractores. Muchos dicen que en esta teoría no se tienen en cuenta a las personas más envejecidas y enfermas, que por distintos factores no pueden realizar las actividades que les gustarían y por lo tanto no llegan a experimentar sus beneficios. Se podría decir que es una teoría enfocada a aquellas personas que acaban de jubilarse y entran en la vejez de manera novedosa. Por otro lado, también se cuestiona la relación entre el sentimiento de satisfacción y el número de actividades, la satisfacción surge cuando el sujeto le da un sentido y experimenta un tiempo de calidad en la realización de esta (Oddone, 2013).

La teoría de la modernización que también forma parte de las teorías de primera generación fue elaborada por Donald Cowgill y Lowel Holmes en 1972 que, a partir del estudio de catorce

sociedades tradicionales e industrializadas, llegaron a la conclusión que la modernización de estas ha afectado al estatus de las personas mayores.

Cowgill (1974) habla de esta modernización, como un proceso en el cual estas personas nacidas en la época preindustrializada caracterizada por un ámbito rural, con valores muy arraigados y poca tecnología viven un cambio hacia sociedades más modernas e industrializadas caracterizadas por un ámbito urbano, grandes avances científicos y sanitarios, roles sociales diferentes, etc.

Este cambio de sociedad debilita el estatus de la persona anciana debido principalmente al aumento de la esperanza de vida, como resultado las personas mayores viven más tiempo y por lo tanto también incrementan en número.

El mercado laboral es limitado y mucho más profesionalizado fomentando que se origine una competencia entre mayores y jóvenes con más formación y preparación, siendo los primeros forzados a retirarse. Al perder el trabajo y sin contar con el apoyo de la unidad familiar cada vez más disecionada, la persona totalmente sola enfrentaría una bajada importante de ingresos y con ello honor y estatus (Bravo, 2013).

Hernández (2016) critica este modelo al no tener en cuenta la diversidad de individuos, con sus contextos y etapas vividas, al no incorporar variables de género, etnia, raza, clase social, etc. Por otro lado, el proceso de modernización es mucho más complejo, contempla multitud de variaciones y no es lineal.

La teoría del curso de vida forma parte de las teorías de tercera generación y se origina como resultado de distintas disciplinas, corrientes teóricas y contribuciones de carácter sociológico y psicológico. Beatles y Bilis (1977) nos hablan de este modelo argumentando que como personas a lo largo de nuestras vidas nos sometemos a una serie de experiencias propias del ciclo vital que nos hacen aprender y ser diferentes los unos de los otros. Nacemos como personas homogéneas y nos vamos heterogeneizando con el paso del tiempo, llegando al culmen de la diferenciación en la última etapa de la vida.

Este modelo asume la vejez como una etapa del ciclo vital y como parte del proceso de envejecimiento. Como cada etapa comprende un conjunto de normas y roles que debe asumir el individuo para contribuir en la sociedad, por ello no debemos excluirlos ya que aún tienen un papel que desarrollar (Bravo, 2013).

Bengston, Burgess y Parrot (1997) señalan que esta teoría presenta dificultades a la hora de aplicarla y convertirla en paradigma, porque todavía se nos escapa de nuestro entendimiento mucha información sobre el proceso de envejecimiento.

Finalmente hablaremos de la última teoría y una de las más útiles en el campo del Trabajo Social para tratar de forma preventiva todo lo que comporta el envejecimiento, la teoría del envejecimiento activo.

El término “envejecimiento activo” es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad en la vejez”.

El envejecimiento activo actúa en diferentes áreas: sanitaria, económica, sociocultural y conductual. Se trata de todo un procedimiento estratégico, que se implementa en las intervenciones sociales, con el objetivo de disminuir y prevenir los factores de riesgo potenciando los factores protectores para asegurar una mayor esperanza de vida y de calidad (Ramos et al., 2016).

La OMS sitúa este modelo bajo tres pilares fundamentales. La participación es uno de ellos, las personas mayores deben tener un papel dentro de la comunidad, a través de la realización de actividades y programas que fomenten el bienestar de la sociedad. Ofrecer estos espacios sociales donde puedan tener voz y sentirse útiles contribuirá en su bienestar personal.

Como segundo pilar relevante tenemos la salud. Los avances médicos han logrado mejoras sanitarias y el aumento de la esperanza de vida, difundiendo una serie de hábitos saludables y protocolos de prevención ante enfermedades. De esta manera conseguimos una autonomía e independencia mucho más duradera en el tiempo.

Finalmente, y como último pilar a destacar encontramos la seguridad. Asegurando una protección integral de la persona mayor en el ámbito económico y sanitario. Garantizando una serie de servicios y prestaciones que los defienden de posibles riesgos y vulnerabilidades, a las que se someten por el simple hecho de ser personas mayores.

Todas estas teorías definidas a lo largo de este punto nos han hecho ver la infinidad de enfoques que ha ido teniendo el proceso de envejecimiento y cómo ha ido evolucionando la forma de ver y entender a las personas mayores. Desde las visiones más excluyentes y

centradas en el fin del ciclo vital, hacia paradigmas más empoderados fomentando la toma de decisiones, la autonomía de las personas y la participación de estas en los espacios públicos.

2.1.3. Nuevos retos para las políticas sociales

Toda la problemática que gira en torno este envejecimiento demográfico y que hemos mencionado en los puntos anteriores nos hace plantearnos una serie de retos a tener en cuenta para des del Trabajo Social elevar nuestras intervenciones hacia un nivel más integral e inclusivo.

Cuando hablamos de inclusivo, nos referimos a contemplar las necesidades de todas las personas mayores con sus situaciones y limitaciones. Las que presentan más grado de dependencia y discapacidad, pero también las más autónomas, las que gozan de un soporte familiar y social más sólido, pero también de aquellas más solitarias o que experimentan una soledad no deseada. De aquellas que tienen la suerte de poder vivir en sus hogares, pero también de las que se encuentran en residencias (Cuesta, 2020).

Las intervenciones deben ser de carácter integral y adaptadas a las necesidades de cada individuo. Según las características de cada situación y la necesidad que se abarque será más demandada una actuación individual, grupal o comunitaria. Es importante en estos casos des de nuestra formación y herramientas empoderar a nuestros usuarios en la toma de decisiones para que puedan ser parte del proceso.

Para prevenir un deterioro de la salud mental y dotar de una vejez de calidad para nuestros mayores también es fundamental que se impliquen en la comunidad, ya no solo participando en las distintas actividades y programas enfocados en mejoras para la ciudadanía. Si no también involucrándose en la planificación y elaboración de las propias políticas sociales que les incumben, haciéndoles ver que su opinión cuenta y que es fundamental para su desarrollo e integración.

Como profesionales para poder guiar en todo este proceso a estas personas, debemos contar con una formación específica en términos de atención a situaciones de dependencia y de envejecimiento activo. Es fundamental trabajar y coordinarnos con redes de apoyo, profesionales de otros ámbitos y conocer las prestaciones y servicios accesibles para cada contexto (Cuesta, 2020).

2.2. LA SOLEDAD

La soledad es una de las problemáticas más significativas a día de hoy entre las personas mayores, supone una de las enfermedades mentales más graves que pueden llegar a padecer. Se podría decir que prácticamente es un fenómeno novedoso del cual no teníamos apenas información hasta que en los años 80 comenzó a considerarse un tema de investigación empírica (Rueda, 2018).

El concepto de soledad desde que empezó a ser objeto de estudio ha sido definido por muchos autores. Habiendo hecho una investigación bibliográfica previa se podría definir la soledad como:

“Una condición o sentimiento desagradable, duradero o momentáneo, que sufren algunas personas, mayoritariamente de edades avanzadas, cuando se ve deteriorada su red de relaciones disminuyendo en número o en calidad dando resultado a una sensación de abandono e insatisfacción personal” (Diaz y Morenos, 2015; Peplau y Perlman, 1981; Bermejo, 2005).

La soledad no significa expresamente que la persona viva sola, es importante diferenciar el concepto de soledad del aislamiento social, aunque sean dos términos que se asocien. El aislamiento social es un hecho y un estado objetivo en el cual la persona posee una red de contactos mínima. La soledad es un estado subjetivo, la persona siente por parte del resto una falta de apego y cercanía que le gustaría tener. Aquí entraríamos en la soledad deseada y en la soledad no deseada, cuando se produce esta última estamos hablando de un problema social que debemos resolver (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

Este fenómeno actualmente es reconocido entre la población menor de 25 años y mayoritariamente entre las personas mayores. Se ha visto incrementado debido a un cambio en el modelo social y a un creciente desapego relacional, de la que sale más desfavorecida la población de edades avanzadas debido a la vulnerabilidad que presentan ante enfermedades físicas y mentales (Rueda, 2018; Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

A lo largo de este punto desarrollaremos cómo incide la soledad en estas personas, cuáles son los factores que le han hecho crecer de forma tan rápida y analizaremos también la situación de soledad de los individuos institucionalizados.

2.2.1. Efectos de la soledad

La sociedad ha experimentado en las últimas décadas una serie de cambios a nivel económico, social, laboral y sanitario, ocasionando un surgimiento de ciertos desafíos y problemáticas que se han ido incrementando con el tiempo. Una de estas es el aumento de la soledad debido al cada vez mayor número de personas envejecidas que se encuentran en España. Precisamente es este proceso de envejecimiento relacionado con los cambios sociológicos, el que acarrea cada vez más sentimientos de abandono y soledad.

Debemos contextualizar este fenómeno en un mundo donde la falta de recursos y las constantes crisis económicas sufridas han hecho que las personas centren toda su atención y esfuerzos en el aspecto laboral y económico, en la formación y profesionalización de individuos para garantizar un sistema productivo y beneficioso para todos.

Nuestro paradigma actual se basa en el individualismo. Individuos centrados en ellos, que se forman para su propia solvencia económica, que experimentan un ritmo frenético de mucho estrés con largas jornadas laborales compaginando siempre que se pueda con el mantenimiento de vínculos familiares cercanos.

La gran evolución de los roles de género también ha producido cambios en este aspecto. La mujer ha sido desde el inicio de los tiempos la figura del cuidado en casa, tanto de los niños como de las personas mayores. Al introducirse dentro de la formación y el mercado laboral, los hombres y las mujeres se han visto obligados a conciliarse para llevar a cabo esta función, aún mayoritaria en mujeres, lo que ha hecho que disminuya este tiempo de cuidados y se tienda a la institucionalizar antes a los niños y a ingresar a las personas más longevas, en residencias donde podrán estar mejor atendidos.

En un contexto como este no existe tiempo para contribuir en la comunidad, para sacar momentos de convivencia e interacción sobre todo con nuestros mayores. Creamos nuestras propias familias y tendemos a progresar y a mirar de cara al futuro, dejando atrás a personas que nos puedan rezagar, dependientes y que supongan tiempo y esfuerzo.

Hernandez et al. (2021) definen una serie de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer soledad en base a un estudio realizado a 572 personas mayores de 65 años en la ciudad de Ourense (tabla 3):

- El género. El 60% son mujeres con una edad media de 79 años. Debido a que son más longevas que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir la muerte del cónyuge y quedarse solas en casa. También son ellas (71,1%) las que más reconocen sentirse solas respecto a los hombres (28,9%).
- Tener una vida solitaria y con pocos contactos sociales. Las personas muy solitarias que no tengan amistades fuera de su ámbito laboral o que no participen en actividades para la cohesión social, se encuentran después de la jubilación completamente solas. El 31,6% de las personas que viven solas reconocen sentirse solas respecto al 9,9% que no.
- Personas dependientes o con salud delicada. Las personas que necesitan de otras para realizar las actividades de la vida diaria pueden desarrollar este sentimiento al necesitar constantemente gente que le acompañe.
- La edad avanzada. Cuanto mayor es la persona más pérdidas ha sufrido a lo largo de su vida, entre ellas amistades y familiares. Cuando sobrevives a todas ellas y tu grupo social va disminuyendo puede llegar a percibirse la soledad.
- Aspectos relacionados con la baja cultura y los recursos económicos bajos. Las personas mayores con estudios elementales son aquellas que más perciben la soledad (90,9%). También existe una correlación entre soledad y las pensiones bajas, las personas que se sienten solas reciben una media de 850 euros de pensión a comparación de aquellas que no se sienten solas con una media de pensión de 1.115 euros.

Tabla 4. Análisis bivariante de las variables sociodemográficas, recursos sociales y soledad

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Edad	79 años	78 años	0,238 ^a
Sexo			
• Hombres	28,9%	45,2%	
• Mujeres	71,1%	54,8%	< 0,0001 ^b
Estudios			
• No sabe leer	3,7%	1,6%	
• Elementales	90,9%	81,3%	< 0,0001 ^b
• Superiores	5,3%	17,1%	
Vive solo/a	31,6%	9,9%	< 0,0001 ^b
Estado civil			
• Soltero/a	4,8%	7,5%	
• Casado/a	48,7%	73%	
• Viudo/a	42,8%	16,9%	< 0,0001 ^b
• Divorciado/a	3,7%	2,6%	
¿Cuánta gente conoce lo suficientemente bien como para ir de visita a sus casas?			
• Ninguna	7,5%	3,7%	
• 1-2 personas	24,7%	14,1%	
• 3-4 personas	26,9%	16,8%	< 0,0001 ^b
• 5 o más	40,9%	65,4%	
¿Esta semana cuántas veces pasó usted un rato con alguien con quien no vive?			
• Ninguna	24,5%	16,1%	
• 1 vez	33,7%	25,7%	
• 2-6 veces	34,8%	36,9%	< 0,0001 ^b
• A diario	7,1%	21,3%	
Tiene alguien en quien confiar	95,6%	97,6%	0,181 ^b
Ve a sus familiares tanto como quiere	35,9%	64,7%	< 0,0001 ^b
Ayuda en caso de enfermedad	77%	93,6%	< 0,0001 ^b
Pensión mensual	850 euros	1.115 euros	< 0,0001 ^a

Nota. Adaptado de Soledad y envejecimiento, por Hernandez et al., 2021, p. 150 [Tabla],

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005

Aunque no se hayan realizado muchos estudios de la soledad en personas mayores contamos con una serie de autores que nos explican a través de sus investigaciones los efectos que puede llegar a producir la soledad.

Recogiendo los resultados de las investigaciones de Dahlberg et al., Gale et al., Gerino et al., Tomstad et al., Prieto-Flores et al. y Fernandes et al. constatan que el sentimiento de soledad percibido, puede ocasionar a la larga un deterioro importante en la persona. En primer lugar, cuando este empieza a aflorar produce consecuencias negativas en la salud mental apareciendo trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, cuando se llega a este punto es complicado de tratar ya que se ha demostrado que hay una relación de retroalimentación entre la soledad y la depresión (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

Dentro del punto de factores de riesgo comentado anteriormente encontramos aquellas personas más dependientes a la hora de realizar actividades de la vida diaria como personas con mayor probabilidad de sufrir depresión ya que necesitan ayuda de otras personas para poder llevar a cabo ciertas acciones, por ello cuando no disponen de esos agentes de ayuda fácilmente pueden percibirla.

La tabla que podemos ver a continuación (tabla 4) realizada en base al estudio mencionado nos confirma estos datos. Los porcentajes más altos en personas que si sienten la soledad están en aquellas que presentan problemas de movilidad y necesitan de soportes de apoyo, que tienen alguna disminución en sentidos como la vista o el oído o que sufren deterioro cognitivo o problemas de salud mental, predominando la depresión como trastorno mental clave para la aparición del sentimiento de soledad (62,3%).

En cambio, los porcentajes más bajos los encontramos en las personas más autónomas que practican ejercicio físico de forma habitual y en aquellas que participan en actividades grupales. Viendo estos datos podemos apreciar que el mantenerse activo y en buen estado de salud puede ayudar a disminuir el sentimiento de soledad, aunque en muchos casos y debido a las enfermedades que las personas afrontamos a lo largo de nuestra vida esto se puede dificultar más para unos que para otros.

Tabla 5. Análisis bivariante (chi-cuadrado) entre soledad y las variables relacionadas con salud y dependencia

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Depresión (SPES)	62,3%	27,4%	< 0,0001
Deterioro cognitivo	19,8%	15,8%	0,241
Tiene problemas de visión	49,2%	31,5%	0,001
Tiene problemas de oído	42,8%	38%	0,339
Tiene incontinencia	24,1%	16%	0,066
Usa bastón	32,1%	21,3%	0,005
Usa muletas	5,9%	1,8%	0,009
Usa audífono	5,4%	9,1%	0,125
Practica ejercicio físico regularmente	32,4%	58,9%	< 0,0001
Participa en actividades grupales	17,6%	21,8%	0,246
Ha recibido orientación emocional	12,4%	4,4%	< 0,0001
Necesita orientación emocional	6%	12,1%	< 0,0001
En tratamiento para los nervios	33,7%	16,4%	< 0,0001
Considera necesario este tratamiento	54,4%	32,2%	< 0,0001
Dependencia para actividades de la vida diaria			
• Independiente	20,3%	37,4%	< 0,0001
• Parcialmente dependiente	73,3%	58,2%	
• Dependiente	6,4%	4,4%	
Ayuda para cuidado personal diario	18,2%	11,5%	0,028
Considera necesaria esta ayuda	14,5%	7,9%	0,015
Ha recibido atención de enfermería	52,2%	52,7%	0,897
Considera necesario que alguien compruebe su estado general	60,5%	43,1%	< 0,0001
Alguien le prepara la comida	33,7%	46,2%	0,005
Ayuda para habitabilidad de la vivienda	4,3%	1%	0,012

Nota. Adaptado de Soledad y envejecimiento, por Hernandez et al., 2021, p. 151 [Tabla],

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005

La soledad puede producir por lo tanto un deterioro cognitivo y un empeoramiento de la salud física y mental, fomentando la aparición de trastornos mentales tales como la depresión y la ansiedad, mala salud y la cronificación de enfermedades (Tomstad et al.). El sentimiento de abandono, de ser un estorbo y de suponer un problema grave para la familia hace que los individuos tomen la difícil decisión de cometer suicidio. Según datos del Instituto Nacional de Estadística recogido entre 2017 y 2021 el suicidio se ha incrementado un 8,8% entre las personas mayores de 65 años. Hay casi 10 millones de personas mayores de 65 años en España, según datos del INE los suicidios en mayores de 65 años representaron el 30,85% del total (Salinas, 2023).

Llegados hasta este punto podemos observar la importancia de la actividad física, la interacción con las personas y fomentar su autonomía a la hora de prevenir la aparición de este sentimiento. Por ello nunca debemos infantilizar a nuestros mayores y menospreciarlos, deben participar en espacios públicos, darles poder de decisión y dejar que realicen las actividades que puedan por ellos mismos, siempre con su debida supervisión y garantizando su seguridad.

En el caso de que esto no sea posible debido a la llegada de enfermedades que puedan entorpecer su salud mental y física, deben contar con acompañamiento y recursos sanitarios y sociales ya no solo por parte de la familia, sino también de las instituciones y de la propia comunidad que debe verse involucrada.

2.2.2. Estrategias de prevención ante la problemática

Debido al creciente incremento de esta problemática y a los riesgos que acarrea en las personas mayores, es importante trazar una serie de estrategias de prevención desde los distintos sistemas y servicios de los que disponemos, con tal de poder frenar su aparición o paliar sus consecuencias.

Teniendo en cuenta los factores de riesgos establecidos, es importante partir de un registro a través de un censo de población de individuos que cumplan con estos factores y puedan llegar a experimentar, en un tiempo no muy lejano, una soledad no deseada. Estos censos deben estar actualizados y en ellos tiene que constar los datos básicos como la ubicación, el sexo, la edad, nivel de dependencia, miembros de la unidad familiar... (Rueda, 2018).

De esta manera trazamos zonas geográficas de población donde es más necesario incidir mediante servicios sociales, sanitarios y actividades en comunidad, así como también corroboramos los factores de riesgo o los actualizamos según datos nuevos y analizamos la soledad en las personas que viven solas y acompañadas.

Cuanto más específicos sean estos censos mejores estrategias de prevención se trazarán que den la atención adecuada a estas situaciones. Una vez recogidos estos datos, es fundamental fomentar una buena transferencia de estos hacia los profesionales y responsables de activar los distintos servicios sanitarios y sociales en cuanto sea necesario y de realizar seguimientos periódicos a los individuos de más riesgo.

Servicios tales como la teleasistencia son claves en personas que viven solas y presenten problemas de movilidad o cierto grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Es fundamental activar a tiempo estos servicios para que en casos de emergencia estas personas estén cubiertas y sean atendidas en la máxima brevedad posible. Por ello la importancia de tener estos censos actualizados y que los profesionales tengan constancia de ellos en todo momento, para que no queden desprotegidos.

Por parte de la comunidad y como profesionales del Trabajo Social a parte de identificar y activar de forma temprana los mecanismos que puedan remediar la soledad, también debemos fomentar las ventajas del envejecimiento activo y potenciar las capacidades de las personas mayores, mejorando su participación en los distintos proyectos y plataformas dirigidos a la mejora de su bienestar y a la interacción con otros miembros de la comunidad.

Uno de los pilares fundamentales de nuestro sistema de bienestar es la educación. Diversos estudios señalan la importancia de las interacciones intergeneracionales para el correcto desarrollo de los infantes transmitiendo así valores y normas de convivencia, al mismo tiempo que aprenden a empatizar y a solidarizarse con las necesidades de las personas mayores (Rueda, 2018). De la misma manera, las personas de la tercera edad experimentan un tiempo de calidad y de compañía dejando por un momento de lado sus preocupaciones, mejorando significativamente su estado emocional y sintiéndose miembros activos de la comunidad ayudando de una u otra manera en la adquisición de experiencia y capacidades de los niños y niñas.

Como ejemplos de proyectos dirigidos a la detección, prevención y actuación de personas mayores en situación de soledad, el informe monográfico del centro de inteligencia de Nagusi, Bizkaia nos detalla algunos de ellos:

- Cruz Roja. Dispone de un censo propio en el cual las personas mayores y sus familiares pueden determinar su situación de soledad y disponer en el caso que así sea de una serie de servicios como la teleasistencia o la geolocalización. Además, pueden participar en programas dedicados al uso de las tecnologías, para fomentar esa interacción con otras personas y paliar su soledad, mediante el uso de tabletas con las que pueden comunicarse y mejorar sus conexiones como es el proyecto “Enréd@te”.
- Fundación La Caixa. Ha desarrollado un proyecto a través del cual detecta y registra las personas que presentan soledad no deseada, con el objetivo de individualizar los casos y

poder ofrecer una asistencia más enfocada a la problemática de cada individuo. Se busca empoderar a las personas, sentirse parte de una comunidad y que establezcan relaciones de apoyo.

- Silver Line en Reino Unido. Proyecto que comenzó en 2013 y está dirigido a la creación de una línea telefónica gratuita y abierta las 24 horas para facilitar la comunicación y apoyo a las personas mayores.
- Programa Veiller Sur Mes Parents de Francia. Se trata de una iniciativa generada por la Poste, compañía pública estatal francesa de correos. Dentro de las funciones de un repartidor de correos, en este caso, se incluiría el acompañamiento de personas mayores en situación de soledad no deseada, para brindarles conversación y apoyo.
- Servicio de geolocalización impulsado por la Cruz Roja. Avisa a familiares o autoridades de la situación de necesidad de la persona mayor. A través de un reloj inteligente que va mandando automáticamente la posición cada 10 minutos, se permite así configurar alarmas de entrada y salida a áreas de peligro o seguridad y alarmas de velocidad. Si existe alguna probabilidad de accidente o de necesidad de localización de la persona el sistema se activa facilitando una intervención inmediata.

2.2.3. Soledad en residencias

Gallo y Molina (2015) señalan un cambio en la estructura familiar conformada ya no solo por padres e hijos sino también por la figura del abuelo e incluso el bisabuelo, coexistiendo en el tiempo distintas generaciones. Esto puede producir una serie de ventajas como, por ejemplo, una mayor atención y cuidados para los recién nacidos, pero también al mismo tiempo desventajas, como el cuidado de las familias a sus mayores cuando estos empiezan a ser dependientes y a no poder valerse por sí mismos.

Aunque cada vez más se produzcan familias numerosas convivientes, los más ancianos recalcan su preferencia a la hora de vivir en su propia casa separada de la de sus hijos, ya no solo por intimidad si no por no suponer una carga (Gallo y Molina, 2015). Muchas personas mayores son conscientes con el tiempo de que necesitan cuidados que ellos mismos no pueden proporcionarse y por ello deben dejar sus hogares con tantos recuerdos y vivencias albergados, para ir a vivir a casa de sus hijos, lo que supone un hecho traumático que deriva en sentimientos de infravaloración y tristeza.

Cuando la familia no dispone ni de tiempo, ni de las condiciones materiales o físicas para poder llevar a cabo los cuidados necesarios de una persona mayor, se pone sobre la mesa un recurso cada vez más extendido, el ingreso en un centro residencial. Para la persona mayor como explica Iglesias et al. (2001) esto es interpretado como un abandono de la familia, debido a la imagen estereotipada que nos hemos encargado de reproducir, donde la persona anciana es abandonada en una residencia por parte de la familia, sin su consentimiento, para no tener que encargarse de sus cuidados.

Iglesias et al. (2001) recalca que la institucionalización es un recurso como cualquier otro que debe valorarse dependiendo de las circunstancias y las demandas de la persona. Para muchas personas mayores que son conscientes de su dependencia y de la necesidad de cuidados específicos, es la mejor opción para su tranquilidad y la de sus familias al poder recibir las atenciones mínimas.

En la actualidad contamos con un gran número de servicios dedicados a la asistencia de las personas mayores en sus propios hogares, por ello es necesario analizar la situación de nuestra persona mayor a cargo y valorar si es necesario su ingreso en un centro geriátrico. Ya que, si la persona puede valerse por sí misma y se relaciona con su entorno más cercano, servicios como el de ayuda a domicilio o el de teleasistencia son suficientes para que la persona esté correctamente atendida (Martín, 2003).

Una vez comunicado el ingreso de la persona mayor en una residencia. Al sentimiento ya de por sí percibido de rechazo, resignación y desconfianza en la mayoría de casos, se le suma una serie de circunstancias con la que tendrá que lidiar según López, 2015:

- Una serie de reglas y rutinas pautadas que deben ser respetadas. Aunque los centros residenciales han experimentado una gran evolución, siendo ahora espacios mucho más flexibles generando gran diversidad de actividades según los gustos de los residentes y estancias que incentivan la interacción con el resto. Sigue siendo un sitio con normas a la hora de comer, en el aseo, en las visitas diarias y en el descanso. Normas sociales a las cuales deberán adaptarse para favorecer la comodidad de su estancia.
- Una significante pérdida de intimidad, ya no solo por el hecho de convivir con personas extrañas sino también por el hecho de que profesionales de la salud les ayuden a la hora de realizar sus necesidades y aseos diarios. Puede que muchas de las personas dependientes

hayan sufrido este proceso de pérdida de capacidades ya en sus propias casas, pero hay un cambio significativo en que un familiar te ayude a que un desconocido lo haga.

- Existe también toda una creencia y estereotipo de las malas condiciones de vida en un centro. Situaciones de maltrato por parte de los cuidadores, baja calidad alimentaria, poca atención a sus necesidades. Plantearse todos estos escenarios les tortura y les impide afrontar la situación.
- Comparaciones constantes entre su vida residencial y su vida anterior en sus hogares, pero también entre el coste económico que les supone a ellos y a sus familias y la calidad de vida que recibirán.

Otro de los factores que frena a la hora de tomar la decisión de acceder a una residencia es el miedo al abandono. La percepción extendida, como hemos comentado antes, que una vez ingresen perderán contacto con la familia y con sus relaciones sociales. Los miembros ocupados con sus rutinas dejarán de visitarlos y vivirán esperando un mínimo contacto social.

Aquí por lo tanto entra en juego el sentimiento de soledad. La soledad en las residencias está muy ligada con el estado de salud de la persona, una mala salud se traduce en un descenso de interacciones relacionales. La persona no puede participar en actividades y por lo tanto tampoco puede comunicarse en exceso con sus compañeros, creando vínculos y pudiendo compartir sus experiencias (Bermejo, 2003).

El enfoque de las residencias también es muy importante. Están dirigidas a un perfil de residente no muy dependiente, que pueda aprovecharse de la mayoría de los servicios que ofrece: actividades, talleres, fisioterapia, fiestas, etc. Cuanta mayor autonomía tenga, los profesionales contarán con más facilidades e ideas originales en la planificación de nuevos programas y actividades.

Por parte de los cuidadores, aunque se pueda traducir en menos trabajo, también es necesario que este sea reconocido teniendo al lado personas mayores agradecidas, amables y con temas de conversación que los anime en su jornada laboral.

Los residentes más autónomos también comunican su preferencia a la hora de estar con personas activas, implicadas y con conversación. Esto les facilita la creación de vínculos sociales y una mejora autopercepción de su salud y vida social.

Es por ello que en muchos casos las propias residencias se organizan por propia demanda según el nivel de dependencia, para que los usuarios más autónomos estén todos juntos y las personas más enfermas estén aisladas.

Es por todo esto, que la manera en la que está enfocada la idea de residencia puede obviar y dejar de lado en muchos casos a aquellas personas que requieran más cuidados y siendo percibida la soledad no deseada sobre todo en aquellas personas más dependientes.

González de Vera (2017) realiza una serie de encuestas a 29 usuarios de la residencia para mayores AMMA de Santa Cruz de Tenerife con el objetivo de “determinar si existe sentimiento de soledad como concepto subjetivo en las personas mayores internas”. Compara estos resultados obtenidos de sus cuestionarios con la escala ESTE II de soledad social y llega a la conclusión que:

- Los factores de la soledad como comenta Bermejo (2003) son la jubilación y el número de relaciones sociales conocidas en el ámbito laboral que se quedan atrás, la pérdida del cónyuge, la pérdida de roles y el deterioro de la salud por la pérdida de autonomía que ocasiona y que da resultado en un descenso en la participación social y en las actividades de la vida diaria.
- La soledad está relacionada con el número de actividades que realices. Iglesias señala que el aburrimiento de estar en casa o en una residencia y no hacer nada aumenta el riesgo de sufrir soledad. A través del estudio de González de Vega la soledad en personas que realizan actividades es más baja (15,48%) que en aquellas que no realizan (17,18%).
- Bermejo (2003) destaca la relación entre soledad y salud. Las personas más enfermas son las que más solas se sienten debido a su dificultad a la hora de relacionarse. En el estudio se demuestra que aquellas personas con peor estado de salud se sienten más solas que las que gozan de buena salud.
- El apoyo social en la etapa de la institucionalización es muy importante, para que las personas mayores se adapten cuanto antes a la nueva realidad y se sientan comprendidos. Cuando ese apoyo social no es recibido es cuando puede percibirse la soledad, debido a la deficiencia de las relaciones sociales.

Aunque a través de su estudio no llega a resultados muy significativos entre la percepción de soledad y los factores que la estimulan, sí que llega a la conclusión que hay determinantes que tienden a que este sentimiento se desarrolle en mayor o menor medida.

La soledad en las residencias puede que no sea muy significativa dependiendo de los perfiles de personas a los que realicemos los cuestionarios. Ya que no experimentará de la misma manera la estancia una persona autónoma con ganas de relacionarse y participar en actividades, que una persona dependiente, con una mala salud y que padezca trastornos mentales.

También cabe recalcar que, dependiendo del estado de salud cognitivo y mental de la persona, estos cuestionarios serán muy difíciles de hacer llegar y los resultados que obtengamos puede que no sean del todo certeros, destacando la enorme complejidad de un estudio así.

Por ello debemos contar a la hora de analizar este fenómeno siempre que se pueda, con todo tipo de residentes para que así nos brinden desde su sinceridad sus percepciones y miedos.

Puede que lleguemos a la conclusión así de que la soledad no es un sentimiento tan extendido en residencias como lo es en los propios hogares. Esto significaría que los esfuerzos de los profesionales y de los sistemas sociales que destinan recursos para mejorar el bienestar y la atención a la tercera edad estén recibiendo sus frutos.

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE, ALCANCE Y DISEÑO

La presente investigación fue llevada a cabo con la participación de 22 residentes institucionalizados, algunos de ellos en régimen permanente y otros en régimen de centro de día, de la Residencia San Lorenzo de Gavà. Trata de analizar la percepción de la soledad entre las personas mayores institucionalizadas, teniendo en cuenta distintas variables que, según la información bibliográfica recogida, creemos que pueden ser factores de riesgo para su aparición.

Fue realizado mediante la elaboración de una serie de encuestas con un enfoque cuantitativo y, por lo tanto, con unas respuestas cerradas y elaboradas previamente, con el objetivo de facilitar el proceso de recolección de datos y evitar posibles divagaciones y pérdida de hilo conductor entre las personas mayores.

Aunque se considera que el tema de la soledad no está muy tratado desde el Trabajo Social, existen muchos trabajos e investigaciones existentes. Por lo tanto, se podría decir que mediante las fuentes bibliográficas consultadas se ha trazado todo un trabajo con un alcance descriptivo, para poder medir conceptos y definir una serie de variables que se cree que pueden ser factores de riesgo para su aparición.

Durante la determinación de variables y la elaboración de las encuestas no se ha perseguido la finalidad de manipular deliberadamente las variables. En todo momento se ha querido captar el fenómeno entre los encuestados dentro de su contexto natural, por ello también se ha seguido un proceso de selección totalmente aleatorio entre aquellos que cognitivamente entendían las preguntas y podían contestar las respuestas guiadas. Este trabajo se ha centrado en aquellas personas mayores interesadas en contestarnos más que por su autonomía o dependencia en los cuidados o su estado emocional.

Ha sido realizado partiendo de tres partes:

- La consulta de fuentes bibliográficas a través de portales como Google Académico y Dialnet, para la elaboración del marco teórico del mismo donde se explica qué es el envejecimiento, sus teorías, causas y retos en la sociedad actual para dar paso al concepto de soledad, sus efectos, como prevenirla y como se muestra en el ámbito residencial.

- La redacción de 22 encuestas de elaboración propia, llevadas a cabo entre los residentes de la Residencia San Lorenzo en Gavà, siguiendo las indicaciones de los profesionales que tratan con ellos diariamente y conocen sus criterios de deterioro cognitivo para poder contestar las preguntas.
- Recogida de datos y posterior presentación de los resultados obtenidos mediante distintas tablas. Con la finalidad de sistematizar las respuestas seleccionadas y llevar todo un proceso de análisis de datos donde se puede ver si se cumple el propósito y objetivos planteados en un inicio.

3.2. VARIABLES

Las variables utilizadas durante la realización de este proyecto han sido escogidas debido al factor de riesgo que suponen a la hora de experimentar la soledad, según las fuentes bibliográficas consultadas y también la escala ESTE II de soledad social. Se ha seleccionado desde las variables más básicas y concretas que figuran en la mayoría de encuestas hasta las más personalizadas, preguntando directamente sobre la percepción de la soledad individual, con amigos y familia.

- Sexo: Hombre o mujer.
- Edad: Hasta el día 31 de mayo de 2024, ya realizadas todas las encuestas.
- Estudios: Formación académica de la persona hasta la actualidad.
- Estado civil: Casado/a, soltero/a, divorciado/a, viudo/a.
- Tiempo institucionalizado: Cuántos años lleva la persona en la residencia.
- Salud: Percepción individual sobre la salud. Mala, regular, buena o muy buena.
- Movilidad/Apoyo: Qué es lo que necesita para moverse con confianza. Sin apoyo, bastón, andador o silla de ruedas.
- Salidas fuera del centro: Frecuencia de las salidas nunca, a veces, a menudo, siempre...
- Visitas al centro: Si la familia o amigos/as vienen o no a verlo/a.
- Frecuencia de las visitas: Aquellas que recibe al día, a la semana, al mes o al año.
- Actividades dentro y fuera del centro: Frecuencia de las actividades que realiza fuera y dentro del centro, nunca, a veces, a menudo o siempre.
- Uso de nuevas tecnologías: Si utilizan aparatos electrónicos, habitualmente como el móvil, el ordenador, o se conectan a Internet, o no lo hacen nunca.

- Sentimiento de soledad: Solo o acompañado de sus familiares y amigos. Nunca, a veces, a menudo o siempre.
- Amistades fuera o dentro del centro: Marcar la casilla de sí o no según la respuesta.
- Percepción de ser escuchado/a y comprendido/a: Con sus amistades y familia. Nunca, a veces, a menudo o siempre.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población escogida para esta investigación son las personas mayores y usuarios/as de la Residencia San Lorenzo, donde se realizaron las encuestas. Estas personas son hombres y mujeres mayores de 65 años, ya que es la edad mínima para el ingreso en una residencia, aunque hay individuos concretos que por características específicas obtienen una plaza siendo menores de 65 años. Por eso, en este caso se ha introducido en la encuesta una casilla para marcar entre aquellos encuestados menores de 65 años.

La muestra no es probabilística y consta de 22 personas, a las que se ha seleccionado según un juicio subjetivo y no al azar. Gracias a la ayuda de los profesionales del centro y al conocimiento que tenía de los residentes, al haber realizado las prácticas de grado en la misma residencia, se decide centrarse en unos sujetos concretos, con capacidades cognitivas suficientes como para entender las preguntas y contestar en consecuencia.

Al haberse escogido los individuos de forma subjetiva, se trata de una muestra no probabilística y de diseño intencional o por juicio, ya que se ha seleccionado a aquellos residentes que reúnen los atributos necesarios. Este tipo de muestreo puede suponer un inconveniente en el análisis y resultados de los datos, ya que estarán influenciados por las nociones de los investigadores, pero debido a la necesidad de una obtención de resultados pronta y eficaz, se ha llegado a la conclusión que es la mejor decisión tomada.

3.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos durante el estudio se han empleado fuentes secundarias durante la elaboración del marco teórico, partiendo de artículos y autores formados en el tema y correspondientemente citados durante este. De cara a la parte más práctica, mediante un cuestionario de elaboración propia, se han obtenido resultados particulares y por ello se han utilizado fuentes primarias para el análisis de los resultados.

En este análisis se han usado técnicas cuantitativas utilizando una de las herramientas más comunes para este tipo de recolección de datos, que es la encuesta. Existen otras herramientas más elaboradas y dedicadas a enfoques más cualitativos como las entrevistas o las historias de vida que se tuvieron en consideración en un primer momento, durante la elaboración de la parte más práctica del trabajo, pero que pronto fueron descartadas debido a la complejidad de las mismas.

Estamos hablando de un grupo muestral y de un colectivo con unos altos niveles de dispersión y con unas capacidades y niveles cognitivos muy diferentes los unos de los otros. El investigador/a en este caso debe ser una persona con mucha experiencia en el ámbito de las entrevistas y en el empleo de técnicas reconductoras para hacer que los participantes sigan el hilo propuesto sin perderse en exceso. También recalcar que una técnica como esta hubiera demorado demasiado tiempo e implicación por parte de un investigador/a.

Por otro lado, una técnica de recogida de datos mediante historias de vida nos hubiese aportado un amplio espectro de las etapas de vida de una persona. Se podría haber enfocado hacia los objetivos del estudio, pero al fin y al cabo la información recabada habría sido demasiado innecesaria, ya que la finalidad se centra en la soledad en la actualidad y, por lo tanto, en la etapa de la vejez, y muy compleja a la hora de analizar sus resultados.

Finalmente, y por todos estos motivos, se llegó a la conclusión de que la técnica más efectiva, rápida y fácil a la hora de analizar los resultados y obtener descubrimientos satisfactorios en este tema es la encuesta. Mediante una serie de preguntas directas y concisas con respuestas del mismo calibre, se conseguiría una respuesta clara y que la persona no perdiera el interés y no se desviara de la idea principal como si podría hacerlo con preguntas más abiertas. Al ser un cuestionario rápido de pocas preguntas, también se pudo llegar a tiempo al objetivo de encuestas propuesto y, por lo tanto, a obtener datos de todos los participantes de la muestra.

3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Como se ha explicado en el punto anterior y debido a que la herramienta y técnica cuantitativa utilizada para esta investigación es la encuesta que se caracteriza por preguntas cerradas y respuestas directas. Estamos hablando que para el análisis de los datos se ha utilizado la estadística.

La estadística en este caso y como bien explica Kerlinger (1985) es una “teoría y método de analizar datos cuantitativos, se obtiene de las observaciones y sirve para estudiar y comparar distintos cambios que se producen en los fenómenos”.

Se dedica a analizar datos cuantitativos, ese es su objetivo principal y en el caso de este estudio permite establecer si existe condición/relación entre fenómenos, así como prevenir la aparición de la soledad analizando variables que puedan suponer factores de riesgo y que sean comunes entre los individuos, trazando una serie de perfiles vulnerables a la hora de experimentarla.

Las variables seleccionadas para esta investigación son de tipo cualitativas porque no tienen un proceso de codificación al ser una cualidad, un nombre o un atributo y en su mayoría ordinales, ya que casi todas ellas pueden ordenarse; de menos a más formación, consideración en cuanto a temas de salud, actividades fuera o dentro del centro, soledad, soledad con amistades y familia, etc. En cambio, encontramos algunas nominales, como pueden ser el sexo, ya que no se puede ordenar entre hombres y mujeres, el estado civil de la persona, el uso de las nuevas tecnologías y el apoyo con el que camina. Finalmente, también encontramos de intervalos, como la edad, el tiempo en la residencia y la frecuencia de las visitas.

Al disponer de tres tipos de variables distintas en este cuestionario las escalas de medición que se utilizan en esta muestra son la escala nominal (mide las variables nominales), la escala ordinal (aquellas variables que contengan un orden como el nivel de estudios o las que contengan en sus respuestas valoraciones como nunca, a veces, a menudo y siempre) y la escala de intervalo (variables con rangos de intervalo, excluyentes entre ellas, como tiempo en la residencia, menos de 1 año, de 1 a 3 años, de 3 a 5 años y más de 5 años).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los 22 participantes de la Residencia San Lorenzo, mediante una serie de tablas donde se podrán ver de forma visual el número de personas que contestó a cada una de las preguntas.

Tabla 1: Sexo de las personas encuestadas.

SEXO	FRECUENCIA	%
Hombres	5	22,8
Mujeres	17	77,2
TOTAL	22	100

Tabla 2: Edad de las personas encuestadas.

EDAD	FRECUENCIA	%
Menores de 65 años	-	-
De 65 a 80 años	6	27,2
Mayores de 80 años	16	72,8
TOTAL	22	100

Tabla 3: Estudios de las personas encuestadas.

ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
Sin estudios/incompletos	13	59
Estudios primarios	7	32
Estudios secundarios	2	9
Estudios universitarios	-	-
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 4: Estado civil de las personas encuestadas.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero/a	5	22,8
Casado/a	3	13,7
Divorciado/a	-	-
Viudo/a	13	59
NS/NC	1	4,5
TOTAL	22	100

Tabla 5: Tiempo institucionalizado de las personas encuestadas.

TIEMPO INSTITUCIONALIZADO	FRECUENCIA	%
Menos de 1 año	6	27,3
De 1 a 3 años	11	50
De 3 a 5 años	1	4,5
Más de 5 años	4	18,2
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 6: Valoración de la salud de las personas encuestadas.

SALUD	FRECUENCIA	%
Mala	5	22,8
Regular	6	27,3
Buena	10	45,4
Muy buena	1	4,5
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 7: Movilidad/apoyo de las personas encuestadas.

MOVILIDAD/APOYO	FRECUENCIA	%
Sin apoyo	2	9,1
Bastón	2	9,1
Andador	11	50
Silla de ruedas	7	31,8
TOTAL	22	100

Tabla 8: Frecuencia de las salidas fuera del centro de las personas encuestadas.

SALIDAS FUERA DEL CENTRO	FRECUENCIA	%
Nunca	2	9,1
A veces	10	45,4
A menudo	6	27,3
Siempre	4	18,2
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 9: Visitas al centro que reciben las personas encuestadas.

VISITAS AL CENTRO	FRECUENCIA	%
Sí	21	95,4
No	1	4,6
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 10: Frecuencia de las visitas que reciben las personas encuestadas.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	FRECUENCIA	%
Todos los días	2	9,1
De 2 a 5 veces a la semana	6	27,3
1 vez a la semana	7	31,8
Cada uno o dos meses	5	22,7
2 o 3 veces al año	-	-
NS/NC	2	9,1
TOTAL	22	100

Tabla 11: Frecuencia de actividades realizadas en el centro por las personas encuestadas.

ACTIVIDADES EN EL CENTRO	FRECUENCIA	%
Nunca	6	27,3
A veces	-	-
A menudo	9	40,9
Siempre	7	31,8
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 12: Frecuencia de actividades realizadas fuera del centro por las personas encuestadas.

ACTIVIDADES FUERA DEL CENTRO	FRECUENCIA	%
Nunca	14	63,6
A veces	7	31,9
A menudo	1	4,5
Siempre	-	-
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 13: Uso de nuevas tecnologías en las personas encuestadas.

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	FRECUENCIA	%
Nunca	9	40,9
Móvil	13	59,1
Ordenador	-	-
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 14: Percepción de la soledad en las personas encuestadas.

¿SE SIENTE SOLO/A?	FRECUENCIA	%
Nunca	9	41
A veces	5	22,7
A menudo	5	22,7
Siempre	2	9,1
NS/NC	1	4,5
TOTAL	22	100

Tabla 15: Percepción de la soledad con familiares o amigos/as en las personas encuestadas.

¿SE SIENTE SOLO/A CON FAMILIA Y AMIGOS/AS?	FRECUENCIA	%
Nunca	16	72,8
A veces	2	9,1
A menudo	3	13,6
Siempre	1	4,5
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

Tabla 16: Amistades fuera o dentro del centro en las personas encuestadas.

AMISTADES FUERA O DENTRO DEL CENTRO	FRECUENCIA	%
Sí	14	63,6
No	7	31,9
NS/NC	1	4,5
TOTAL	22	100

Tabla 17: Percepción del sentimiento de escucha y comprensión en las personas encuestadas.

¿SE SIENTE ESCUCHADO/A Y COMPRENDIDO/A?	FRECUENCIA	%
Nunca	2	9,1
A veces	3	13,6
A menudo	3	13,6
Siempre	14	63,7
NS/NC	-	-
TOTAL	22	100

4.2. DISCUSIÓN CRÍTICA DE RESULTADOS

4.2.1. Perfil del residente institucionalizado.

Una vez presentadas las tablas de resultados en el apartado anterior, procederemos al análisis de los datos. A lo largo de este punto relacionamos los resultados obtenidos con toda la investigación realizada para la constitución del marco teórico de este trabajo, obtenido mediante una serie de fuentes bibliográficas y con el objetivo de analizar si existe realmente esa soledad no deseada en las personas mayores institucionalizadas y como se manifiesta.

Las primeras preguntas de la encuesta nos proporcionan una serie de datos básicos entre los encuestados para trazar un perfil general del individuo institucionalizado. En la primera tabla podemos ver como la mayoría de personas encuestadas son mujeres representando el 77,2% del total respecto a los hombres que suponen solo un 22,8%, estos datos defienden la teoría de un envejecimiento femenino cada vez más visible debido a la esperanza de vida mayor entre las mujeres. Más adelante, en la tabla 4, esto se puede observar, ya que el estado civil más común entre los encuestados es la viudedad, con un 59% de representación frente a un 36,5% donde se encuentran solteros y casados.

En las residencias de personas mayores, los individuos pueden ingresar a partir de los 65 años. En ciertos casos y según la enfermedad o nivel de dependencia que tenga la persona, es posible que pueda ingresar antes. En el caso de este estudio y observando la tabla 2, no hay personas participantes menores de 65 años, pero sí que la gran mayoría de ellos (72,8%) son mayores de 80 años frente al 27,2% que se encuentran entre los 65 y 80 años. En la tabla 5 podemos visualizar que el 50% de los participantes dicen no llevar más de tres años en la residencia, el 27,3% dicen no llevar más de un año institucionalizados, frente al 22,7% de personas que dice llevar más de 3 años.

Estos datos analizados en conjunto nos permiten observar que los residentes no llevan mucho tiempo institucionalizados y que en parte puede ser debido, a que las familias escogen este recurso como última opción cuando sus familiares ya están muy mayores y puede llegar a peligrar su integridad física. Como bien hemos definido anteriormente de los autores Gallo y Molina (2015) la preferencia entre las personas mayores es poder quedarse en casa hasta el final de sus días donde prevalece su intimidad, cerca de sus familias y que por ende la institucionalización es un momento traumático al que no se quieren enfrentar si no se ven

realmente mal de salud, decisión que parece defender también las familias, valorando y ocupando otros servicios antes de llegar a este.

Por último, pero no menos importante para cerrar este bloque, encontramos en la tabla 3 el nivel de estudios de las personas encuestadas, donde el 59% no tiene estudios o los tiene incompletos, frente al otro gran porcentaje que son el 41% que posee estudios primarios y secundarios. Estos datos nos permiten observar las diferencias generacionales que existen actualmente. Muchas de estas personas fueron jóvenes sin oportunidades y con mucha escasez de comida y dinero que tuvieron que priorizar el trabajo y el cuidado de la familia. Aun así, vemos un alto porcentaje de personas que, gracias a la lucha de sus familias, pudieron terminar sus estudios básicos e incluso formarse más en profundidad.

Las tablas de la 1 a la 5 nos permiten entender mejor el perfil de las personas encuestadas en términos de género, edad, nivel educativo, estado civil y tiempo institucionalizado. Sacando como conclusión que la mayoría de personas encuestadas son mujeres, viudas, sin estudios, mayores de 80 años y con un tiempo de institucionalización inferior a los 3 años.

4.2.2. Implicaciones del estado de salud y nivel de interacción social en la soledad.

La salud es uno de los elementos fundamentales en el buen desarrollo psicosocial de las personas mayores. Es un aspecto a tener en cuenta, ya que una mala percepción de salud en uno mismo puede acarrear consecuencias desastrosas. La persona es más vulnerable a la hora de sufrir trastornos mentales como la depresión derivada en muchos casos de un profundo sentimiento de soledad.

En la tabla 6 podemos ver como esta autopercepción de la salud se distribuye de manera igualitaria entre las respuestas de los encuestados. El 49,9% de las personas encuestadas han respondido tener una buena e incluso muy buena salud, frente al 50,1% que determinan que su salud es entre mala y regular. Por otro lado, y mediante la tabla 7 también podemos ver como la mayoría de los residentes encuestados necesitan apoyos para poder moverse con confianza, el 50% de los encuestados utilizan andador y el 31,8% la silla de ruedas, solo el 9,1% comentan necesitar solo el apoyo de un bastón y el otro 9,1% comunican poder movilizarse con total normalidad.

Estos datos sobre la salud de los encuestados que pueden proporcionar un cierto alivio entre los investigadores y constatar una cierta mejora entre los servicios ofrecidos, nos hace también apreciar que existe una parte proporcional de la que debemos preocuparnos que no se encuentran bien y esto podría influir en su bienestar general y en un aumento de la sensación de soledad que podremos ver más adelante. Por otro lado, que la mayoría de los encuestados necesiten apoyos para la movilidad a través del uso de andadores y sillas de ruedas, nos sugiere posibles limitaciones en la capacidad para realizar actividades.

Como ya hemos comentado anteriormente las personas más dependientes tienen mayor probabilidad de sufrir depresión y soledad, ya que son conscientes de que necesitan de alguien para llevar a cabo ciertos cuidados que ellos por su propia cuenta no podrían, esto les entristece porque supone una pérdida de intimidad importante para ellos. En el caso de los usuarios de una residencia, esa persona siempre está ahí, pero es desconocida y disponible a cambio de un salario. El trato y la confianza no son la misma como con un familiar y esto puede suponer, por lo tanto, un factor de riesgo a la hora de experimentar la soledad.

Las tablas 8, 9 y 10 nos brindan importantes datos sobre el nivel de interacción y socialización de los residentes encuestados, factor importante para combatir el aislamiento y el sentimiento de soledad entre las personas mayores. En cuanto observamos la tabla 8, se puede apreciar que el 45,4% de los participantes y, por lo tanto, casi la mitad de estos señalan salir "a veces" fuera del centro, el 27,3% lo hace a menudo y el 18,2% lo hacen siempre, solo el 9,1% confirma no salir nunca del centro. Estos datos se muestran como muy positivos, ya que esto conlleva grandes oportunidades de interacción social y actividades externas a las que se someten sin obligación con familias y amigos.

La tabla 9 nos muestra un porcentaje arrollador de encuestados (95,4%) que dicen recibir visitas al centro por parte de amigos, familia y vecinos. La frecuencia de estas visitas se manifiesta en la tabla 10, la mayoría de los participantes reciben visitas con frecuencia semanal (31,8%) o varias veces a la semana (27,3%). También un porcentaje significativo (22,7%) recibe visitas solo cada uno o dos meses.

Las visitas frecuentes pueden aliviar la soledad y mejorar el bienestar emocional de los residentes, por eso estos testimonios son relevantes a la hora de apreciar el apoyo y cariño de su entorno. Aun así, no debemos dejar de lado ese porcentaje más pequeño, pero también valioso de personas mayores encuestadas, que dicen recibir visitas cada uno o dos meses, ya

que pueden estar en mayor riesgo de soledad. Es a ellos a los que hay que prestar especial atención por parte de los distintos servicios y profesionales del ámbito social.

Muchas de estas personas mayores encuestadas justifican el bajo nivel de visita, con total comprensión hacia las familias y amigos debido a la falta de tiempo por el trabajo, la crianza de los niños y la distancia entre sus casas y la residencia. Por ello comentan muchos la importancia que ha tenido la cercanía de la residencia a la hora de tomar la decisión de realizar el ingreso por parte de las familias y la persona usuaria.

El análisis de estos puntos puede servir como base para desarrollar intervenciones que mejoren la movilidad, las oportunidades de socialización y el apoyo emocional para las personas institucionalizadas. Plantea, por lo tanto, desafíos a los cuales abordar desde el Trabajo Social, aunque también permite ver los grandes resultados conseguidos por parte de los profesionales de las instituciones residenciales, a nivel de participación, autonomía y apoyo emocional. Mediante el siguiente punto analizaremos si verdaderamente ese sentimiento de soledad está tan extendido como creemos dentro del ámbito institucional o necesitamos tener presente esta gran problemática y proponer soluciones.

4.2.3. Nivel de socialización, bienestar emocional y percepción de soledad

El ingreso en una residencia supone para la mayor parte de las personas mayores un cambio drástico e incómodo. Dejan sus casas donde han hecho toda una vida para ir a parar a estos lugares. Muchas de las personas, según su nivel de autonomía y vitalidad, pueden adaptarse mejor o peor a esta nueva situación, participando en las actividades del centro y cumpliendo con los horarios y normativas del centro. Reciben visitas por parte de sus familiares y amistades e incluso aprovechan estos momentos para pasarlo con sus personas queridas, yendo a desayunar fuera, a pasear por mercadillos e incluso realizando actividades lúdicas fuera del centro.

Como ya hemos hablado anteriormente, depende mucho el nivel de dependencia de cada uno, de vitalidad y de resiliencia para conseguir adaptarse y anteponerse a los aspectos negativos de la institucionalidad. Quienes lo consiguen pueden llegar a adaptarse y ser felices, pero aquellos que no pueden llegar a experimentar unos niveles importantes de aislamiento, son por ello en estos casos muy importantes el apoyo y cariño del entorno.

A lo largo de las tablas que analizaremos a continuación observaremos qué porcentaje representativo de los encuestados realiza actividades dentro y fuera del centro y las disfruta, también valoraremos cuál es el estado de su entorno y, por lo tanto, que percepción tienen ellos y ellas ante la soledad e incluso si han llegado a experimentarla estando acompañados y acompañadas de familia y amistades.

Mediante las tablas 11 y 12, podemos apreciar que dentro del centro un 40,9% de las personas encuestadas participan “a menudo” en las actividades que organizan los profesionales y un 31,8% “siempre” lo hacen. Por otro lado, fuera del centro, la mayoría representada que consta el 63,6% de las personas encuestadas “nunca” participa en actividades por parte de instituciones lúdicas o al aire libre, recalando que prefieren dar paseos con sus familias y amistades antes que realizar actividades por sí solos.

Ante estos datos presentados, podemos ver el nivel de motivación entre las personas mayores participantes bastante positivo. Se ve claramente una preferencia hacia la realización de actividades dentro del centro, puede que debido a la seguridad que este les otorga al contar con profesional pendiente en todo momento de ellos. También podría tratarse de que estas actividades, mucho más accesibles para las personas más dependientes que no pueden salir tanto, son más dinámicas y están mejor estructuradas, ya que cuentan con las necesidades y expectativas de los residentes.

La poca participación en actividades fuera del centro puede reflejar una cierta desconexión con la comunidad externa por falta de tiempo, interés o recursos, o una preferencia a permanecer en un entorno conocido y controlado como es el centro. Una de las mejoras hacia el centro, de cara a fomentar la confianza de entornos externos, sería la potenciación de actividades al aire libre con todo un equipo de profesionales supervisando y controlando.

La tabla 13 nos permite señalar la conexión de estas personas con su entorno más cercano mediante el uso de tecnologías. El 59,1% usa el móvil para comunicarse, pero un 40,9% no utiliza ningún tipo de dispositivo. Muchos de ellos alegan haber tenido móvil, pero al romperse no demandaron uno nuevo. Estos datos son bastante problemáticos, ya que reflejan una importante brecha digital y una desconexión de su entorno más cercano, propiciando el aislamiento y el sentimiento de soledad al no poder hablar con sus familiares y amistades si no vienen a visitarlos. Esto puede generar estados emocionales, depresivos y ansiosos hasta que las visitas llegan.

Los resultados de las tablas 14 y 15 nos presentan la percepción de las personas encuestadas ante la soledad en general. Los resultados son muy reñidos, el 41% niega rotundamente haber experimentado esa sensación alguna vez, pero el 45,4% siente haberla experimentado con alguna frecuencia (a veces, a menudo o siempre). En cambio, estos datos cambian drásticamente cuando los usuarios y usuarios están en contacto con sus familiares y amigos. El 72,8% nunca se ha sentido solo en compañía de ellos.

Estos datos nos sugieren la importancia de la compañía cercana a la hora de reducir la sensación de soledad. Este hecho es positivo cuando se relaciona con los resultados obtenidos de la tabla 16, donde el 63,6% dice tener amistades dentro o fuera del centro, frente a un 31,9% que contestó no tener aparte de los propios familiares. Por otro lado, la calidad de las interacciones personales es un indicativo satisfactorio tanto con la familia como con los amigos y amigas, en la tabla 17 sobre el sentimiento de escucha y comprensión cuando están rodeados de seres queridos, el 63,7% reconoce sentirse siempre escuchado/a y comprendido/a por ellos/as.

Estas últimas tablas pertenecientes a la encuesta realizada pintan un cuadro detallado del bienestar social y emocional de las personas encuestadas. Podemos apreciar una percepción de la soledad que, aun no siendo mayoritaria, es relevante y debe tomarse en cuenta, ya que indica una necesaria atención e intervención por parte de los profesionales a las causas y posibles soluciones ante esta. Ese sentimiento es claramente mitigado pasando tiempo de calidad con los seres queridos, esto demuestra que la mayoría de los participantes cuentan con relaciones sólidas y donde predomina el buen trato. Sienten que sus opiniones y sentimientos son validados, valorados y comprendidos, por ello, cuando están rodeados de ellos, sienten que su estado emocional mejora.

Valorando todos estos aspectos y aun viendo que la percepción de la soledad ha podido mejorar en el ámbito institucional debido a la profesionalización de los trabajadores, nos queda mucho camino por recorrer. Es imprescindible seguir avanzando en la creación de programas y políticas que aborden la soledad desde una perspectiva integral, considerando no solo las necesidades físicas y de salud de las personas, sino también su bienestar emocional y social. La formación continua y especializada de los profesionales es fundamental para asegurar que están capacitados para detectar y tratar la soledad en todas sus manifestaciones.

Además, es crucial fomentar la colaboración entre distintas entidades, tanto públicas como privadas, para crear redes de apoyo más robustas y efectivas. La participación activa de la comunidad, incluyendo a familiares y voluntarios, puede jugar un papel vital en la reducción de la soledad, ofreciendo un soporte cercano y humano que muchas veces es irremplazable.

Asimismo, es necesario desarrollar estrategias específicas para los diferentes grupos de población afectados, como los ancianos, las personas con discapacidad, los inmigrantes y los jóvenes. Cada grupo enfrenta retos únicos que requieren respuestas adaptadas a sus circunstancias particulares.

En conclusión, aunque se han logrado avances significativos, la lucha contra la soledad sigue siendo un desafío complejo y multidimensional. Solo a través de un enfoque coordinado y multifacético podremos crear un entorno donde todas las personas se sientan acompañadas y valoradas.

5. CONCLUSIONES

La investigación, que parte de un objetivo general centrado en los efectos de la soledad no deseada en personas mayores institucionalizadas, ha permitido obtener una visión profunda y detallada desde una perspectiva biopsicosocial, que nos revela un panorama complejo y multifacético. Los resultados obtenidos reflejan un perfil demográfico específico de los residentes, compuesto mayoritariamente por mujeres mayores de 80 años, viudas y con un bajo nivel educativo, quienes han estado institucionalizadas por menos de tres años. Estos datos se alinean con la tendencia observada de un envejecimiento femenino predominante y tardío ingreso en residencias, debido a la longeva aparición de dependencias, a la multitud de servicios disponibles y específicos y a la negación de las propias personas mayores y familiares al suponer un recurso difícil y traumático.

La revisión teórica de conceptos como el envejecimiento, la vejez activa y la soledad desde la óptica del Trabajo Social ha sido esencial para contextualizar estos hallazgos y por ende ha supuesto uno de los objetivos de esta investigación. Mediante el análisis de diferentes fuentes bibliográficas, hemos podido averiguar que el envejecimiento se asocia frecuentemente con una disminución de las capacidades físicas y cognitivas, lo que puede llevar a un aumento de la dependencia y, en muchos casos, a la institucionalización. La vejez activa, por otro lado, enfatiza la importancia de la participación continua en actividades sociales, económicas, culturales y espirituales, lo cual se ve reflejado en las actividades organizadas dentro de los centros geriátricos, pero también fuera de ellos con familia, amigos y vecinos.

Una de las principales problemáticas en las personas mayores y que puede llegar a justificar su poca participación e implicación, ya no solo en el centro, sino en la propia ciudadanía, es la soledad. En esta investigación hemos querido contabilizar la percepción subjetiva de la soledad entre los residentes, los resultados obtenidos mediante técnicas cualitativas, muestra que el 45.4% ha experimentado la sensación de soledad con alguna frecuencia, aunque este sentimiento se reduce notablemente en presencia de familiares y amigos. Las visitas frecuentes y la participación en actividades del centro son factores cruciales que ayudan a mitigar la soledad, aunque la desconexión con la comunidad externa y la brecha digital siguen siendo preocupaciones importantes.

Por otra parte, las manifestaciones de la soledad y sus consecuencias en la salud y bienestar de las personas mayores son evidentes en los resultados. La percepción de salud entre los encuestados está dividida, con una mitad reportando una buena o muy buena salud, y la otra mitad calificándola como mala o regular. La necesidad de apoyo para la movilidad es significativa, con un 81.8% de los encuestados requiriendo andadores o sillas de ruedas, lo que limita su capacidad para realizar actividades diarias y contribuye a la sensación de aislamiento.

El análisis ha identificado varios factores asociados a un mayor riesgo de soledad en el contexto residencial. La alta dependencia física, la falta de interacción social externa, y la brecha digital son factores destacados. Los residentes que no utilizan dispositivos de comunicación y aquellos que reciben visitas esporádicas están en mayor riesgo de experimentar soledad y sus efectos negativos en la salud mental y emocional.

Teniendo en cuenta la compleja adaptación de muchos de los residentes a esta nueva normalidad, muchas personas mayores disfrutan de visitas frecuentes de familiares y amigos y participan activamente en las actividades del centro. Es importante que estas estén adaptadas a sus necesidades y limitaciones de movilidad, esto contribuye positivamente a su bienestar emocional y favorece la disminución del sentimiento de soledad.

Los resultados de esta investigación proporcionan elementos clave para la mejora de las políticas sociales dirigidas a fomentar la inclusión y el envejecimiento activo de las personas mayores. Es esencial desarrollar programas que no solo aborden las necesidades físicas de los residentes, sino también su bienestar emocional y social. La formación continua de los profesionales y la colaboración entre entidades públicas y privadas son fundamentales para crear redes de apoyo robustas. Además, es crucial promover la participación de la comunidad y fomentar actividades al aire libre supervisadas por profesionales, para fortalecer la conexión de los residentes con su entorno externo.

A pesar de los avances significativos logrados en la mejora del bienestar de las personas mayores en residencias, la lucha contra la soledad no deseada sigue siendo un desafío complejo y multifacético. Un enfoque integral y coordinado, que considere las necesidades biopsicosociales de los residentes, es relevante para asegurar que todas las personas se sientan acompañadas y valoradas. La creación de programas específicos para diferentes grupos poblacionales y la implementación de políticas inclusivas pueden contribuir

significativamente a reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

Estos programas y políticas destinados a las personas mayores deben abordar tanto sus necesidades físicas como emocionales. La formación continua de los profesionales y la colaboración entre entidades públicas y privadas son fundamentales, así como la creación de redes de apoyo robustas.

En resumen, aunque se han logrado avances importantes en la mejora del bienestar de las personas mayores en residencias, es valioso seguir trabajando en la creación de un entorno donde todas las personas se sientan acompañadas y valoradas, abordando la soledad desde una perspectiva integral y coordinada.

6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Una vez terminada mi investigación y habiendo pasado todo este proceso de recogida de información y análisis de datos, reconozco haberme encontrado con una serie de dificultades que han entorpecido su elaboración.

Una de estas dificultades y la principal ha sido anteponerme a mis inseguridades y confianza en uno mismo. La elaboración de un trabajo de tal magnitud me llegó a superar por momentos, ya que nunca antes había realizado un estudio así, que suponía el culmen de mi carrera y de tantos aprendizajes vividos. Ahora me tocaba plasmar todo esto en un trabajo de final de grado.

La escogida del tema fue una de las decisiones más acertadas que tomé, ya que al haber realizado mis prácticas en un centro residencial sabría en mucho de los casos de lo que estaba hablando, ya contaba con un bagaje importante en este sector que me daría confianza en cómo proceder sobre todo de cara a la elaboración de la parte más práctica.

El inicio fue una de las peores etapas de este estudio. Debía estructurarse bien el trabajo para saber de dónde partir y cómo quedarme con la información relevante de toda la que había. Para ello tuve que documentarme mucho y plantearme un índice desde el principio que me ayudará a organizarlo.

Mi inseguridad hacia el tema, partía del hecho de que no encontrara muchas fuentes secundarias y autores que hubiesen hablado de él anteriormente. Mi sorpresa fue cuando empecé a hacer el marco teórico y me di cuenta de que la información era abundante. A raíz de eso fui enlazando documentación y elaborando poco a poco el marco teórico gracias al índice creado anteriormente.

Una vez terminada la parte más teórica quedaba la realización de mi investigación sobre la soledad en las personas mayores institucionalizadas. Para ello conté con la ayuda de mis profesionales de prácticas que me aceptaron realizar las encuestas en la residencia donde estuve y donde ya contaba con una cierta confianza hacia los usuarios y usuarias.

El trato tanto con los profesionales como con los residentes durante la elaboración de las encuestas fue excepcional. Me dieron en todo momento todo lo que necesitaba y decidieron colaborar conmigo desde el primer momento. Se me facilitó enseguida la documentación

cumplimentada necesaria para mi trabajo e incluso me comunicaron el hecho de que podría ir las veces que fuera necesario para tenerlo todo listo.

Finalmente, una de las últimas dificultades que se me presentaron durante el trabajo llegó a la hora de analizar los resultados obtenidos de las encuestas. Relacionar las tablas con lo planteado anteriormente mediante un texto estructurado y cohesionado, con rigor y mediante el cual defender todos mis objetivos planteados fue una de las partes más difíciles.

Referencias bibliográficas

- Altschuler, J. (2005). Population ageing and social vulnerability in Latin America and the Caribbean. *Population, Space and Place*, 11(5), 313–329. <https://doi.org/10.1002/psp.373>
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2018). Use of Services to Relieve Loneliness in Later Life: Associations with Sociodemographic Characteristics and Lifetime Mental Health. *International Psychogeriatrics*, 30(8), 1119–1128. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002602>
- Banco Mundial. (2022). Población de 65 años y más (% de la población total) [Mapa]. <https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2022&start=1960&view=chart>
- Banco Mundial. (2022). Población de 65 años y más (% de la población total) [Gráfico]. <https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2022&start=2022&type=shaded&view=map&year=2022>
- Bizkaia. Nagusi Intelligence Center – Behatokia (s.f.) ¿Cómo combatir la soledad no deseada en personas mayores? Informe Monográfico https://www.bizkaia.eus/documents/9027320/11569571/04_Soledad_No_Deseada_ES.pdf
- Bravo, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf
- Cabrera, M. A. M. (2012). Psicología de la vejez. McGraw-Hill Interamericana.
- Cuesta, A.B. (2020). Envejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales, 72, 49-60 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7606570>
- Datosmacro. (2020). España - Inmigración [Tabla]. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/españa>
- Datosmacro. (2020). España - Emigrantes totales [Tabla]. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/españa>

Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>

Gallo, J. y Molina, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, 26 (1), 3-9 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100002

Gonzalez de Vera, E. (2017). "La Soledad en las personas mayores institucionalizadas en residencias" [Trabajo final de grado, Universidad de La Laguna] <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/6890>

Hernández, M. A., Fernández, M. J., Sánchez, N. J., Blanco, M. A., Perdiz, M. C., Castro, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14 (3), 146-153. [Tabla]. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Instituto Nacional de Estadística. (2022). Ratio de masculinidad a la defunción. [Tabla]. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLLayout#:~:text=Ratio%20de%20masculinidad%20a%20la%20defunci%C3%B3n&text=Seg%C3%AAn%20los%20indicadores%20demogr%C3%A1ficos%20b%C3%A1sicos,1%20a%2085%2C7%20a%C3%B3s

Juntas, A. M., Agahi, N., & Parker, M. G. (2014). Population aging and social welfare expenditure in Europe. *Population Ageing*, 7(3), 219–233. <https://doi.org/10.1007/s12062-014-9094-3>

Marín, M. J. (2017). Envejecimiento activo: claves para su promoción desde el trabajo social. *Revista de Trabajo Social*, (9), 81–92. <https://revistatrabajosocial.com/pdf/numero-9/7.-Envejecimiento-activo-claves-para-su-promocion-desde-el-trabajo-social.pdf>

Mier, N., Medina, A. A., Ory, M. G., & Voss, J. J. (2011). Understanding the role of coping in healthful behaviors among Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(1), 90–96. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9278-3>

Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *The journal of primary prevention*, 33(2–3), 137–152.
<https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>

Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red*, 4, 1-9.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28068/CONICET_Digital_Nro.869576a3-5273-4ab7-b2f0-06537851e0d5_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Envejecimiento y salud. Recuperado el 10 de abril de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M. A. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32 (1), 22-25
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022

Pérez, J. y Abellán, A. (2018). Envejecimiento demográfico y vejez en España. *Panorama social*, 28, 11-47 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6776064>

Ramos, A.M., Yordi, M., Miranda M.A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20 (3), 330-337. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014

Robledo, C.A., Orejuela J. J. (2021). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18 (1), 95-102 http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-192X2020000100095&script=sci_arttext

Rueda, J.D. (2018). La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible. *Actas de coordinación sociosanitaria*, 23, 43-64
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8967572>

Sánchez, A. L. (2020). *Soledad en personas mayores en residencia. Propuesta de intervención*. [Trabajo fin de grado, Universidad de Jaén]
https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/15283/1/Snchez_Arenas_Antonio_Luis_TFG_Educa_cin_Social..pdf

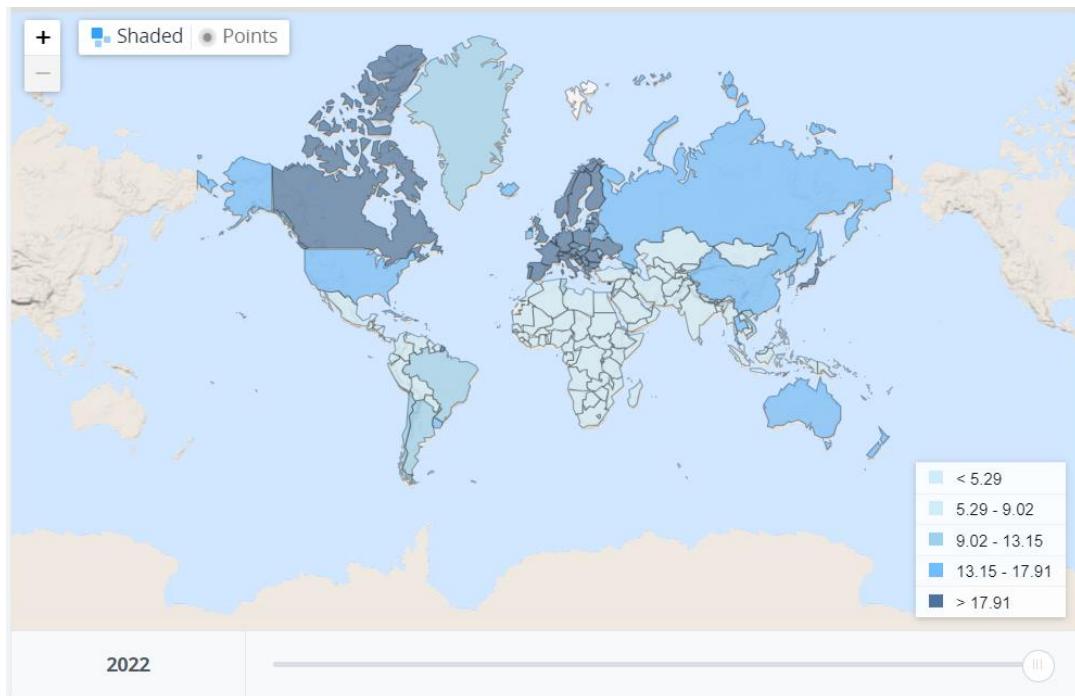
Tami, M. (2010). Envejecimiento y atención sanitaria. Libros Profesionales.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J., & Bowling, A. (2005). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15(4), 407-417.
<https://doi.org/10.1017/S0959259805002657>

Anexos

Anexo 1

Figura 1. Población de 65 años de edad y más (% del total)

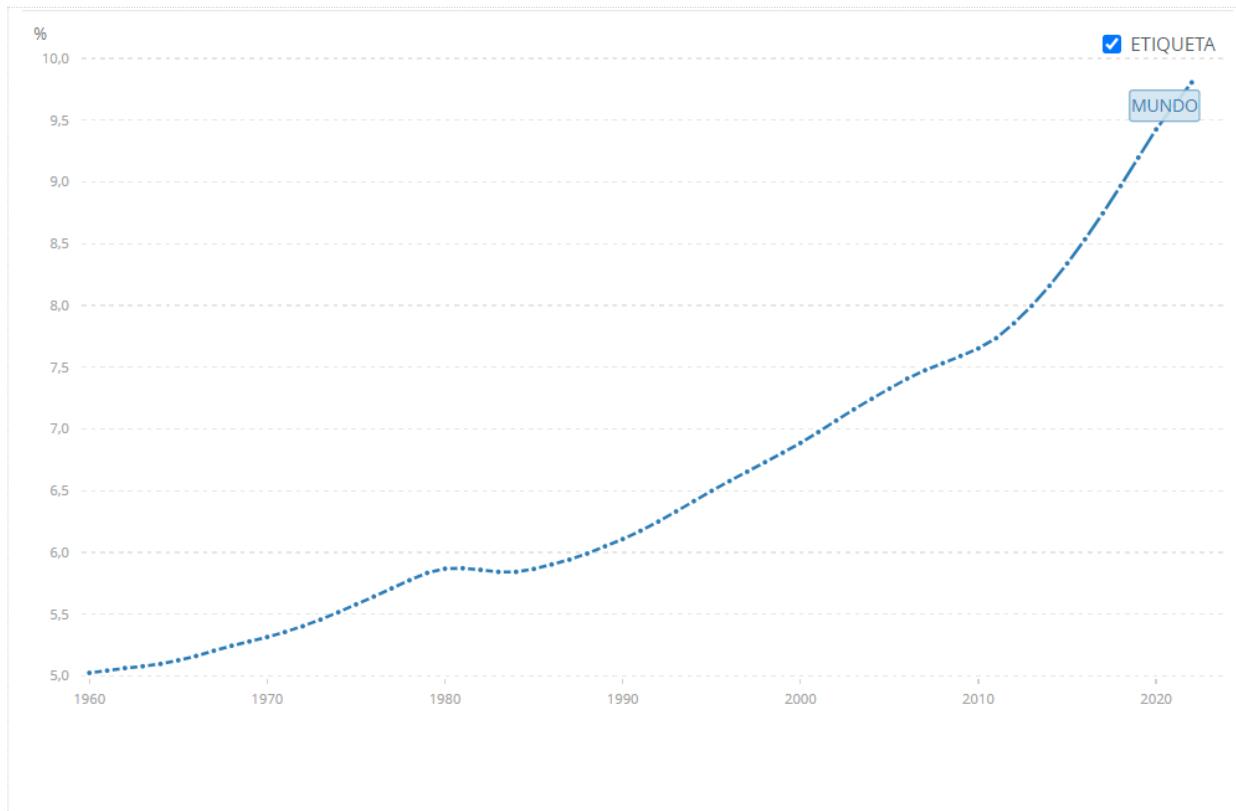


Nota. Adaptado de Banco Mundial [Mapa], 2022,

<https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2022&start=1960&view=chart>

Anexo 2

Figura 2. Población de 65 años de edad y más (% del total)



Nota. Adoptado de Banco Mundial [Gráfico], 2022,

<https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2022&start=1960&view=chart>

Anexo 3**Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España**

	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
1991	73,5	80,6	7,2
1992	73,9	81,1	7,3
1993	74,1	81,2	7,1
1994	74,5	81,6	7,1
1995	74,5	81,7	7,2
1996	74,7	81,9	7,2
1997	75,3	82,2	6,9
1998	75,4	82,3	6,9
1999	75,4	82,3	6,9
2000	75,9	82,7	6,8
2001	76,3	83,1	6,8
2002	76,4	83,1	6,8
2003	76,4	83,0	6,6
2004	77,0	83,6	6,6
2005	77,0	83,5	6,5
2006	77,7	84,2	6,4
2007	77,8	84,1	6,4
2008	78,2	84,3	6,1
2009	78,6	84,7	6,0
2010	79,0	85,0	6,0
2011	79,3	85,1	5,8
2012	79,4	85,1	5,7
2013	79,9	85,5	5,6
2014	80,1	85,6	5,5
2015	79,9	85,4	5,5
2016	80,3	85,8	5,6
2017	80,3	85,7	5,4
2018	80,4	85,8	5,4
2019	80,8	86,2	5,4
2020	79,5	85,0	5,5
2021	80,2	85,8	5,6
2022	80,4	85,7	5,4

Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadística [Tabla], 2022,

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=Ratio%20de%20masculinidad%20a%20la%20defunci%C3%B3n&text=Seg%C3%A1n%20los%20indicadores%20demogr%C3%A1ficos%20b%C3%A1sicos,1%20a%2085%2C7%20a%C3%B3n

Anexo 4

Tabla 2. España - Emigrantes totales

España - Emigrantes totales				
Fecha	Emigrantes hombres	Emigrantes mujeres	Emigrantes	% Emigrantes
2020	697.833	791.990	1.489.823	3,14%
2015	578.769	690.514	1.269.283	2,73%
2010	489.857	597.214	1.087.071	2,33%
2005	510.383	604.082	1.114.465	2,53%
2000	588.443	702.171	1.290.614	3,17%
1995	635.414	726.995	1.362.409	3,42%
1990	683.805	755.199	1.439.004	3,70%

Nota. Adaptado de Datos macro [Tabla], 2020,

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/espana>

Anexo 5

Tabla 3. España - Inmigrantes

España - Inmigrantes				
Fecha	Inmigrantes hombres	Inmigrantes mujeres	Inmigrantes	% Inmigrantes
2020	3.272.773	3.569.429	6.842.202	14,44%
2015	2.884.000	3.007.208	5.891.208	12,69%
2010	3.238.234	3.041.828	6.280.062	13,46%
2005	2.140.680	1.966.546	4.107.226	9,33%
2000	838.058	819.227	1.657.285	4,08%
1995	499.114	520.953	1.020.067	2,56%
1990	390.448	431.157	821.605	2,11%

Nota. Adaptado de Datos macro [Tabla], 2020,

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/espana>

Anexo 6**Tabla 4.** Análisis bivariante de las variables sociodemográficas, recursos sociales y soledad

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Edad	79 años	78 años	0,238 ^a
Sexo			
• Hombres	28,9%	45,2%	
• Mujeres	71,1%	54,8%	< 0,0001 ^b
Estudios			
• No sabe leer	3,7%	1,6%	
• Elementales	90,9%	81,3%	< 0,0001 ^b
• Superiores	5,3%	17,1%	
Vive solo/a	31,6%	9,9%	< 0,0001 ^b
Estado civil			
• Soltero/a	4,8%	7,5%	
• Casado/a	48,7%	73%	
• Viudo/a	42,8%	16,9%	< 0,0001 ^b
• Divorciado/a	3,7%	2,6%	
¿Cuánta gente conoce lo suficientemente bien como para ir de visita a sus casas?			
• Ninguna	7,5%	3,7%	
• 1-2 personas	24,7%	14,1%	< 0,0001 ^b
• 3-4 personas	26,9%	16,8%	
• 5 o más	40,9%	65,4%	
¿Esta semana cuántas veces pasó usted un rato con alguien con quien no vive?			
• Ninguna	24,5%	16,1%	
• 1 vez	33,7%	25,7%	< 0,0001 ^b
• 2-6 veces	34,8%	36,9%	
• A diario	7,1%	21,3%	
Tiene alguien en quien confiar	95,6%	97,6%	0,181 ^b
Vé a sus familiares tanto como quiere	35,0%	64,7%	< 0,0001 ^b
Ayuda en caso de enfermedad	77%	93,8%	< 0,0001 ^b
Pensión mensual	850 euros	1.115 euros	< 0,0001 ^a

Nota. Adaptado de Soledad y envejecimiento, por Hernandez et al., 2021, p. 150 [Tabla],

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005

Anexo 7**Tabla 5. Análisis bivariante (chi-cuadrado) entre soledad y las variables relacionadas con salud y dependencia**

	¿SE ENCUENTRA USTED SOLO/A?		P SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	
Depresión (SPES)	62,3%	27,4%	<0,0001
Deterioro cognitivo	19,8%	15,8%	0,241
Tiene problemas de visión	49,2%	31,5%	0,001
Tiene problemas de oído	42,8%	38%	0,339
Tiene incontinencia	24,1%	16%	0,066
Usa bastón	32,1%	21,3%	0,005
Usa muletas	5,9%	1,8%	0,009
Usa audífono	5,4%	9,1%	0,125
Practica ejercicio físico regularmente	32,4%	58,9%	<0,0001
Participa en actividades grupales	17,6%	21,8%	0,246
Ha recibido orientación emocional	12,4%	4,4%	<0,0001
Necesita orientación emocional	6%	12,1%	<0,0001
En tratamiento para los nervios	33,7%	16,4%	<0,0001
Considera necesario este tratamiento	54,4%	32,2%	<0,0001
Dependencia para actividades de la vida diaria			
• Independiente	20,3%	37,4%	<0,0001
• Parcialmente dependiente	73,3%	58,2%	
• Dependiente	6,4%	4,4%	
Ayuda para cuidado personal diario	18,2%	11,5%	0,028
Considera necesaria esta ayuda	14,5%	7,9%	0,015
Ha recibido atención de enfermería	52,2%	52,7%	0,897
Considera necesario que alguien compruebe su estado general	60,5%	43,1%	<0,0001
Alguien le prepara la comida	33,7%	46,2%	0,005
Ayuda para habitabilidad de la vivienda	4,3%	1%	0,012

Nota. Adaptado de Soledad y envejecimiento, por Hernandez et al., 2021, p. 151 [Tabla],

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005

Anexo 8

Sexo	Hombre	Mujer				
Edad	Menores de 65 años	De 65 a 80 años	Mayores de 80 años			
Estudios	Sin estudios/incompletos	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios	NS/ NC	
Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	NS/ NC	
Tiempo institucionalizado	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	De 3 a 5 años	Más de 5 años	NS/ NC	
Salud	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS/ NC	
Movilidad/Apoyo	Sin apoyo	Bastón	Andador	Silla de ruedas		

Salidas fuera del centro	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	
Visitas al centro	Sí	No	NS/NC			
Frecuencia de las visitas	Todos los días	De 2 a 5 veces a la semana	1 vez a la semana	Cada uno o dos meses	2 o 3 veces al año	NS/NC
Actividades en el centro	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	
Actividades fuera del centro	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	
Uso de nuevas tecnologías	Nunca	Móvil	Ordenador	NS/NC		
¿Se siente solo/a?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	

¿Se siente solo/a con familia y amigos?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	
Amistades fuera o dentro del centro	Sí	No	NS/NC			
¿Se siente escuchado/a y comprendido/a?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	NS/ NC	