

SOLEDAD NO DESEADA Y PERSONAS MAYORES:

Situación y orientaciones para el diseño
de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Este documento se enmarca en el encargo realizado por la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia al Colegio Oficial de la Psicología de Madrid para la realización de un “Estudio sobre Soledad No Deseada en personas mayores de la Comunidad de Madrid” entre 2021 y 2022.

Equipo investigador del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Dirección: Silvia Garrigós Tembleque, colegiada M-25731

Coordinación: M^a Jesús Gallego Ortiz, colegiada M-11441

Equipo técnico:

Esther Stephany Camacho Ortega, colegiada M-26724

Marta Llavona Serrano, colegiada M-18612

Cristina Noriega García, colegiada M-22778

Gema Pérez Rojo, colegiada M-18922

1. Introducción	4
1.1. Justificación del Estudio	4
1.2. Planteamiento del Estudio	5
1.2.1. <i>Objetivos</i>	5
1.2.2. <i>Metodología</i>	6
2. Soledad no deseada: Análisis de situación y factores relevantes	16
2.1. Soledad no deseada	16
2.2. Factores protectores, de riesgo y vulnerabilidad. Impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores	19
2.2.1. <i>Factores de protección y riesgo</i>	21
2.2.2. <i>Impacto en la salud y bienestar</i>	35
2.3. Características sociodemográficas	39
2.4. Identificación de políticas, programas, servicios y buenas prácticas	51
2.5. Elementos de éxito y dificultades ante la soledad no deseada	63
3. Orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid	67
3.1. Propuestas para la sensibilización y prevención	67
3.2. Propuestas para la detección	75
3.3. Propuestas para la intervención	77
3.4. Propuestas para la coordinación eficaz	83
4. Conclusiones	88
5. Propuestas	91
6. Bibliografía	94
7. Listado de figuras y tablas	98
8. Anexos	99
Anexo 1. Estudio Cualitativo	99
<i>Cuestionario dirigido a profesionales</i>	99
<i>Cuestionario dirigido a personas mayores</i>	105
<i>Guión de entrevistas y grupos de discusión</i>	116
Anexo 2. Mejores prácticas	118
1. <i>Hilo de plata</i>	120
2. <i>Programa Hogar y café, viviendas compartidas entre personas mayores</i>	122
3. <i>Mayores conectados</i>	124
4. <i>Madrid Vecina</i>	126
5. <i>Contigo, programa de acompañamiento a personas mayores solas</i>	128
6. <i>Programa Duplo</i>	130
7. <i>Cohousing senior-Trabensol</i>	133
8. <i>Radars</i>	135
9. <i>Modelo Frome de atención primaria mejorada</i>	137
10. <i>Monalisa (Movilización nacional contra la soledad de las personas mayores)</i>	139



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del Estudio

La **Soledad** es un fenómeno inherente a la existencia humana, y es considerado como un enigma en torno al cual cada día van surgiendo ideas en clave de propuestas, experiencias e investigaciones.

Aunque las situaciones de soledad se dan en cualquier franja de edad, es muy prevalente y tiene connotaciones de especial riesgo en las **personas mayores**, debido a diversos factores, como la disminución de recursos sociales y económicos, las limitaciones funcionales o los cambios en las estructuras familiares.

Por esta razón, la **soledad no deseada en las personas mayores** es uno de los principales retos sociales. Dar respuestas eficaces, integrales, conjuntas y coordinadas ante este fenómeno, es una responsabilidad colectiva.

La longevidad que caracteriza las sociedades del siglo XXI plantea un escenario desconocido hasta el momento, desde el punto de vista de las políticas públicas y desde la propia concepción de la sociedad. Las tendencias son rotundas y se sabe que las cifras irán en aumento. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística - INE (2018-2068), en 2068 podría llegar a haber más de 14 millones de personas mayores en nuestro país, suponiendo esta cifra el 29,4% del total de la población.

Además, un número cada vez mayor de personas mayores **viven solas** y corren el riesgo de quedar socialmente aisladas. En la Comunidad de Madrid, el 18% de la población madrileña -1,2 millones de personas- tiene más de 65 años. Y, de todas las personas que han alcanzado esta edad, el 25% vive sola en su casa -276.400 personas-, proporción que en 2030 llegará hasta el 30%. Esta situación afecta sobre todo a mujeres.

Si bien es cierto que esto no implica necesariamente que experimenten soledad, el simple hecho de vivir solo o sola, independientemente de las razones que conducen a esta situación, aumenta la probabilidad de experimentar el dolor y el sufrimiento que genera una soledad no deseada.

En este sentido, según encuestas del IMSERSO y el CIS, un 59% de las personas mayores que viven solas, han expresado tener **sentimientos de soledad negativos** y **sentir aislamiento**. En la misma línea, diferentes estudios señalan que se trata de una realidad creciente, que **afecta a una de cada cuatro personas en países industrializados** y que incide negativamente en la salud física y psicológica de las personas mayores y, por tanto, en su calidad de vida (Leigh-Hunt, Bagguley, Bash, Turner, Turnbull, Valtorta, y Caan, 2017).

Los datos son alarmantes, hasta tal punto que algunos autores hablan de la **soledad no deseada** como un **problema de salud pública** de primer orden y como una de las nuevas “epidemias del primer mundo” (Cacioppo y Cacioppo, 2018; Zuil, 2017).

En nuestro país, el primer estudio epidemiológico fue realizado por Díez y Morenos (2015), mostrando que el 8,7% de personas mayores de 18 años se habían sentido solas frecuentemente, lo que significa en términos absolutos que **más de 3,3 millones de personas en nuestro país se sienten solas**.

Las situaciones de riesgo de soledad y aislamiento social creciente entre la población mayor de 65 años han empezado a adquirir cierta relevancia y, afortunadamente, se empiezan a incluir en la agenda pública y a reconocer como líneas clave de las políticas sociales y sanitarias. Se trata de un gran adelanto dado que, más allá de la cobertura de las necesidades básicas, incluye el **bienestar emocional** como parte importante de las mismas, para favorecer la calidad de vida de las personas.

Un hecho que no se puede obviar es que la crisis sociosanitaria por la **pandemia** por coronavirus no sólo ha exacerbado estas situaciones de soledad, sino que también ha ayudado a visibilizar y evidenciar de forma contundente este fenómeno, mostrando con mayor claridad la gravedad de la situación (Wu, 2020).

Su prevalencia, y demostrado impacto en la salud y calidad de vida, genera muchos interrogantes a los que es necesario dar respuesta desde las políticas públicas y la acción social (Sala Mozos, 2019). Se han elaborado propuestas, manifiestos, proyectos e iniciativas para comprender mejor el fenómeno, establecer

estrategias preventivas y diseñar nuevas líneas de acción e intervención (Fakoya, McCorry, y Donnelly, 2020).

En esta línea, la Comunidad de Madrid, a través de la **Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia** de la **Consejería de Familia, Juventud y Política Social**, ha puesto en marcha un **Programa Regional** para abordar el problema de la soledad no deseada de las personas mayores, mediante la construcción de una **Red de instituciones, entidades y profesionales**, que compartan lenguajes y metodologías y que coordinen sus enfoques de actuación. El fin último es la elaboración de un **Plan de acción** para que ninguna persona mayor de 65 años que resida en la Comunidad de Madrid se sienta sola.

Para el fortalecimiento de esta Red Regional se han diseñado tres acciones complementarias: un Simposio y unas Jornadas de Trabajo en red, que se realizaron en noviembre de 2021, y la realización del presente Estudio por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

El Estudio **Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de**

Madrid, quiere ofrecer **información actualizada sobre la realidad, la incidencia e impacto de la soledad no deseada** en las personas mayores que residen en la Comunidad, su **situación y tendencia**, los **factores protectores y de riesgo personales y de contexto**. Del mismo modo, pretende mostrar información relevante sobre este fenómeno social y comunitario, para la identificación de **ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención**, orientadas a la **mejora del impacto de las actuaciones** en la calidad de vida de las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

1.2. Planteamiento del Estudio

1.2.1. Objetivos

Los objetivos y resultados esperables del Estudio **Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid** son:

Objetivos	Resultados
1 Identificar el marco conceptual y normativo de referencia en relación con la soledad no deseada en personas mayores, en el ámbito europeo, nacional y autonómico.	Identificación de elementos clave y de relevancia institucional y social en la definición y normativa.
2 Analizar y describir los factores protectores y de riesgo y vulnerabilidad, personales y de contexto, en la evolución y pronóstico de la soledad no deseada y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.	Identificación de indicadores y variables relevantes (sexo, ubicación, lugar de residencia, tipo de alojamiento, relación con servicios y recursos locales y/o autonómicos...) que orienten en la configuración de perfiles de vulnerabilidad en personas mayores de la Comunidad de Madrid.
3 Definir las características sociodemográficas de la población mayor que reside en la Comunidad de Madrid, que puede estar sufriendo soledad no deseada.	
4 Identificar las mejores prácticas en prevención, identificación, valoración, coordinación, intervención y resultados obtenidos, en materia de soledad no deseada.	Identificación de propuestas y acciones que orienten las futuras políticas sociales en la Comunidad de Madrid, basadas en los factores de protección y de riesgo, así como en resultados de los programas y servicios analizados.
5 Identificar ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención, en términos de eficacia e impacto.	

El propósito es **generar conocimiento** útil y metodológicamente riguroso e **incidir socialmente** en el ámbito de las personas mayores con necesidades psicológicas, sociales y sanitarias y que, además, se sienten solas. La mayoría de los estudios alrededor de la soledad no deseada son de carácter cuantitativo, por lo que se evidencia un déficit de conocimiento cualitativo (López Doblás y Díaz, 2018), abordaje prioritario en el presente Estudio.

1.2.2. Metodología

A. Estrategias de investigación

El estudio se ha llevado a cabo mediante el análisis de fuentes secundarias de información y el método cualitativo.

La **investigación secundaria** ha consistido en revisión de literatura científica de referencia, de documentos normativos en el ámbito de atención a las necesidades de las personas mayores y, específicamente en materia de soledad no deseada, y en el análisis de documentos programáticos de iniciativas dirigidas al abordaje de la soledad no deseada en personas mayores.

La **investigación cualitativa**, por su parte, trata de entender la soledad no deseada en términos del significado que le otorgan las personas participantes en el Estudio. La valoración que hacen tanto las personas con responsabilidad en el diseño y desarrollo de políticas, programas y servicios, así como las personas mayores, permiten el contraste con los aportes de la literatura científica en relación con elementos

FUENTES SECUNDARIAS

Revisión de literatura científica, marco conceptual y normativo, factores de protección y de riesgo, perfiles de vulnerabilidad, estrategias, programas y proyectos. Organización y análisis de información para valorar indicadores de situación, adecuación, idoneidad, evolución, resultados e impacto, ...

OBJETIVO AL QUE CONTRIBUYE

1. Identificar el marco conceptual y normativo de referencia en relación con la soledad no deseada en personas mayores, en el ámbito europeo, nacional, e internacional.
2. Analizar y describir los factores protectores y de riesgo y vulnerabilidad, personales y de contexto, en la evolución y pronóstico y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.
3. Definir las características sociodemográficas de la población mayor que reside en la Comunidad de Madrid, que puede estar sufriendo soledad no deseada.
4. Identificar las mejores prácticas en prevención, identificación, valoración, coordinación, intervención y resultados obtenidos, en materia de soledad no deseada.
5. Identificar ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención, en términos de eficacia e impacto.

MEJORES PRÁCTICAS EN SOLEDAD NO DESEADA

Identificación de las mejores prácticas, seleccionadas por: ámbito temporal (últimos 5 años), ámbito territorial (iniciativas internacionales, de la UE y de países miembros, administraciones públicas, organizaciones privadas, entidades sociales...), innovadoras en la identificación del problema, las personas participantes e implicadas, las estrategias y procedimientos y los resultados.

OBJETIVO AL QUE CONTRIBUYE

4. Identificar las mejores prácticas en prevención, identificación, valoración, coordinación, intervención y resultados obtenidos, en materia de soledad no deseada.
5. Identificar ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención, en términos de eficacia e impacto.



clave para la comprensión de este fenómeno social y su abordaje: los factores de protección y de riesgo, las consecuencias, medidas eficaces para combatir la soledad no deseada, etc.

Para este fin se han utilizado las siguientes técnicas:

- El **grupo de discusión**, que permite conocer los esquemas interpretativos de profesionales que tienen responsabilidad (estratégica u operativa) en el trabajo con personas mayores en diferentes ámbitos de desempeño (administración, tejido social, tejido productivo) y de las personas mayores, usuarias o potenciales destinatarias, de Servicios y Programas.
- La **entrevista semiestructurada**, que permite conocer las hipótesis subyacentes a los diseños de líneas de acción dirigidas a dar respuesta a las necesidades derivadas de la soledad no deseada, las bases teóricas y

prácticas de referencia, y las atribuciones sobre la adecuación, idoneidad y eficacia de las actuaciones.

- El **cuestionario**, con muestreo no probabilístico, bola de nieve, que permite obtener información cualitativa de un elevado número de profesionales, mostrando la distribución social de hechos, opiniones o actitudes, la valoración del contexto institucional y programático, y de los resultados obtenidos por las iniciativas en vigor.

B. Descripción básica de las técnicas de recogida de información¹

Todas las **herramientas de recogida de información** dirigidas a profesionales y personas mayores (cuestionario, grupo de discusión y entrevista semiestructurada) han sido diseñadas por el equipo de investigación del Estudio. Los mismos bloques de preguntas del cuestionario

CONTRASTE CUALITATIVO – PROFESIONALES

Análisis de situación, percepción subjetiva: valoración, adecuación y resultados de iniciativas, conclusiones y propuestas en soledad no deseada

OBJETIVO AL QUE CONTRIBUYE

1. Identificar el marco conceptual de referencia en relación con la soledad no deseada en personas mayores, evolución y pronóstico y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.
4. Identificar las mejores prácticas en prevención, identificación, valoración, coordinación, intervención y resultados obtenidos, en materia de soledad no deseada.
5. Identificar ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención, en términos de eficacia e impacto.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- A. Entrevistas en profundidad a informantes clave Representante/s de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia de la Comunidad de Madrid, Representante de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, Profesionales y miembros de grupos de expertos/as en soledad no deseada, Organizaciones representativas de programas y servicios de soledad no deseada y personas mayores.
- B. Grupo de discusión con profesionales que trabajan con personas mayores, representativos por su experiencia en el diseño y desarrollo de Programas y Servicios, programas y Servicios
- C. Cuestionario para profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid. Profesionales cuyo ámbito de trabajo guarda relación directa con la definición, desarrollo o gestión de políticas o de servicios de atención directa a las personas mayores, desarrollen o no acciones específicas contra la Soledad no deseada, y trabajadores/as de servicios públicos o entidades, de los 179 municipios de la Comunidad de Madrid.

¹ Para información más detallada, puede consultarse el Anexo 1.



CONTRASTE CUALITATIVO – PERSONAS MAYORES	
Análisis de situación, percepción subjetiva: valoración, adecuación y resultados de iniciativas, conclusiones y propuestas en soledad no deseada	
OBJETIVO AL QUE CONTRIBUYE	<p>2. Analizar y describir los factores protectores y de riesgo y vulnerabilidad, personales y de contexto, en la evolución y pronóstico de la soledad no deseada sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.</p> <p>5. Identificar ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención, en términos de eficacia e impacto.</p>
TÉCNICAS RECOGIDA DE INF.	<p>A. Grupos de discusión con personas mayores. Personas mayores usuarias de los servicios y programas de la Comunidad de Madrid, de Madrid Salud, y residentes en pisos tutelados de la Comunidad de Madrid</p>

guiaron las preguntas de las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión. Para información más detallada pueden consultarse los Anexos.

B1. Entrevistas en profundidad a informantes clave

Desarrollo de entrevistas semiestructuradas de 60 minutos de duración con preguntas abiertas sobre los siguientes bloques: Factores relacionados con soledad no deseada, Adecuación de recursos y responsabilidad, Medidas para combatir la soledad, Experiencias desarrolladas, Acciones a desarrollar y Propuestas de futuro.

B2. Grupos de discusión con profesionales que trabajan con personas mayores

Desarrollo de grupos de discusión con profesionales expertos/as, de 90 minutos de duración, orientada a obtener información sobre: Factores relacionados con soledad no deseada, Adecuación de recursos y responsabilidad, Medidas para combatir soledad, Experiencias desarrolladas, Acciones a desarrollar y Propuestas de futuro.

B3. Cuestionario dirigido a profesionales

El Cuestionario dirigido a profesionales ha constado de **42 preguntas abiertas y cerradas**

con un tiempo medio de dedicación de 20 minutos (se puede consultar el texto completo del Cuestionario y resultados del proceso de validación en Anexos).

Los **objetivos** del cuestionario son:

- Encontrar puntos en común o diferencias en la forma de entender la soledad no deseada entre las personas especialistas que trabajan con personas mayores.
- Conocer la visión de los agentes implicados (expertos/as, profesionales del sector, responsables de Centros de mayores) acerca de los factores definitorios de la experiencia de soledad, su visión sobre posibles soluciones y sobre los aspectos relevantes.
- Identificar los déficits que pudieran estar incidiendo en la ocurrencia de soledad no deseada.
- Conocer e identificar los recursos considerados más significativos y sus elementos de éxito.
- Analizar y describir los factores protectores y de riesgo y vulnerabilidad, personales y de contexto, en la evolución y pronóstico de la soledad no deseada y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.

La **población diana** ha sido profesionales expertos/as cuyo ámbito de trabajo guarda una relación directa con la gestión de políticas o la atención directa a las personas mayores,

desarrollen o no acciones específicas contra la soledad no deseada.

Los ítems empleados en el cuestionario se organizan en las siguientes categorías:

- 1. Perfil profesional.** Consta de preguntas orientadas a conocer características descriptivas de las personas participantes: edad, municipio o distrito de Madrid en el que trabaja, institución/organización, cargo, años de experiencia en trabajo con personas mayores y específicamente, en soledad no deseada.
- 2. Factores implicados en la experiencia de soledad.** Consta de 5 preguntas abiertas para identificar los factores más relevantes que pueden conducir a una persona a experimentar soledad no deseada, características de las personas vulnerables, factores de protección, consecuencias de la soledad no deseada y variables implicadas en la vivencia de la soledad.
- 3. Valoración de los recursos disponibles.** A través de 6 preguntas se recaba la opinión sobre la preocupación del fenómeno en su municipio, la existencia de programas específicos y su descripción, y el conocimiento de recursos existentes en la Comunidad de Madrid. Se solicita valoración sobre las estrategias en vigor, su adecuación, los agentes implicados y el trabajo en red, así como sobre la responsabilidad tanto de las instituciones como de la sociedad en general para combatir la soledad no deseada. Para la elaboración de los ítems de este bloque, se utilizó como referencia la tabla de recursos incluida en el Plan de Acción 2021-2023 del Ayuntamiento de Madrid.
- 4. Valoración acerca de medidas concretas concretas.** Consta de 6 preguntas con varias opciones de respuesta, en las que se solicita identificar las medidas y servicios considerados más relevantes relacionadas con: servicios, tecnología, valores, autonomía y accesibilidad; redes y participación.
- 5. Trato hacia las personas mayores.** Mediante 2 ítems se pregunta acerca de la percepción del trato que reciben las personas mayores desde los medios de comunicación y desde la sociedad en general.

- 6. Medidas para combatir la soledad no deseada y responsabilidad de los agentes implicados.** Preguntas dirigidas a conocer las 3 acciones que se consideran de mayor impacto para lograr una adecuada sensibilización, prevención, detección, intervención y coordinación, así como la responsabilidad de los agentes implicados en cada una de ellas. Incluye preguntas sobre la situación de personas que residen en sus domicilios y en residencias u otras instituciones. Se han tomado como base las principales escalas utilizadas para medir soledad, la Escala de soledad de UCLA - Universidad de California en los Ángeles (Russell et al., 1984), la ESTE (Rubio et al., 2009) y la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente – BRCS (Sinclair y Wallston, 2004).

B4. Cuestionario dirigido a personas mayores

Se diseñó y testó un cuestionario a cumplimentar por personas mayores de la Comunidad de Madrid, aunque se descartó su utilización por equipo conjunto de coordinación del Estudio al exigir, en algunos casos y para obtener información de un amplio perfil de personas mayores, la asistencia de una persona profesional de referencia para su cumplimentación. Puede consultarse en el Anexo el texto completo del cuestionario dirigido a personas mayores y el proceso de validación realizado.

B5. Grupo de discusión con personas mayores

Desarrollado con personas mayores vinculadas a servicios municipales o autonómicos, en torno al concepto y sentimiento de soledad, valoración de utilidad de las propuestas dirigidas a las personas mayores e identificación de ámbitos de necesidad no cubiertos.

C. Participantes en el Estudio

La muestra del Estudio está constituida por **235 personas**, de las cuales **27 son personas mayores de 65 años** y **208 son profesionales** que trabajan directamente con población mayor y algunas específicamente en programas y

servicios de soledad no deseada. El trabajo de campo tuvo lugar durante los meses de febrero, marzo y abril de 2022.

235 personas
27 personas mayores
208 profesionales

A. Entrevistas en profundidad a informantes clave FEBRERO-MARZO 2022

Se han realizado 11 entrevistas individuales y grupales, a 18 profesionales responsables de Programas o Servicios dirigidos a Personas Mayores de la administración pública, entidades sociales representativas o miembros de equipos de investigación, identificados y validados por el equipo de Coordinación del Estudio.

Tabla 1. Perfil de las personas participantes en las entrevistas a profesionales

Ámbito	Perfil profesional	Institución/Entidad
1. Administración pública	Equipo D.G. – Coordinación: 5 personas (Oficina Atención a la Ciudadanía, SG Plazas y Servicios, Centros, Prestaciones)	Comunidad de Madrid
2. Administración pública	Equipo D.G. – Dirección	Comunidad de Madrid
3. Administración pública	Responsable del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo	D.G. Mayores Ayuntamiento de Madrid
4. Universidad	Profesor Catedrático	Universidad Rey Juan Carlos
5. Tejido Social	Junta directiva	Asociación contra la Soledad No Deseada
6. Tejido social	Directora	Fundación Amigos de los Mayores
7. Tejido Social	Dirección y Coordinación de Programas de Salud y Personas Mayores	Cruz Roja
8. Tejido Social	Coordinadora Programa de Voluntariado. Responsable de Gestión de proyectos	Unión Democrática de Pensionistas UDP
9. Tejido Social	Junta Directiva	Asociación de Abuelos de España
10. Tejido Social	Junta Directiva	Fundación Pilares para la Autonomía Personal
11. Tejido Social	Coordinación e Intervención en Proyecto piloto SND	Federación Regional de Asociaciones de Vecinos

Fuente: Elaboración propia, Entrevistas a profesionales

11 entrevistas

18 profesionales

B. Grupo de discusión con profesionales

ABRIL 2022

Grupo de discusión con 8 profesionales de Centros, Proyectos y Servicios del Organismo Autónomo de Madrid Salud.

En el Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud tiene una larga experiencia en el abordaje de la soledad no deseada, a través de la atención que se presta en los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc). Otros servicios, como el Centro de prevención de deterioro cognitivo,



realizan una importante labor en la detección y derivación de casos de soledad.

Para la selección de profesionales, se indicaron los criterios a las personas con cargos de responsabilidad del Ayuntamiento de Madrid – Madrid Salud en materia de Soledad no Deseada: Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Programa de Envejecimiento Activo y Saludable, Servicio Vínculos del Proyecto de Soledad no deseada (gestionado por la Fundación ASISPA).

Se establecieron como criterios de selección de la muestra:

- Tamaño óptimo: 8 profesionales (máximo 10).
- Muestra heterogénea: en cuanto a disciplina formativa de origen, centro/servicio/proyecto en el que trabaja, distrito de Madrid en el que se ubica el servicio, sexo y edad.

El grupo de discusión con profesionales ha cumplido con los criterios establecidos, estando conformado por los siguientes perfiles.

1. Mujer. Trabajadora Social. Jefa de Servicio.
2. Mujer. Enfermera. Centro de prevención de deterioro cognitivo. Proyecto soledad no deseada.
3. Mujer. Psicóloga. Centro de prevención de deterioro cognitivo.
4. Hombre. Educador Social. Proyecto comunitario Soledad no deseada.
5. Mujer. Pedagoga. Proyecto comunitario Soledad no deseada.
6. Mujer. Médica. Gerente Programa de envejecimiento.
7. Mujer. Enfermera. Centro Municipal de Salud Comunitaria.
8. Mujer. Enfermera. Centro Municipal de Salud Comunitaria.

8 profesionales

Psicología, Trabajo Social, Pedagogía, Medicina,
Enfermería, Educación Social

C. Cuestionario para profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid MARZO 2022

182 cuestionarios cumplimentados por profesionales de 50 municipios de la Comunidad de Madrid.

El cuestionario fue enviado desde la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia a los Ayuntamientos de los 179 Municipios de la Comunidad de Madrid y a la Red de entidades, organizaciones e instituciones que forman parte de su base de datos (“Formulario de organizaciones y actividades contra la soledad no deseada de mayores”). Desde el equipo

de investigación se reforzó esta estrategia, facilitando el cuestionario a otros contactos profesionales con experiencia en atención a personas mayores y en soledad no deseada.

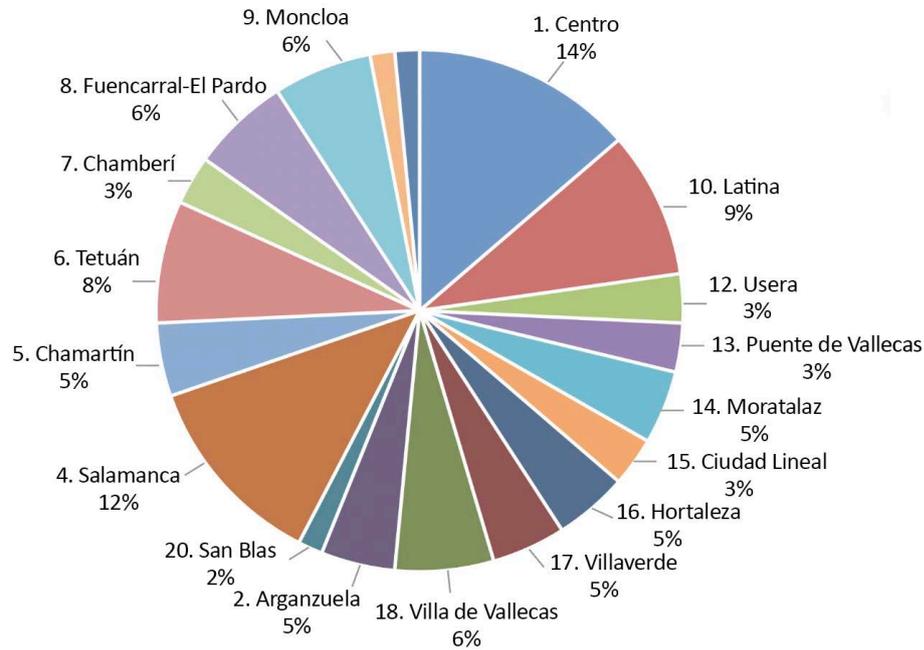
La mayoría de las y los profesionales que componen la muestra trabajan en la ciudad de Madrid (64 personas), seguidos de aquellos/as que lo hacen en Alcalá de Henares (12), Leganés y Tres Cantos (9 de cada municipio), y Boadilla del Monte, El Álamo y San Sebastián de los Reyes (con 5 participantes). La representación del resto de los municipios es de menos de 5 profesionales, ver tabla 2.

Tabla 2. Municipio de referencia

Alameda del Valle	1	Madrid	64
Alcalá de Henares	12	Majadahonda	3
Alcobendas	1	Meco	1
Alcorcón	2	Mejorada del Campo	1
Aldea del Fresno	1	Moralzarzal	2
Algete	1	Móstoles	1
Aranjuez	2	Paracuellos del Jarama	1
Arganda del Rey	1	Parla	3
Arroyomolinos	1	Pozuelo de Alarcón	3
Batres	1	Response	1
Berzosa del Lozoya	1	Rivas-Vaciamadrid	2
Boadilla del Monte	5	Rozas de Puerto Real	1
Cadalso de los Vidrios	1	San Fernando de Henares	2
Ciempozuelos	2	San Lorenzo del Escorial	4
Cobeña	1	San Sebastián de los Reyes	5
Collado Villalba	3	Soto del Real	1
Colmenar Viejo	4	Torrejón de Ardoz	1
Coslada	2	Torrelodones	3
Daganzo de Arriba	2	Torremocha de Jarama	1
El Álamo	5	Tres Cantos	9
El Escorial	2	Valdemoro	1
Fuenlabrada	2	Velilla de San Antonio	1
Fuente el Saz de Jarama	1	Villa del Prado	1
Galapagar	2	Villamanta	2
Las Rozas	2	Villanueva de la Cañada	1
Leganés	9		

Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

Figura 1. Distrito de la Ciudad de Madrid



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

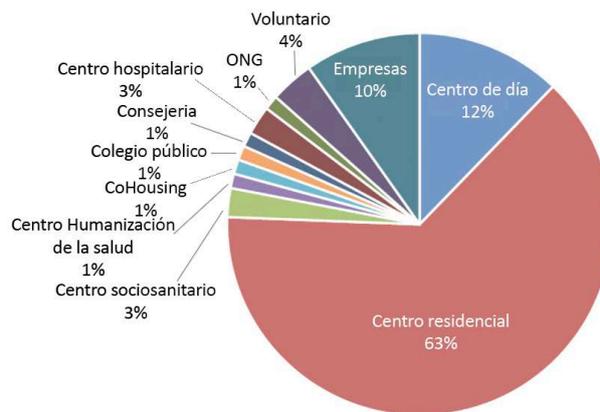
Los/as profesionales participantes han seleccionado la categoría de “Otros” en el tipo de entidad en la que trabajan (53% del total) y hace alusión, en su mayoría, al trabajo en centros de titularidad pública y gestión

indirecta. Vinculados a la administración pública, hay un 37% de profesionales. Trabajan mayoritariamente en Centros residenciales (63%), Centros de día (12%) o empresas (10%).

Figura 2. Tipo de entidad



Figura 3. Centro de trabajo



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

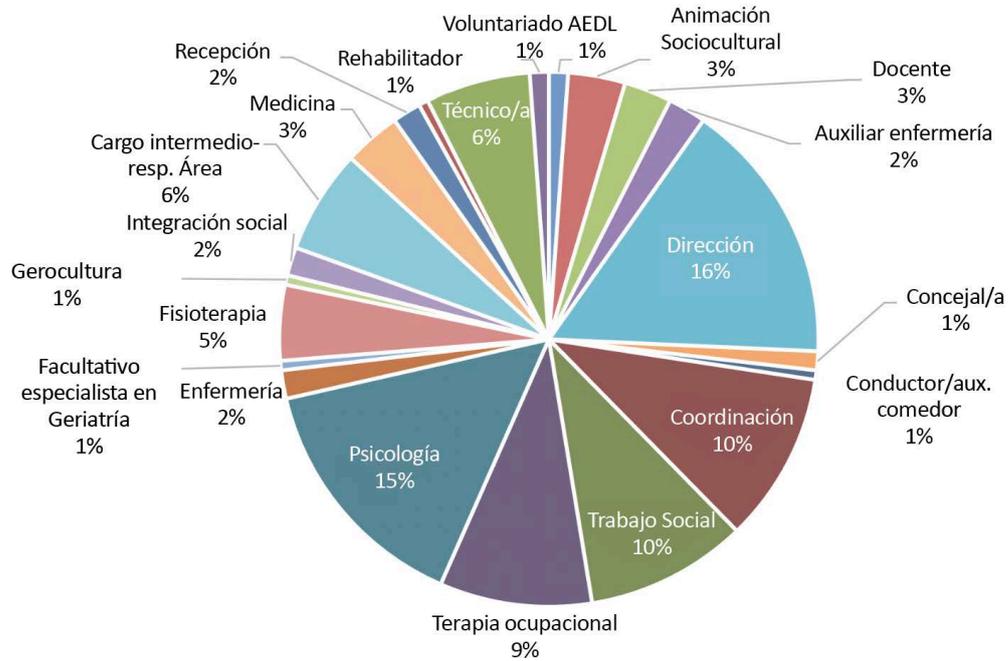
En relación con la disciplina de referencia y el cargo que ostentan, el gráfico muestra la heterogeneidad de los perfiles profesionales que

han participado, con funciones que van desde la Dirección o Coordinación, a responsabilidad operativa en proyectos o servicios, o bien en

labores de soporte y auxiliares. Más de la mitad de los y las profesionales tienen más de 10 años de experiencia en el trabajo con personas

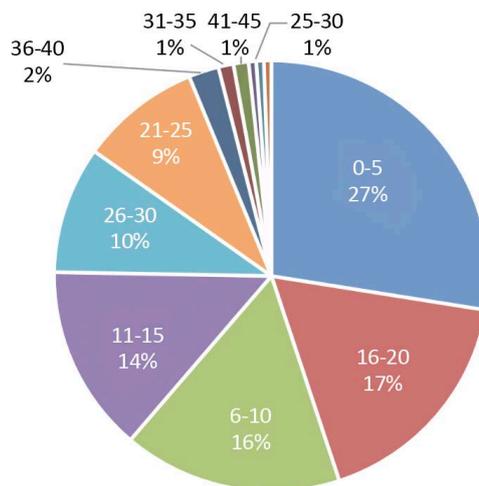
mayores, aunque destaca que un 27% cuenta con menos de 5 años de experiencia.

Figura 4. Cargo y perfil profesional



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

Figura 5. Años de experiencia en el trabajo con personas mayores y Soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

182 cuestionarios cumplimentados
5 cuestionarios incompletos

D. Grupos de discusión de personas mayores MARZO Y ABRIL 2022

Se han realizado 3 grupos de discusión, participando un total de 27 personas mayores.

Con la finalidad de conseguir una muestra lo más heterogénea posible se establecieron los siguientes criterios:

- Personas mayores que residen en sus domicilios y personas mayores institucionalizadas (que viven en residencias o pisos tutelados).
- Diversidad en edad, mayores de 65 años
- Ambos sexos.
- Residencia en la ciudad de Madrid (en diferentes distritos) y en otros municipios de la Comunidad.
- Tamaño óptimo: 8 personas (máximo 10).

El grupo de personas procedentes de la ciudad de Madrid fue convocado por Madrid Salud,

estableciéndose los criterios de selección según el procedimiento antes descrito.

El grupo de personas empadronadas en distintos municipios de la Comunidad de Madrid fue convocado por la D.G. de Atención al Mayor y a la Dependencia, a través de una invitación enviada por correo electrónico a las personas integrantes de su base de datos, conformada por personas mayores con interés en recibir información o participar en las diferentes actividades que oferta la Comunidad (talleres, excursiones, viajes, etc.).

El grupo de discusión con residentes en un piso tutelado fue también convocado por la D.G. de Atención al Mayor y a la Dependencia, eligiendo el situado en Torrejón de Ardoz, identificando los perfiles más idóneos para la participación con la directora del Centro, según los criterios ya expuestos.

Tabla 3. Perfil de las personas mayores participantes en los Grupos de discusión

COMUNIDAD DE MADRID	PISOS TUTELADOS	MADRID SALUD
MARZO 2022	ABRIL 2022	MARZO 2022
9 personas	8 personas	10 personas
1. Mujer, 73 años	1. Hombre, 71 años	1. Hombre, 69 años.
2. Mujer, 74 años	2. Hombre, 75 años	2. Mujer, 81 años.
3. Mujer, 71 años	3. Mujer, 78 años	3. Mujer, 71 años.
4. Mujer, 72 años	4. Mujer, 71 años	4. Mujer, 65 años.
5. Mujer, 70 años	5. Hombre, 83 años	5. Mujer, 78 años.
6. Mujer, 76 años	6. Hombre, 83 años	6. Mujer, 69 años.
7. Mujer, 66 años	7. Hombre, 73 años	7. Mujer, 74 años.
8. Mujer, 71 años	8. Mujer, 82 años	8. Mujer, 73 años.
9. Mujer, 68 años		9. Mujer, 70 años.
		10. Mujer. No consta edad

Fuente: Elaboración propia, Grupos de discusión con personas mayores residentes en la Comunidad de Madrid

Los tres grupos de discusión con personas mayores cumplen con los criterios de selección establecidos. Se destacan como características principales:

- Mayor representación de mujeres, el 77,7%, frente a un 22,3% de hombres, dato que es coherente y representativo de la realidad social de las personas mayores y, especialmente de

aquellas que tienen mayor participación y vínculo con programas y servicios (únicamente en el caso de los pisos tutelados hay mayor presencia de hombres).

- Edades comprendidas entre los 65 y los 83 años.
- Diversidad en los municipios y los distritos de la ciudad de Madrid en los que residen.

- El tamaño de los grupos es el idóneo.

La participación en el análisis cualitativo del **Estudio Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid**, ha sido:

11 entrevistas
5 grupos de discusión
182 cuestionarios

235 personas
27 personas mayores
208 profesionales

2. SOLEDAD NO DESEADA: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y FACTORES RELEVANTES

2.1. Soledad no deseada

Autores clásicos como Robert Weiss (1983) afirman que la soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar **a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica.**

La trayectoria vital es fundamental para conocer los niveles de soledad en un determinado momento, como señalan Aartsen y Jylhä (2011). Forma parte de un proceso y de la historia relacional de cada persona (Yanguas et al. 2018), de manera que lo que cada individuo ha ido experimentando a lo largo de la vida puede afectar a la probabilidad de sufrir soledad, a su grado de intensidad, duración y malestar.

Es importante resaltar esta idea para **evitar así el estigma hacia las personas mayores**, asociando **envejecimiento y soledad**. No obstante, las investigaciones indican que la **prevalencia** de

la soledad no deseada aumenta a partir de los 75 años, sintiéndose solas con más frecuencia que las personas con menos edad (Pinquart y Sörensen, 2001), debido a situaciones variadas que suelen ocurrir en esta etapa de la vida -y no tanto a la edad en sí-, que actúan como **eventos precipitantes.**

Tanto la literatura científica como los resultados del análisis cualitativo del Estudio señalan como **acontecimientos más relevantes** los siguientes: el fallecimiento de una persona significativa (con especial relevancia de la muerte del cónyuge), la asunción del rol de cuidador/a, la jubilación, la emancipación de hijos e hijas ("nido vacío"), la ruptura de una relación de pareja o de amistad, el traslado de barrio/vivienda, o una situación de dependencia por enfermedad física o psicológica.

Existen tantos tipos de soledades como personas que la padecen, pero en todas ellas, en su origen, se encuentran circunstancias en las que las redes sociales de relación, contacto y apoyo se ven reducidas como consecuencia de **pérdidas**. En concreto, pueden identificarse tres tipos de pérdidas o crisis, que se dan con más frecuencia en la vejez y **que se relacionan directamente con el sentimiento de soledad.**

Figura 6. Tipos de pérdidas o crisis relacionadas con el sentimiento de soledad



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, es importante destacar **variables que complejizan la comprensión y el estudio** de este fenómeno social:

- La variedad de enfoques teóricos y definiciones.
- Los diferentes tipos de soledades que existen, que pueden solaparse y experimentarse de forma simultánea en diversos momentos de la vida, con variabilidad en el grado de intensidad, duración y malestar subsecuente.
- La dificultad que manifiestan muchas personas para reconocer que se sienten solas debido al estigma asociado a la soledad, que afecta a su voluntad y capacidad para buscar ayuda, experimentando así un **sufrimiento silencioso**, un sentimiento de naturaleza personal y privado, que solo se puede detectar y actuar sobre él cuando se verbaliza.

A pesar de que no existe unanimidad en torno al concepto, la mayoría de las definiciones parten de un enfoque cognitivo, destacando que se

trata de un sentimiento que se produce ante la **discrepancia** entre las **relaciones sociales deseadas y las reales**, percibiendo quien lo sufre que sus necesidades sociales no están cubiertas por las relaciones interpersonales que mantiene, ni en cantidad ni en calidad, (Heinrich y Gullone, 2006; Lasgaard, 2010a; Lasgaard, 2010b; Peplau y Perlman, 1982; Tesch-Römer y Huxhold, 2019).

La percepción de **relaciones significativas e íntimas deficitarias o ausentes** provoca una experiencia subjetiva y desagradable (De Jong-Gierveld, 1987), que es única para cada persona. Implica la presencia de **afecto negativo** (Dykstra, 2009), como dolor emocional, sufrimiento, desesperanza, inseguridad, abandono, insatisfacción, sentimiento de vacío, pérdida del sentido de la vida y otros estados emocionales aversivos que van a tener importantes consecuencias en el bienestar y calidad de vida de quien la padece (Cacioppo et al., 2015; Sánchez, 2009).

Figura 7. Componentes de la Soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia

Para entender mejor la soledad no deseada es preciso diferenciar entre:

- **Estar/vivir sola** (puede ser una experiencia deseada, elegida y voluntaria) y sentirse sola (experiencia no deseada y ajena a la voluntad de la persona, Luanaigh y Lawlor, 2008).
- **Soledad** (experiencia subjetiva de insatisfacción con la cantidad y/o la calidad de las relaciones interpersonales que se mantienen) y **aislamiento** (situación objetiva de ausencia de relaciones sociales duraderas o de mínimos contactos con otras personas o redes comunitarias).

Esto explica que haya personas que viviendo solas no sientan soledad (por ejemplo, aquellas que viven solas como elección) y otras que sí la sienten, aunque no estén socialmente aisladas (por ejemplo, personas mayores que viven en residencias o aquellas que tienen familia y seres queridos a su alrededor). Esta última, en opinión de las personas expertas que han participado en el Estudio, es la más compleja de abordar.

"(...) la soledad física es sencilla de definir, estás solo, en tu casa y ya está. Lo que pasa es que no siempre esa soledad es consecuencia de que te veas solo de verdad, que no tengas familia, puedes tener familia, pero está ocupada, tiene sus obligaciones, van a verte una vez cada 15 días, una vez al mes (...). Y entonces llega un momento en que esa abuela o ese abuelo empieza a sentirse solo a pesar de que tenga mucha familia"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

Dentro de la Soledad no deseada, Robert Weiss a principios de los 80, diferenció conceptualmente por primera vez entre:

- **Soledad Social:** Por la pérdida de roles sociales (viudedad, jubilación, cambio de barrio, etc.) o por la ausencia o escasez de relaciones o por falta de sentimiento de pertenencia a la comunidad. La falta de una red social amplia podría conducir al aislamiento social.

"Hay un peso muy importante en la parte social del sentimiento (...) yo siempre pongo como ejemplo el cambio de trabajo, a un espacio nuevo, a un grupo

nuevo y tal, y en ese grupo nos sentimos excluidos, ¿no? pues tampoco te permite movilizar los recursos, o sea, que no sólo depende de ti, depende mucho del entorno en el que estás"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **Soledad emocional:** Respuesta subjetiva a la falta de una figura generalizada de apego. Carencia del vínculo con otra persona que proporciona una relación íntima y apoyo social, emocional y ayuda mutua en caso de necesidad, como la ofrecida por la pareja, la persona confidente o de plena confianza, por ejemplo. Conduce a una insatisfacción con las relaciones sociales que se tienen y a sentimientos de vacío, falta de sentido vital, abandono, desesperanza e inseguridad (descrita también por Olawa e Idemudia, 2019).

Años más tarde, autores como Cacioppo et al. (2015) definieron la **soledad colectiva**, que aparece cuando nos sentimos socialmente poco valorados por la comunidad en general. Las personas mayores pueden considerarse poco útiles, valiosas y una carga para la sociedad y las familias, lo que las puede conducir a evitar situaciones sociales no satisfactorias, disminuyendo el número de redes y contactos. Este tipo de soledad afecta principalmente a los hombres.

"También puedes estar en mitad de una familia y sentirte solo, porque cuando tú estás en familia y dices cualquier cosa: "no abuelo, eso es de tus tiempos". A la tercera vez que te dicen: "oye no, eso no es de ahora, eso es de...", es que tú no entiendes esto de ahora", tú te callas, tú te quedas callado. En esa reunión rodeado de familia y te sientes absolutamente solo"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

Y es al final del día cuando este sentimiento se agudiza, en opinión de las personas que han participado en el Estudio, habiendo transcurredo la jornada sin elementos reseñables que destacar y anticipando un nuevo día idéntico al anterior.

"(...) a las 7 de la tarde o a las 8 de la tarde () su único pensamiento son las peli-culitas pequeñas que ponen en la televisión () no hay nada más en el mundo, no hay nada en la televisión que le guste y tiene 13 canales o 15 () a partir de un determinado momento no hay más en lo que pensar"

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Otro factor tenido en cuenta para establecer una clasificación de los distintos tipos de soledades es la **duración**, que hace referencia a la frecuencia con la que alguien experimenta sentimientos de soledad. Autores como [Young \(1982\)](#) diferencian entre tres tipos de soledad:

- **Soledad pasajera:** Es la forma más habitual, se caracteriza por episodios cortos y ocasionales de sentimientos de soledad y, para la mayoría de las personas que la experimentan, carece de importancia ([Russell et al., 1984](#)).

- **Soledad situacional:** Surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y la persona lo supera en el momento en que acepta la pérdida.
- **Soledad crónica:** Es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias, y tiene una duración de dos o más años.

Relacionado con el factor "duración", es posible encontrar diferentes grados e intensidades, habiendo personas que experimentan un **sentimiento leve o transitorio** de soledad, mientras que para otras la soledad es un sentimiento **presente de manera continuada**, que tiene importantes efectos sobre su bienestar y calidad de vida. Se considera que las personas con niveles más elevados y duraderos de soledad están más preocupadas acerca de cómo y quién garantizará el apoyo que requieren.

Cualquier persona puede experimentar soledad no deseada a lo largo de su vida, aunque es más prevalente en personas mayores de 75 años.

Es una experiencia subjetiva y desagradable, que afecta al bienestar y a la calidad de vida de las personas que la sufren.

Está asociada a pérdidas o crisis (de identidad, de autonomía, de pertenencia), que suelen ocurrir de forma más frecuente a partir de los 65 años (fallecimiento de seres queridos, cambios en las capacidades funcionales o sensoriales, modificación del rol profesional, cambios sociales).

En la soledad no deseada subyace la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales.

2.2. Factores protectores, de riesgo y vulnerabilidad. Impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores

En el Estudio se ha hecho una extensa revisión de la literatura científica existente sobre los **factores de protección y de riesgo** asociados a la soledad

no deseada en las personas mayores, que han de ser tenidos en cuenta en la **identificación de perfiles poblacionales prioritarios** y en el **diseño de las intervenciones**, de forma que sean eficaces para paliar la soledad.

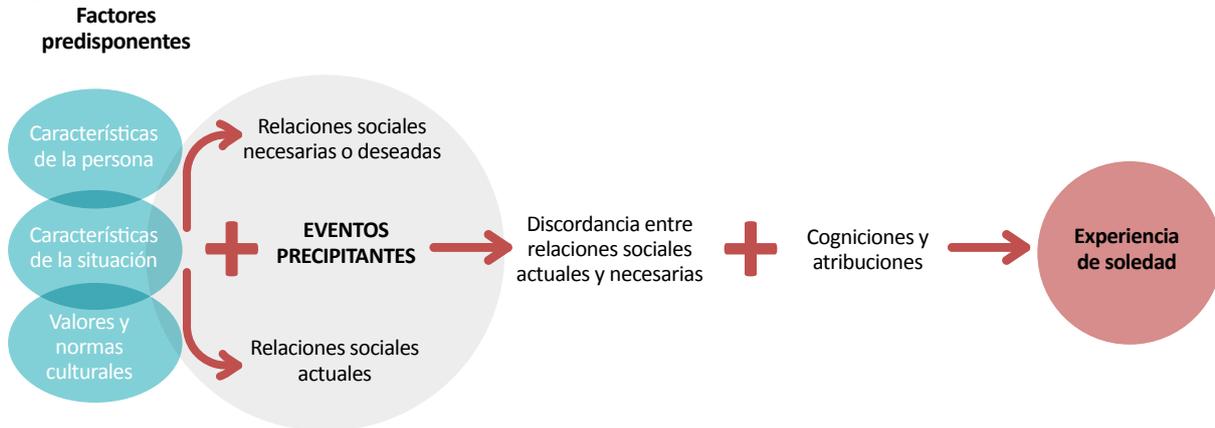
Se parte del Modelo de Soledad de [Perlman y Peplau \(1984\)](#), en el que la experiencia de soledad surge de una combinación de factores



predisponentes, tanto internos (personales, físicos, psicológicos) como externos (ambiente físico y social), que no afectan a todas las personas de la misma manera, presentándose

gran variabilidad en su incidencia. De ahí que **las respuestas eficaces no pueden ser genéricas, globales o indiferenciadas.**

Figura 8. Modelo de las causas de la soledad



Fuente: Adaptado de Perlman y Peplau (1984)

Se muestran en la Figura 9 los factores de riesgo sobre los que existe un amplio consenso entre expertos/as del mundo académico y aquellos/as vinculados a la práctica y la intervención directa con las personas mayores, incluyendo a

los y las profesionales que han participado en el Estudio. La identificación de estos factores permite caracterizar personas con **potencial vulnerabilidad a sufrir soledad no deseada.**

Figura 9. Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la soledad no deseada

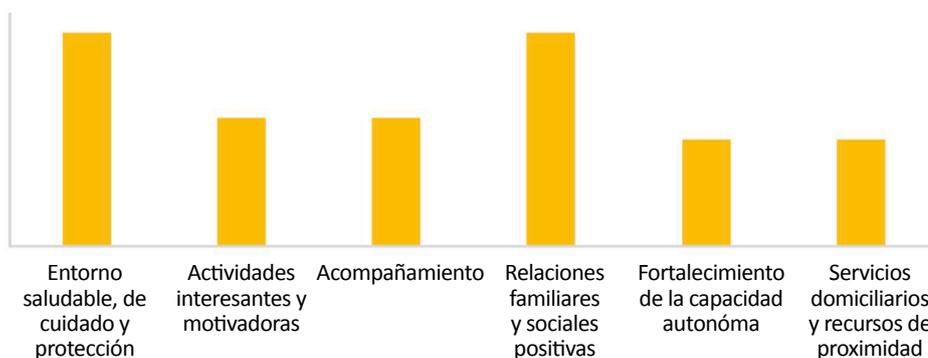


Fuente: Elaboración propia

Se presentan también de manera gráfica las **variables protectoras** que han sido destacadas como las más relevantes por las y los profesionales de los municipios de la

Comunidad de Madrid que han participado en el cuestionario. El **entorno positivo, las relaciones satisfactorias y la capacidad autónoma**, son elementos que favorecen la protección.

Figura 10. Factores protectores de la soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

2.2.1. Factores de protección y riesgo

A. Factores Sociodemográficos

Las principales variables sociodemográficas que contribuyen a identificar a las **personas potencialmente más vulnerables** al sentimiento de

soledad no deseada (Pinazo y Bellagarde, 2018) son: género, edad, estatus socioeconómico y educativo, vivir solo/a o en hogares institucionalizados, no tener pareja (especialmente ser viuda) y el ámbito territorial de residencia. Así, se puede hablar de **una mayor vulnerabilidad** según las siguientes características:

Ser Mujer

Aunque los estudios concluyen que existen diferencias en soledad en función del sexo, los resultados son contradictorios. La mayoría apuntan a una **mayor incidencia de soledad en las mujeres**, como la investigación realizada en la ciudad de Madrid en 2017 (Hernán y Rodríguez), que muestra índices de soledad más elevados en mujeres mayores (11,52%) que en hombres mayores (6,2%).

Esta mayor vulnerabilidad en mujeres mayores puede asociarse al proceso de socialización diferenciada, que asigna un reparto de tareas desigual, mayores dificultades de acceso a la educación y trabajos peor remunerados en las mujeres (Beal, 2006).

Otras investigaciones, sin embargo, señalan una **mayor fragilidad** en los hombres mayores, asociada a la necesidad de un mayor apoyo instrumental, a una mayor dificultad para amoldarse al vacío del hogar cuando se produce la pérdida de su cónyuge o al hecho de contar con una red de apoyo social más reducida y de menor calidad que las mujeres (soledad social según el estudio de Yanguas, 2018). Actualmente se están realizando investigaciones (entre otras la de la Universidad de Granada, dirigida por López Doblas) que analizan las diferencias entre mujeres y hombres ante la soledad no deseada.

El análisis cualitativo de las respuestas de los/as profesionales que han participado en el Estudio, muestra que ser mujer se considera un factor de gran vulnerabilidad para experimentar soledad no deseada, asociado a tener una mayor esperanza de vida, mayor porcentaje de fallecimientos del cónyuge varón y mayor probabilidad de ejercer como cuidadoras de larga duración. Además, se incluye como factor de riesgo añadido ser víctimas de violencia machista o sufrir otros tipos de violencia, que afecta de forma diferencial a las mujeres.

Mayor edad

La relación entre la edad y la soledad no está clara, encontrando resultados contradictorios (Dahlberg et al., 2018) y no en todas las investigaciones se constata una mayor presencia de soledad no deseada en personas mayores. Algunos, de hecho, encuentran una curva en forma de U que relaciona la soledad con personas jóvenes y mayores de forma similar (Pyle y Evans, 2018).

No obstante, como ya se ha citado, existe literatura científica que sugiere que **la soledad tiende a incrementarse a partir de los 75 años** (Pinquart y Sörensen, 2001), debido a las pérdidas o crisis que suelen ocurrir en esa etapa de la vida.

Es esta misma línea, el estudio de Yanguas et al. (2018), con una encuesta a 1.688 personas mayores de 20 años en Terrassa, Tortosa, Girona, Tàrrrega, Santa Coloma de Gramenet, Palma, Logroño y Jerez de la Frontera, evidenció que la soledad aparecía a cualquier edad, pero que el **riesgo se incrementaba enormemente con la edad**, especialmente en el grupo de 65 a 79 años, y **con gran intensidad en las personas mayores de 80 años**.

Las personas entrevistadas describen en estos mismos términos la edad como factor de vulnerabilidad, al entender que es más probable que haya pérdidas, citando como las más relevantes la de los amigos y/o la pareja, de salud (enfermedades crónicas), cambios de residencia y de entorno, etc.

"En un espectro amplio y desde un punto de vista generalizado, cumplir años puede resultar un factor que predisponga a la pérdida de relaciones personales: fallecimiento de cónyuge, amistades, cambios de domicilio por acercamiento a residencia de hijos/as, ingreso en centros residenciales, etc."

(E5.S7. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Bajo nivel educativo y socioeconómico

Las personas mayores con un bajo nivel educativo y de renta baja, son más vulnerables a causa de las dificultades para afrontar el día a día. Se agrava la angustia ante la incertidumbre de poder hacer frente a los gastos básicos necesarios (luz, agua, comida, etc.), se limitan las opciones de ocio y cuidado, y la comprensión y entendimiento de las nuevas formas de interacción con el entorno, como el acceso a determinados servicios, por la brecha digital, por ejemplo.

"La escasez de recursos lleva aparejada pues probablemente una vivienda que no reúna las suficientes condiciones, te haces mayor pero ya no hay ascensor, la falta de recursos económicos probablemente te impidan tener a una persona que te haga compañía, que te cuide, la falta de recursos es como si te pusieran una barrera muy alta que no pudieras saltar porque ya no puedes, te la han puesto demasiado alta"

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Expertos como Domènech-Abella et al. (2017), recomiendan hacer intervenciones dirigidas a los grupos de personas mayores que presenten un estatus socioeconómico bajo y a aquellos que residan en barrios o zonas con un bajo nivel de capital social, considerándolas prioritarias y efectivas para reducir la prevalencia de la soledad.

En la misma línea, Victor y Pikhartova (2020) concluyen en su investigación que la soledad en las personas mayores es mayor en las áreas más desfavorecidas, independientemente de los factores que operan a nivel individual.

En el estudio ya citado realizado en la ciudad de Madrid, se observa una mayor prevalencia de soledad no deseada en personas con estudios primarios, especialmente si se trata de mujeres, desempleadas, pensionistas y con bajos ingresos.

Vivir solo/a o en hogares institucionalizados y ser viuda y separada/divorciada

Aunque estar solo/a no es sinónimo de sentirse solo/a (Smith et al., 2019), existe un gran acervo científico de evidencias sobre la asociación entre la **presencia de sentimientos de soledad y el hecho de vivir solo/a**.

"() las personas que viven solas sí se sienten en más situación de soledad, por lo menos todos nuestros estudios así lo dicen"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Esa situación es **más común entre las mujeres** que entre los varones, sobre todo en el grupo de 85 años o más. Al ser más longevas que los hombres, las mujeres tienen más probabilidad de vivir solas y de que esta condición dure más tiempo que en los casos de los varones que se quedan solos.

Se ha observado que las personas que viven en pareja se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad frente a las que están viudas, solteras o separadas (Ferreira-Alves et al., 2014). Se puede intuir, por tanto, que la **soledad emocional** es un componente importante de este sentimiento.

Entre las personas que no tienen pareja, las solteras suelen informar de niveles más bajos de soledad que las viudas o las divorciadas/separadas. La viudedad ha sido frecuentemente asociada con un mayor riesgo, sobre todo cuando la pérdida de la pareja ha sido reciente.

En el estudio realizado en la ciudad de Madrid (2017) se confirma que las personas que viven solas muestran mayor soledad, en concreto un 22% en comparación con el 7,8% de soledad expresado por aquellas que viven acompañadas.

Por otro lado, en el caso de personas mayores que residen en centros institucionalizados de cuidados a largo plazo, una revisión realizada recientemente estima que un 35% de las personas están solas (Gardiner et al., 2020). En concreto, hablando de **soledad emocional**, el estudio realizado por la Fundación La Caixa en 2018 (Yanguas, s.f.) refleja que en el ámbito residencial ésta se duplica o casi cuadruplica en comparación con el ámbito comunitario, encontrándose un porcentaje que oscila entre el 22 %y el 42%.

"No solamente tenemos que hablar de las personas que están solas en su domicilio, sino también de las personas que están ya con una prestación, un servicio como es el de atención residencial, parece que los familiares les hemos o les han aparcado ahí () también tienen mucha soledad en la residencia..."

(G2.S4. Profesionales DG)

Vivir en ámbito rural o urbano

Las diferencias en cuanto al lugar de residencia habitual están ligadas al entorno, los servicios, los recursos existentes y la red social. La **despoblación y la falta de servicios** son los principales factores que pueden relacionarse con mayor vulnerabilidad en las personas mayores que viven en el ámbito rural. Sin embargo, las relaciones y **vínculos sociales suelen ser más fuertes y consolidadas**.

"En el rural es más fácil que estés pendiente de si has visto o has dejado de ver a alguien, si la ventana de casa está abierta o no está abierta o subida la persiana. Eso es algo que, aunque no tengas una relación muy directa con el vecino, cuando tú ves que algo es distinto a lo habitual sí que te saltan las alarmas y las alertas de qué está ocurriendo en ese momento. Esa relación es una relación como de una especie de voluntariado informal ()"

(E1.S2. Profesional, entidad social)

El informe Las personas mayores en España, publicado por el IMSERSO en 2016, indica que la exclusión social afecta, de forma especial, a las personas mayores de 65 años que viven en el medio rural, y está determinada por las desigualdades que se manifiestan en el acceso a determinados servicios, la distribución de los ingresos, la participación política y comunitaria y las redes sociales y familiares.

Por su parte, la vida en el ámbito urbano favorece el acceso a una mayor cantidad de recursos a todos los niveles, pero las personas que residen en este contexto son más vulnerables al contar con menos apoyo comunitario y social, puesto que las relaciones suelen ser menos estrechas (por ejemplo, menor interacción con los vecinos y vecinas). Esto parece que se ha visto especialmente reflejado en la pandemia.

"(...) hemos visto durante la pandemia, por ejemplo, que en las ciudades pese a haber más recursos, pese a haber más servicios, las personas mayores también han pasado mucho tiempo solas, porque lo han pasado aisladas en casa y a lo mejor precisamente la gente de las zonas rurales lo han pasado un poquito mejor porque sí que es verdad que entre vecinos hay mucha más relación"

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Asimismo, las personas mayores que viven en áreas urbanas y que tienen menor nivel socioeconómico son más vulnerables a sufrir desarraigo de sus redes de apoyo social de toda su vida, si se cambian de barrio o se trasladan a una residencia para que cuenten con los recursos de cuidados que necesitan.

"() y luego también mucho influyen la situación socioeconómica, al final lo que se ha visto es que la gente que tiene una situación económica mejor también puede tener cuidadores en casa, de forma que no pierden su entorno, no pierden su red de apoyo y, sin embargo, cuando la situación económica es un poquito más complicada o bastante más complicada tienen que hacer los desplazamientos a residencias, perdiendo toda la red de apoyo o incluso no pueden permitirse esos cuidados y se van aislando cada vez más"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Hay otras variables vinculadas al perfil sociodemográfico y también a los factores sociales que, a pesar de no haber sido estudiadas en profundidad, parecen guardar relación con la soledad y han sido citadas por los y las profesionales participantes en el Estudio, tanto en los cuestionarios como en las entrevistas:

- **Número de hijos/as.** Se ha encontrado relación entre tener pocos hijos/as o no

tenerlos con la soledad, que podría explicarse por la limitación (o inexistencia) de contactos familiares significativos y relevantes. El modelo de causalidad de [Jong-Gierveld \(1987\)](#) identifica esta variable dentro de los factores sociodemográficos.

- **Familias pequeñas o distanciadas geográficamente.** Al igual que en el caso anterior, esta situación limita la posibilidad de ayuda en caso

de tener que enfrentarse a dificultades (Parlapani et al., 2020; van Tilburg et al., in press; Wong et al., 2020).

B. Factores psicológicos y características de personalidad

No se conoce con certeza si determinados rasgos de personalidad -como ser introvertida, desconfiada o tener menor capacidad para superar las adversidades- actúan como factores predisponentes de la soledad no deseada (Perlman y Peplau, 1981) o si, por el contrario, las personas que se sienten solas acentúan determinados rasgos de personalidad. Incluso hay investigaciones (Heinrich y Gullone, 2006; Pinguart y Sörensen, 2001) que no encuentran ninguna relación de causalidad entre los factores de personalidad y la soledad no deseada. Futuros estudios longitudinales deberán tratar de responder esta pregunta.

Lo que sí se sabe es que la **resiliencia** aparece en la literatura científica como una de las variables más relevantes para amortiguar los efectos de la soledad. Representa la presencia de recursos inter e intrapersonales que permiten a las personas adaptarse bien a la soledad influyendo, por tanto, en una mejor salud física y psicológica en la etapa de la vejez. Protege, e incluso media, la relación entre la soledad y la salud en personas mayores (Gerino et al., 2017; Zhao et al., 2017; Perron et al., 2014; Pakdaman et al., 2016).

Desde la perspectiva psicológica, **la autoestima y la autoeficacia**, entendidas como la confianza y creencia que la persona tiene sobre cómo llevar a cabo una actividad (incluyendo la autoconfianza por la superación de los elementos o barreras) se contemplan como **predictores de soledad no deseada** en algunos estudios (Planas, 2017).

Baja autoestima, autoeficacia y estilo atribucional

Sentirse solo/a se asocia a la **baja autoestima y a un limitado uso de mecanismos de afrontamiento activos** (Cacioppo et al., 2002; Zhao et al., 2017), mientras que **creer en la capacidad para tener éxito y cambiar situaciones es un factor protector** (Cohen-Mansfield et al., 2016). Algunos estudios muestran que las creencias de autoeficacia tienen un poder predictivo en la soledad no deseada más potente que las características sociodemográficas, el apoyo social y la salud de las personas mayores (Fry y Debats, 2002).

Estas variables se relacionan con los **estilos atribucionales**, es decir, con cómo las personas se explican los eventos vitales a sí mismos (Anderson et al., 1983). Así, la forma en la que las personas **entiendan las causas de la soledad** puede tener un efecto importante sobre su autoestima, expectativas hacia el futuro, reacciones emocionales y estilo de afrontamiento.

Uno de los modelos más útiles sobre atribuciones causales (Weiner, 1985) sugiere que las personas tendemos a explicar las situaciones utilizando tres dimensiones clave, si la causa tiene que ver con **factores internos o externos**, si la **causa es estable o variable** a lo largo del tiempo y **si puede o no ser controlable**.

Si alguien atribuye la causa de la soledad a factores internos es probable que tenga un impacto sobre su autoestima, apareciendo culpa y una menor autovaloración o incluso vergüenza. Si la causa es percibida como estable, es posible que no se actúe para modificarla. Además, si se percibe que la soledad es debida a causas estables y no modificables, es probable que pueda anticiparse una **soledad prolongada o crónica**, lo cual puede conducir a desmotivación y resignación frente a la situación de soledad no deseada.

Por otro lado, aunque la soledad no es un trastorno en sí misma, se ha encontrado **relación con**

problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad social (Martínez et al., 2019).



Depresión y Ansiedad

La relación entre la **depresión y la soledad es recíproca** y, aunque no se conoce cuál de las dos actúa como precursora, aliviando una se podría disminuir la otra.

"Fundamentalmente cuando se está sola, por lo menos en mi caso, yo cuando me he sentido sola es porque tenía una depresión tremenda"

(G4. Personas mayores Madrid Salud)

En algunas personas mayores, la depresión se acompaña de amplios déficits en el funcionamiento social y el bienestar, incluyendo niveles elevados de soledad, bajo apoyo y pocas relaciones sociales (Barger et al., 2014; Domènech-Abella et al., 2017). Otros estudios encuentran que la depresión asociada con elevados niveles de soledad no está relacionada con el tamaño de la red social, el nivel de apoyo social o factores individuales tales como rasgos de personalidad y función cognitiva (Domènech-Abella et al., 2017; Evans et al., 2018; Peerenboom et al., 2015).

La soledad podría contener **sesgos cognitivos** relacionados con la depresión por los que las interacciones sociales serían valoradas como más negativas o experimentadas como menos recompensadas (Burholt y Scharf, 2014; Lewis et al., 2017).

En relación con la ansiedad, estudios longitudinales sugieren que la **ansiedad social** es un factor de riesgo particularmente importante para la soledad (Lim et al., 2016). Este es un tipo de ansiedad caracterizada por miedo ante una o varias situaciones sociales (o ante todas ellas), incluyendo conocer nueva gente o interactuar con otras personas en situaciones cotidianas. Va más allá de la timidez, con frecuencia aparece en la etapa de la edad adulta temprana y puede derivar en miedo y evitación ante situaciones sociales de forma persistente.

Las personas mayores con trastorno de **ansiedad generalizada** podrían también ser vulnerables a niveles elevados de soledad, incluso con contactos sociales equivalentes a aquellos sin ansiedad (Evans et al., 2018).

Otras variables que indican una salud mental pobre y que se asocian con unos niveles más altos de soledad son el **estrés** o la **baja satisfacción vital** (Cohen-Mansfield et al., 2016). En re-

lación con esta última, algunas investigaciones han detectado diferencias en la satisfacción con la vida en función de variables sociodemográficas y socioculturales.

Baja satisfacción vital

En un estudio con muestra de personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et al., 2001), los grupos que informaron estar menos satisfechos con sus vidas eran las **mujeres, las personas mayores de 69 años**, aquellas que estaban **viudas o separadas**, y las que tenían **niveles más bajos de estudios y de ingresos**.

Otro estudio realizado por Pinto y Neri (2013) encontró que las variables que se asociaban con bajos niveles de satisfacción eran: tener **tres o más enfermedades crónicas**, tener **problemas de memoria**, **incontinencia urinaria y deterioro funcional**. Además, el hecho de tener una **escasa participación en actividades sociales**, tales como hacer o recibir visitas, ir a la iglesia o participar en grupos sociales de la comunidad, también se asociaba significativamente con niveles más bajos de satisfacción con la vida.

La misma investigación halló que las personas que tenían pareja o un hijo cercano puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida, mientras que **vivir solo** se asociaba con una menor satisfacción.

También existen algunos estudios longitudinales que relacionan **eventos negativos del pasado**, como los traumas emocionales, con mayores sentimientos de soledad. Entender la influencia

de las experiencias vitales tempranas en las relaciones con los otros **permite definir estrategias preventivas**.



Experiencias vitales tempranas adversas

Por ejemplo, la investigación realizada por [Nicolaisen y Thorsen \(2014\)](#) explora el impacto de experiencias tempranas y la probabilidad de la soledad en la vejez.

Eventos adversos en la infancia como conflictos entre los padres, sufrir acoso o tener problemas económicos en la familia, podrían conducir a que las personas se sientan menos resilientes, más inseguras y con mayor probabilidad de estar solas en la etapa adulta o en la vejez.

C. Factores de salud y autonomía personal

Según estudios de ámbito internacional, los factores de riesgo más relevantes asociados a la salud que han de ser tenidos en cuenta para la identificación de personas en situaciones

de vulnerabilidad son los siguientes: **salud autopercibida**, **declive funcional** o **pérdida de autonomía personal**, dificultades de **movilidad** y deterioro de las **capacidades sensoriales**. A mayor comorbilidad, mayores niveles de soledad no deseada.

Salud percibida

Es una de las variables que más se ha relacionado con la soledad. Así, las personas que **perciben su salud como pobre se sienten más solas y presentan peor calidad de vida**. Estos resultados se muestran en el estudio realizado en la ciudad de Madrid, indicando que el 58,1% de las personas que se sienten solas creen que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas.

Relacionado con la salud percibida, se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de **enfermedades crónicas**: el 48% de las personas que se sienten solas presentan alguna enfermedad crónica en comparación con un 32,8% de aquellas que no se sienten solas.

"Los problemas de salud se alargan más en el tiempo. A nivel psicológico si uno no está positivo, no está en buenas condiciones, todo va más lento"

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Cuando en dicho estudio se analiza la prevalencia de los diferentes tipos de enfermedades, se aprecia que las personas que se sienten solas puntúan significativamente más alto en todas las enfermedades por las que son preguntadas, sin embargo, solo se encuentran diferencias significativas respecto a las personas que no se sienten solas en las siguientes: hipertensión (31,5%), artrosis, artritis o reumatismo (38,6%), dolor de espalda crónico (37,2%) y migraña o dolor de cabeza frecuente (22,5%).

Algunas investigaciones de ámbito internacional asocian otras condiciones crónicas comunes a la disminución de la actividad física y social y, por tanto, al incremento del riesgo de aislamiento y soledad, como la presencia de EPOC (Castelino et al., 2018), daño cardíaco grave ([Leeming et al., 2014](#)), dolor crónico ([Blyth y Noguchi, 2017](#)), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o cáncer ([Andreadou et al., 2011](#); [Benito-León et al., 2009](#); Buhse, 2015; [Deckx et al., 2014](#); Newman et al., 2016).

Por otro lado, en relación con los **trastornos psicológicos**, el estudio realizado en Madrid señala como especialmente llamativas las diferencias en: depresión (31,1% frente a un 2,9% en personas no solas) y ansiedad (34,5% en comparación con un 7,6%). Íntimamente relacionado con la alta prevalencia de problemas de salud mental en las personas que se sienten solas, se observan grandes diferencias en el **consumo de sedantes y psicofármacos** (31,2% ante un 10,5%).

"¿Tú cuántas quieres? Acabo de venir de la farmacia con una bolsa así. Te doy de lo que quieras"

(G1.S2. Personas mayores piso tutelado)

Declive funcional, pérdida de autonomía personal y dificultades de movilidad

Un estatus funcional pobre se relaciona con mayor soledad, y una alta competencia funcional para las actividades de la vida diaria se asocia con menor soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).

El deterioro físico o las enfermedades o lesiones físicas que **afectan a la autonomía** de la persona, entre otras a su **movilidad**, unido al diseño de espacios que no garantizan la **accesibilidad** en muchos casos, pueden dificultar que la persona mayor pueda salir a la calle e interactúe con las personas del entorno, incrementando el aislamiento y sentimiento de soledad.

Relacionado con estas variables hay que hacer referencia a la relación entre la **fragilidad, el aislamiento social y el miedo a las caídas en personas mayores**. Las personas mayores que restringen sus actividades o evitan dejar su casa por miedo a caerse podrían ver incrementado el riesgo de sentirse solas (Finch et al., 2014; Parry et al., 2016). Este miedo influye en un mayor riesgo de caídas, una peor salud mental y aislamiento social (Kumar et al., 2014).

Y, mientras que sí parece que se realiza un abordaje de la salud física, no se presta la suficiente atención a **las consecuencias sociales** pudiendo, incluso, alargar o dificultar la problemática inicial:

"Los problemas de salud es lo que aísla más, es decir, una persona que es autónoma y puede salir a la calle, tiene más capacidad de socializar (...). Una rotura de cadera, por ejemplo, una rotura de rodilla que es muy común en las personas mayores, cuando se quedan en casa es cuando empiezan a aislarse, porque la familia sí que a lo mejor está para darles la atención, o los servicios sociales a través de la ayuda a domicilio. Sí que la atención de los problemas físicos está siempre cubierta, pero a nivel social es donde empiezan los problemas porque si tú no socializas, no hablas con tus vecinos, con tus amistades, al final pierdes esa parte que es la que también te hace a ti (...). muchas veces esas enfermedades se alargan mucho más en el tiempo por esa soledad que les aumenta, al no poder comunicarse o al no poder salir a la calle"

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Deterioro de las capacidades sensoriales

La **pérdida auditiva** contribuye tanto al aislamiento social como a la soledad (Davis et al., 2016; Mick et al., 2014; Ramage-Morin, 2016; Strawbridge et al., 2000; Wallhagen et al., 1996), particularmente entre personas que no utilizan audífonos (Mick y Pichora-Fuller, 2016; Pronk et al., 2011). Está relacionada con mayores dificultades de comunicación (Palmer et al., 2016) y con tener menos interés por involucrarse en interacciones sociales. Vivir en zonas donde el acceso a profesionales relacionados con la audición es limitado, como en las áreas rurales, puede conducir a un mayor aislamiento (Hay-McCutcheon et al., 2018).

Del mismo modo, la **limitación visual** se asocia con la soledad y podría ser moderada por la autoeficacia, lo que hace que sea ésta sea un punto clave para la intervención (Alma et al., 2011).

"Entonces lógicamente son vulnerables en tanto en cuanto hay enfermedades que crean servidumbres, por ejemplo, dificultad para caminar, auditivas, visuales (...)"

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Por último, las y los profesionales que han cumplimentado el cuestionario y las que han participado en los grupos de discusión, han resaltado como un importante factor de riesgo

el **deterioro cognitivo**. La relación entre el deterioro cognitivo y la soledad es bidireccional, como explica una de las profesionales: *"la soledad no deseada es un factor de riesgo super*



importante para provocar el deterioro cognitivo y viceversa, es decir, la relación es bidireccional, y están íntimamente ligadas”.

Las personas con deterioro cognitivo se sienten más solas como resultado de la **vergüenza y el estigma** o debido a déficits asociados en comunicación, por capacidades funcionales limitadas o por dificultades en la movilidad. Del mismo modo, las personas que están solas participan menos a nivel social y, por tanto, están expuestas a menor estimulación cognitiva y sensorial.

Existen pocos estudios que analicen la relación entre la soledad y el deterioro cognitivo, aunque se ha encontrado que las personas mayores que lo sufren tienden a sentirse más solas (Holmén et al., 2000) y expresan miedo a la soledad (Cahill y Díaz-Ponce, 2011). Con un incremento del deterioro cognitivo, las personas con frecuencia se **desligan de los grupos comunitarios y disminuyen sus vínculos sociales** al igual que experimentan otras pérdidas funcionales en otros aspectos de su vida diaria (Morris, 1993).

Los/as cuidadores/as de las personas con demencia, son también un perfil de riesgo, ya que las investigaciones señalan que, especialmente los cónyuges, presentan mayor riesgo de soledad y depresión tanto durante el curso del cuidado como cuando el familiar fallece (Adams, 2008; Eloniemi-Sulkava et al., 2002), debido a que pierden relaciones sociales significativas y

personas con las que poder conversar (Moyle et al., 2011).

D. Factores sociales, de interacción o participación social

Solo se puede hablar de una **valoración y diagnóstico integral** de la persona mayor teniendo en cuenta todas las áreas vitales, y esto incluye la evaluación de los **factores sociales** (variables relacionadas con su entorno próximo), que en muchas ocasiones no son tenidos en cuenta y, sin embargo, son esenciales en la comprensión y abordaje de este complejo fenómeno comunitario.

La variable más relevante en la protección contra la soledad no deseada es la **conexión social**, de manera que aquellas personas con relaciones sociales íntimas, fuertes y de calidad, son capaces de mantener su independencia, permitiéndoles esto, al mismo tiempo, comprometerse con relaciones sociales que ayudan en la prevención de la soledad (Ten-Bruggencate et al., 2019).

El área social incluye variables como el **tamaño de la red social** y la **calidad del apoyo social**, el **grado de participación social** y la **presencia de barreras u obstáculos** de diversa índole, que actuarán como factores de protección o de riesgo según sus características.

Tamaño de la red social y percepción de apoyo social

Muchas investigaciones han demostrado la existencia de una **asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad** (Victor et al., 2000). Si bien es cierto que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socioemocional (familiares, amigos, vecindad, pluralidad de edades y culturas, etc.) mayor es su **eficacia**, siendo más relevante la **calidad** del vínculo y del apoyo social.

Así, un entorno social, relacional, que facilite **cuidado, seguridad y protección** y que ayude a fortalecer (o iniciar) el sentimiento de pertenencia y el reconocimiento social, es uno de los **factores de protección** más relevantes contra la soledad no deseada.

"(...) lo más importante es tener una red social, en la que tengas confianza, que estén cerca de ti, que sepas a quién acudir"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

La **familia** puede ser una fuente de apoyo social importante para las personas mayores proporcionándoles conexión social y emocional, y contribuyendo a su bienestar económico y físico (Verdery y Margolis, 2017).



Tamaño de la red social y percepción de apoyo social

Pero esto no sucede en aquellos casos en los que las relaciones familiares han sido **conflictivas** durante las diferentes etapas del ciclo evolutivo:

“Las personas más vulnerables (...) son las que no se han llevado bien con su familia, es decir, si tú tienes realmente cariño en tu familia, que tú lo das y tú lo recibes, pues es muy posible que no te sientas solo nunca, pero si las relaciones son un poco tirantes..., (...) si tú no eres cariñoso en tu vida, cuando llegues a necesitar ese cariño va a ser difícil que lo tengas”

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

Incluso en algunos casos, puede producirse **negligencia**, cuando *“algunas familias se desentienden de las personas mayores, llegando incluso al abandono”* (E6. S7. Profesional entidad social). El aislamiento social y la soledad, además, son factores de riesgo para el maltrato hacia las personas mayores (Chang y Levy, 2021).

En cuanto a la satisfacción con el **apoyo recibido**, las personas mayores que han participado en los grupos de discusión han expresado que les gustaría que el contacto que mantienen con sus familiares (especialmente con sus hijos e hijas) fuera más frecuente

“No el que quisiera, porque tengo a todos muy lejos (...)”

(G1.S8. Personas mayores, piso tutelado)

“Yo tengo dos hijos, el contacto con ellos no es mucho, pero bueno vamos tirando”

(G1.S2. Personas mayores, piso tutelado)

La pareja puede actuar como amortiguador de la soledad y de condiciones como dificultades cognitivas, estrés y demencia, pero para que se obtenga beneficio, la relación con la pareja debe ser de calidad, incluyendo, por ejemplo, que se la considere como **confidente** (Nicolaisen y Thorsen, 2017; Qualter et al., 2015; Xu et al., 2016).

Con respecto a las relaciones de **amistad**, la red social de las personas mayores suele ser **más reducida**, debido a circunstancias como la muerte de sus coetáneos, la jubilación o el cambio de domicilio o de comunidad:

“Estoy sola, porque antes las amigas éramos 5 o 6 (...) se nos han muerto jóvenes, yo soy la mayor y nada, pues ahora todo el día lo mismo”

(G1.S3. Personas mayores, piso tutelado)

Pero las amistades que duran hasta la etapa del envejecimiento tienden a caracterizarse por ser relaciones en las que se comparten experiencias y antecedentes. Estas amistades de **larga duración** suelen ser **superiores en calidad** y riqueza que las amistades más recientes (Nicolaisen y Thorsen, 2017).

Por último, el **vecindario** puede, con frecuencia, proporcionar una red de apoyo cuando la familia o las amistades no están geográficamente cercanas, aunque el compromiso con los/as vecinos/as tiende a ser más limitado (Ha et al., 2018).

Tamaño de la red social y percepción de apoyo social

Tanto las y los profesionales como las personas mayores que han participado en el Estudio otorgan un papel relevante a la vecindad cuando existen unos **lazos afectivos fuertes**, tanto en la prevención como en la detección de situaciones de soledad no deseada.

"Hay una familia no unida por lazos sanguíneos que son tus vecinos (...). En este edificio tenemos varios casos de personas que viven solas. Pero les preguntamos, estamos pendientes, les ayudamos, es decir, que si te llevas bien con tu entorno ese entorno va a evitar que tú te sientas solo cuando necesites una ayuda"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

Señalan, incluso, que las propias personas mayores podrían actuar como "**vigilantes de la soledad**" para detectar situaciones a tiempo.

"Un factor protector puede ser que ellos mismos sean también agentes ayudantes de otras personas que puedan tener el problema de soledad no deseada de su entorno"

(G3. Profesionales Madrid Salud)

Del mismo modo, se hace referencia al papel importante que pueden jugar los distintos **establecimientos comerciales del barrio**, cumpliendo una función de radar que detecte los casos de soledad no deseada.

"(...) en comercios, en farmacias, hacer estrategias más en el entorno (...) el patear la calle y este proyecto existe, comentarnos la situación de los vecinos que vienen aquí, cuando vengan a la farmacia, cuando vengan al comercio"

(G3. Profesionales Madrid Salud)

Nivel de participación social y presencia/ausencia de barreras u obstáculos

Participar en la comunidad y ser una persona socialmente comprometida genera sentimiento de competencia y pertenencia al grupo, favorece la comunicación y fomenta la autoestima. Cuando una persona sufre **soledad disminuyen los niveles previos de participación social**.

Diversas investigaciones han detectado que **el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de actividades sociales**. Algunos autores atribuyen este hecho a la presencia **de barreras u obstáculos** de diversa índole, como pueden ser:

- La existencia de obstáculos físicos o estructurales (en su propio domicilio, en su edificio, en su barrio, etc.).
- Las actitudes que incluyen estereotipos, estigmas y prejuicios relacionadas con el envejecimiento y con la soledad (valores y normas culturales).
- La brecha digital, que dificulta el acceso a información y a vías de comunicación y relación.
- La falta de transporte público, que limita la participación de las personas mayores en actividades fuera de su hogar.
- La ausencia o la oferta limitada de programas y actividades consideradas útiles y significativas.
- Los problemas de salud que influyen negativamente en su capacidad para realizar actividades.

Por la **relevancia que estas barreras** van a tener en el desarrollo de las **recomendaciones finales** del Estudio, se desarrollan algunas de ellas, ya que serán contempladas en algunas las propuestas para mejorar las acciones de sensibilización, prevención e intervención. Se destacan aquellos obstáculos que han sido mencionados por las y los profesionales expertos/as participantes, destacando los alineados con la evidencia científica. La presencia de estas barreras constituye un factor de vulnerabilidad.

- **La existencia de obstáculos físicos o estructurales.** Hay un acuerdo generalizado respecto a los **problemas de accesibilidad** en una sociedad que no tiene en cuenta las necesidades que pueden tener las personas en diversos momentos de su vida, incumpliendo las normativas y recomendaciones de **diseño universal, accesibilidad y eliminación de barreras**, tanto en los espacios públicos, como en el urbanismo o en el diseño y prestación de bienes y servicios.

“Hay muchas personas mayores que el problema por el que no tienen estas interacciones es porque no pueden salir de casa a lo mejor, porque no se pueden trasladar hasta el punto en el que se realiza la actividad (...) generando espacios para ellos a los que puedan acudir y facilitándoles muchas veces ese poder acudir se puede ayudar mucho”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

La presencia de barreras arquitectónicas, especialmente en los domicilios, dificulta tanto la vida autónoma, como el poder salir de casa y los desplazamientos, limitando que la persona mayor se pueda mover libremente, socialice e incluso puede conllevar que tenga que mudarse a otro lugar de residencia más accesible (vivienda o centro de cuidados), con la ruptura en sus redes de apoyo social.

- **Actitudes que incluyen estereotipos, estigmas y prejuicios** hacia las personas mayores, el sentimiento de soledad no deseada y la búsqueda de ayuda ante el sufrimiento que puede provocar esta situación.

El **edadismo** es la forma más frecuente de prejuicio en Europa e incluye tanto actitudes individuales

como sociales hacia el envejecimiento y las personas mayores (Royal Society for Public Health y Calouste Gulbenkian Foundation, 2018). Afecta a lo que las personas mayores esperan de sí mismas y de su papel en la sociedad y cómo la sociedad percibe a las personas mayores y su valor social.

Actualmente existe una **falta de reconocimiento y una valoración negativa** hacia las personas mayores, que son consideradas frágiles, asumiendo que hay que protegerlas y tomar decisiones por ellas, desde una visión paternalista e infantilizadora. Además, **no se reconoce la experiencia vital** que tienen y lo que ello puede suponer para el crecimiento de la sociedad. En una sociedad individualista, que busca recompensas inmediatas, lo que no se considera útil se desdeña.

“No se respetan. Hoy en día la persona mayor como no esté en la cresta de la ola se queda obsoleta, y estamos en una sociedad donde lo que no sirve se tira (...). Realmente el abuelo es la persona que tiene más experiencia de la familia”

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

“(...) a las personas mayores se las trata mal en términos de considerar que son una población muy frágil, una población poco útil, una población que puede aportar poco y demás (...)”

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

“(...) una persona mayor tiene las mismas capacidades o casi todas las capacidades de cualquier otra persona para seguir haciendo cosas para la sociedad, no son una carga la sociedad sino todo lo contrario”

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Por otro lado, es importante **evitar el estigma hacia las personas mayores**, asociando **envejecimiento y soledad**. Como ya se ha expuesto anteriormente, la soledad no deseada es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a **cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica**.

Este estigma genera prejuicios en las propias personas mayores, haciendo que no se sientan identificadas con su grupo de población por edad, y ni siquiera acudan a los centros o actividades definidos para ellas (Goll et al., 2015). El **edadismo interiorizado** parece inducir la profecía autocumplida, de manera que aquellas personas que creen en edades tempranas que la soledad es una parte inevitable del envejecimiento, incrementan la probabilidad de experimentar altos niveles de soledad cuando son personas mayores (Pikhartova et al., 2016; Shiovitz-Ezra et al., 2018).

Si la pandemia ha ayudado en algo, ha sido en dar mayor visibilidad a la soledad no deseada, que ya estaba presente en la sociedad aunque no se hablaba de ella, y a mostrarla como un problema que puede afectar a cualquier persona.

“La pandemia también ha servido para quitar el estigma que tenía de su edad, porque mucha gente no quería reconocerlo y debido al confinamiento como todos estábamos más o menos solos o aislados de nuestras relaciones sociales o familia, se ha normalizado un poco el tema de la soledad (...)”

(G3. Profesionales Madrid Salud)

“Todos nos hemos sentido solos y nos hemos fijado más quizás en los vecinos que tenemos al lado, en cómo estaban, () se ha visibilizado”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

En relación con la búsqueda de ayuda, es necesario evidenciar el **estigma que rodea a los recursos de índole social, como los Servicios Sociales**. Actualmente prevalece la idea de que son recursos dirigidos a personas que atraviesan situaciones de exclusión social o que carecen de recursos económicos, lo que provoca rechazo a solicitar ayuda y/o a participar en sus actividades, incluidas las dirigidas a la prevención o atención a situaciones de soledad no deseada.

“Perciben los servicios sociales como un ámbito al que va la exclusión, ¿Y yo voy a ir a servicios sociales a reconocer que soy un excluido, que necesito un apoyo?”

(E6.S8. Profesional Administración pública)

“Incluso la sensibilización hacia pedir ayuda, saber que no es malo y que contamos con recursos para ayudarles”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **La brecha digital.** Tener conocimientos y usar las redes sociales e internet se describe como una variable protectora, pero con matices. Por un lado, se destaca que la pandemia por coronavirus ha supuesto una oportunidad para que las personas mayores aprendieran a utilizar las nuevas tecnologías (en especial WhatsApp y sistemas de videollamada) y, así, poder comunicarse con sus familias durante el confinamiento.

“Sí que ha facilitado que haya personas que hayan cambiado un poquito la manera de ver las cosas y se hayan involucrado más en querer aprender”

(G3. Profesionales Madrid Salud)

No obstante, no puede convertirse ni entenderse como un sustituto de la relación presencial, valorándose esta última como de mayor calidad.

“Y los veía a lo mejor cada 15 días o cada semana y ahora los veo todas las noches, me llaman y estamos hablando un ratito. Hombre, no es lo mismo obviamente ver a una persona en una pantalla que tenerla físicamente contigo, el abrazo ese de la abuela al nieto no lo tienes”

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

Muchas personas aún cuentan con **pocas competencias digitales**, siendo una variable relevante de riesgo al limitar la participación social y el **acceso a los servicios**. Aunque pueda facilitarse el acceso a recursos y servicios a distancia (online o telefónicamente) es importante **mantener la modalidad presencial**.

“La ausencia de competencias en el uso de las TIC e Internet, en un contexto social globalizado y con un aumento exponencial de las relaciones virtuales, el no poseer conocimiento en el uso de herramientas informáticas y medios tecnológicos puede ser un factor que mitigue la participación social y predisponga exponencialmente a

las personas a mayores riesgos de aislamiento social y/o soledad no deseada”

(E5.S7. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

En este sentido, varias de las personas entrevistadas hacen referencia, a modo de ejemplo, a la movilización promovida por personas mayores, denunciando la insuficiente atención presencial en los bancos.

“Ya no es simplemente el aislamiento de falta de red de apoyo, sino incluso el no poder llegar a muchos recursos porque la vida está cambiando muy rápido y la forma de hacerlo también. Nos olvidamos de que ellos existen y la gente que sí que tiene a la familia cerca y les puede hacer este tipo de gestiones genial, pero los que no tienen a la familia cerca o no tienen los recursos necesarios se están quedando incluso aislados a nivel de gestiones diarias”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **La ausencia o la oferta limitada de programas y actividades consideradas útiles y significativas para las personas mayores.** La participación en actividades sociales se asocia a vivir en buena salud. Del análisis de las respuestas del cuestionario cumplimentado por profesionales, se ha sugerido que, por parte de las administraciones y entidades, **se debería fortalecer la oferta de actividades interesantes, útiles y significativas** para las personas mayores.

A nivel psicológico es considerado como un importante factor de protección tener **un proyecto vital y realizar actividades que sean significativas**, reforzando la capacidad autónoma de las personas mayores. Incluyen aquí los procesos de **procesos de formación y aprendizaje** a lo largo de la vida de cuestiones instrumentales (manejo de tecnología, por ejemplo) pero también la oferta de programas y servicios que promuevan su autonomía y bienestar.

“El aprendizaje a lo largo de toda la vida tiene algo que ver con eso, porque tú no

vas a renunciar a seguir aprendiendo porque tengas 80 años (...) no hacer cosas para que el tiempo no exista, tengo que aprender a hacer cosas que sirven para algo, para mí o para alguien (...) actividades significativas”

(E7.S9. Profesional Administración pública)

Se hace referencia a la necesidad de **desarrollar una buena red de apoyo** desde lo público

“Desde la Administración, una red de apoyo con servicios domiciliarios y una red de apoyo que complementen estos servicios domiciliarios con toda la parte de redes sociales y vecinales y de voluntariado, que es lo que nosotros realizamos y que vemos que es eficaz”

(E8.S10. Dirección entidad social)

Y destacan la importancia de **ofertar diversidad de actividades**, teniendo en cuenta así la gran **heterogeneidad** en el colectivo de personas mayores de 65 años, evitando respuestas tipo que se apliquen a todas las situaciones de forma homogénea.

“Dentro del colectivo es muy heterogéneo. Personas con 65 años que llevan toda la vida en Madrid y personas de 65 años que vivan en un pueblo de La Mancha no tienen nada que ver, ni a nivel cultural, ni a nivel intereses, (...) aunque tengan la misma edad y aunque las condiciones a priori sean parecidas, es muy difícil el dar respuesta a las necesidades de una parte y de otra”

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Aunque pudiera parecer evidente la existencia de diversidad, el abordaje subyacente, considerando a las personas mayores de 65 años como una categoría social homogénea, muestra nuevamente los estereotipos y percepciones imperantes.

Se trata, en opinión de las personas entrevistadas, de prestar una **atención más personalizada y centrada en la persona mayor y en sus características sociodemográficas, necesidades e intereses**, algo que no es posible si no existe un equilibrio entre los

deseos de la persona mayor y las prestaciones que se ofrecen y si no se tiene en cuenta la gran heterogeneidad.

“Personalizar oferta de actividades integrando a la persona mayor en la sociedad. Teleasistencia, que no sea solamente de carácter preventivo o no sea sólo para mejorar lo preventivo, sino para justamente integrarles en el entorno, ayudarles a salir por la puerta. Es decir, establecer perfiles de gustos, de aficiones, de contactos, establecer redes sociales teledirigidas, poner en contacto a unos con otros, darles cuenta de las actividades que se están haciendo en el municipio, que no necesariamente tienen que ser para personas mayores, tienen que ser para personas que están interesadas en el ballet o en la música clásica o en el no sé cuántos, y eso sería”

(G2. Profesionales DG)

Otra cuestión relacionada con la oferta de programas y actividades tiene que ver con la **difusión** que se realiza de las que están en vigor. En opinión de las personas que han participado en el Estudio, la **información** no llega a las personas potencialmente destinatarias, siendo necesario diseñar estrategias más eficaces.

“Lo que hacen las administraciones vía web no llega a las personas mayores que sufren soledad no deseada. No llega, es una pérdida de tiempo y dinero”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

“A lo mejor a través de revistas vecinales, a través de centros de salud, ellos confían muchísimo en sus médicos, en las enfermeras que conocen desde hace mucho tiempo y creo que puede ser una buena forma de llegar a ellos”

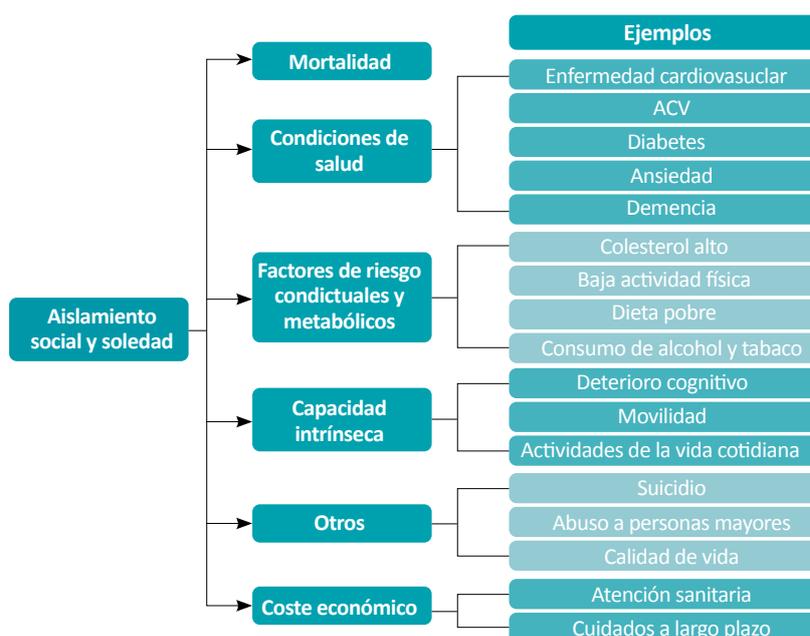
(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

2.2.2. Impacto en la salud y bienestar

Cuando se afirma que la soledad no deseada está convirtiéndose en una de las nuevas epidemias de los países más desarrollados económicamente (Cacioppo, 2017) no solo se contempla el aumento en cifras del número de personas afectadas, sino también sus **graves efectos sobre la salud y el bienestar** y el impacto que tiene sobre la **cohesión social, debilitando el tejido y la resiliencia comunitaria**.

Las principales consecuencias que la soledad y el aislamiento social, según la OMS (2021),

Figura 11. Consecuencias del aislamiento social y la soledad



Fuente: Traducido de OMS, 2021



tienen sobre la salud física y psicológica, pueden observarse en la siguiente figura:

La soledad incide negativamente sobre la salud física y psicológica de las personas que la padecen cuando se convierte en un estado crónico y persistente (Yanguas et al., 2018). Afecta, por tanto, a su **calidad de vida**. La falta de otras personas a nuestro alrededor causa tantos problemas de salud como los derivados de un **estrés psicológico continuado**. El sentimiento de soledad aumenta el riesgo de un amplio rango de trastornos o enfermedades tanto a nivel físico como psicológico:

- Entre las **enfermedades físicas** destacan los problemas cardiovasculares, el síndrome metabólico (hipertensión arterial, altos niveles de glucosa, altos niveles de triglicéridos, bajos niveles de colesterol HDL y exceso de grasa abdominal), el descenso del sistema inmune e incluso incrementa un 26% el riesgo de mortalidad prematura en las personas que se sienten solas (Gené-Badia et al., 2016).
- La soledad es un grave problema de salud pública cuya letalidad está subestimada en la actualidad. Sus efectos son similares o mayores que otros factores de riesgo altamente reconocidos, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o la obesidad.
- Por otro lado, la soledad se relaciona con diversos trastornos psicológicos, aumenta la sintomatología ansioso-depresiva, los pensamientos suicidas y el deseo de morir, el deterioro cognitivo, la psicosis, el alcoholismo y la agresividad (Cacioppo et al., 2015), así como el estrés percibido o la ansiedad, y disminuye el optimismo y la autoestima (Cacioppo et al., 2010). Sentirse sola es ocho veces más probable en personas que sufren algún tipo de trastorno mental (Bound, 2018).
- La tesis doctoral de Rafael Jerez Moncada "Suicidio consumado en mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid" (Jerez Moncada, 2021), señala que el suicidio en las personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar de las muertes violentas que suceden en España (por delante de cualquier grupo de edad), siendo las tasas más altas a nivel nacional e internacional. El suicidio consumado es muy

elevado y prevalente. A la fragilidad propia de la edad y a vivir solos en la mayoría de los casos, se une que el acto es premeditado y reflexivo e implica métodos de alta letalidad. La investigación recoge datos desde el año 2013 al 2018, y revela que en este periodo se suicidaron 430 personas de este grupo etario, lo que supone una tasa del 39,42% por cada 100.000 habitantes. Datos de 2020 cifran en 1.281 las personas mayores de 65 años que se suicidaron en España (INE, 2021).

- Son diversas y múltiples las motivaciones para quitarse la vida en esta etapa del ciclo vital, aunque diferentes investigaciones como la de Pérez Barrero (2012), Maderuelo et al. (2015) y Echeburúa (2015) entre otros, coinciden en señalar a problemas somáticos, reducción de funcionalidad y de autonomía, percepción de soledad, problemas sociales, conflictos familiares, y una total falta de razones y sentido para seguir viviendo.

Además, la soledad incide negativamente en la calidad de vida de las personas que la padecen, al aumentarse las **conductas de riesgo**: sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación inadecuada, y empeora la calidad del sueño (Gené-Badia et al., 2016).

Otro aspecto destacable es que las personas que sufren soledad hacen **mayor uso de los recursos sanitarios**, debido no solo a las consecuencias objetivas para la salud ya descritas, sino también porque un alto porcentaje de las personas mayores que la padecen perciben su salud como mala. Hacen visitas frecuentes a los servicios de urgencias hospitalarias y a los centros de atención primaria (Molloy et al., 2010), y tienen mayor probabilidad de ingreso hospitalario y en residencias para personas mayores (Savikko et al., 2010).

Muchas personas visitan con mayor frecuencia al médico, **más para obtener contacto social que para tratamiento**, razón por la que el ámbito sanitario se revela como imprescindible para la detección temprana y la prevención de la soledad y el aislamiento social.

Teniendo en cuenta todo lo comentado parece evidente que **no atender la soledad tiene un elevado coste económico** (Mihalopoulos et

Figura 13. Consecuencias de la soledad no deseada en personas mayores



Fuente: Elaboración propia



La experiencia de soledad surge de una combinación de factores predisponentes, tanto internos (personales, físicos, psicológicos) como externos (ambiente físico y social).

Las principales variables sociodemográficas que contribuyen a identificar a las personas potencialmente más vulnerables al sentimiento de soledad no deseada son: género, edad, estatus socioeconómico y educativo, vivir solo/a o en hogares institucionalizados, no tener pareja (especialmente por haber enviudado) y vivir en un entorno urbano o rural.

Dentro de los factores psicológicos se destacan la baja autoestima, autoeficacia y estilo atribucional, la depresión y la ansiedad, una baja satisfacción vital o haber sufrido experiencias vitales tempranas traumáticas.

Los factores de salud y autonomía personal que modulan la soledad no deseada se refieren a la salud autopercebida, el declive funcional o pérdida de autonomía personal, las dificultades de movilidad o el deterioro de las capacidades sensoriales.

El área social incluye variables como el tamaño de la red social y la calidad del apoyo social, el grado de participación social y la presencia de barreras u obstáculos

La soledad no deseada es un problema individual, comunitario y social, con efectos devastadores en la persona, en su salud y su bienestar, además de tener un elevado impacto social y económico.

2.3. Características sociodemográficas

Se presentan los datos sociodemográficos más recientes procedentes de fuentes oficiales de ámbito europeo, nacional, autonómico y local, que definirán cómo son las personas mayores y cuáles son sus particularidades básicas, aproximándonos de manera comprensiva a la situación de las personas mayores de 65 años que residen en la Comunidad de Madrid.

El análisis de la relación entre las características sociodemográficas de la población mayor de

65 años y los factores de riesgo considerados más relevantes descritos en el apartado anterior, permite identificar a aquellas personas que potencialmente pueden llegar a sufrir soledad no deseada o aislamiento, población diana de este estudio. Contribuye a dimensionar la magnitud y el alcance que deberán adquirir las políticas y estrategias que se pongan en marcha para prevenir, detectar a tiempo y generar alternativas de intervención que mejoren la calidad de vida de las personas destinatarias.

Dos de los factores sociodemográficos más relevantes en cuanto al riesgo de sufrir soledad son **ser mujer y tener una edad avanzada** (mayor prevalencia conforme aumenta la edad, incrementándose a partir de los 75 años)

Hay dos rasgos que describen a la población madrileña: el **sobreenvejecimiento** y la **feminización**.

- **España** se situará como el **país más envejecido del mundo en el año 2050**, con un 40% de población mayor de 60 años, siendo **Madrid** una de las tres Comunidades con población de más edad.
- La población de personas mayores en Madrid alcanza el 18,33% de la población, **más de 1.200.000 personas tienen 65 años o más** y de éstas el **35,2% de personas tiene 80 años o más**. Casi **2.600 personas son centenarias**.
- El 53,4% de la población general en Madrid son mujeres, y la representación aumenta de forma relevante a partir de los 65 años, hasta constituir el **61%**. Alcanza el **65,7% en aquellas de 80 años o más**, y entre las personas centenarias, las mujeres representan el 82%.

Dos informes ofrecen una radiografía relevante a nivel europeo de la población mayor de 65 años, así como una proyección en la EU-28 en 2050: "Envejecimiento en Europa: una mirada a las personas mayores" (Eurostat, 2019) y "Un perfil de las personas mayores en España" (CSIC, 2020). En ambos informes se recogen datos relevantes, como los siguientes:

- Las **personas mayores de 65 años** a nivel europeo son el 19,7% de la población y en 2050 se espera que ese porcentaje se incremente hasta el 29,5%, siendo ligeramente superior en España, donde llegará al **32,7%**. Esto quiere decir, que el fenómeno del envejecimiento en nuestro país se produce de una forma más acentuada.

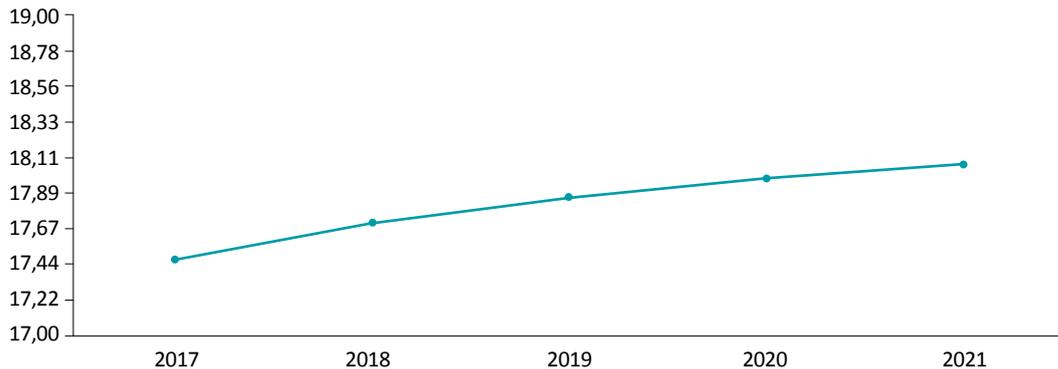
- Estudios internacionales de prospectiva y proyecciones llevados a cabo por la Organización de Naciones Unidas - ONU, sitúan a **España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo** (un 40% de la población tendría más de 60 años). Cataluña, Andalucía y **Madrid** son las comunidades con población de más edad, **superando el millón de personas mayores** cada una.
- Cada vez habrá más personas mayores de más de 85 años y por eso se habla del "envejecimiento del envejecimiento". Se proyecta que el número de **personas con 85 años y más** pase de 13,8 millones en 2018 a **31,8 millones en 2050**, por lo que se prevé

un aumento de costes relacionados con una adecuada atención sanitaria y provisión de cuidados, y la intensificación del uso de los servicios sociales.

en los siguientes gráficos, permite apreciar su incremento continuo durante los últimos años (pasando de 17,47% en 2017 a un **18,08% en 2021**).

Siguiendo esta tendencia, la evolución de los datos poblacionales **a nivel nacional** mostrada

Figura 14. Datos comparativos del INE de los últimos 5 años de la población de 65 años y más.



65 y más años				
2021	2020	2019	2018	2017
18,08	17,98	17,86	17,69	17,47

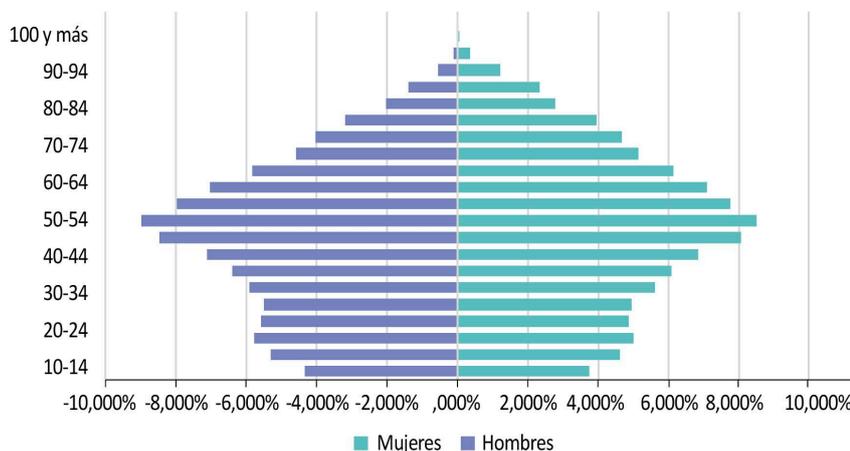
Fuente: INE, 2021

En concreto, la población de **personas mayores en Madrid alcanza el 18,33%** de la población y más de 1.200.000 personas tienen 65 años o más (INE, 2022).

que presenta la misma forma que la de otras sociedades envejecidas de su entorno, en las que se evidencia el descenso de la natalidad y el **incremento de la longevidad y de las distintas cohortes de personas mayores.**

Si se observa la **pirámide poblacional de la Comunidad de Madrid** se puede visualizar

Figura 15. Población de la Comunidad de Madrid por grupos quinquenales de edad, según sexo

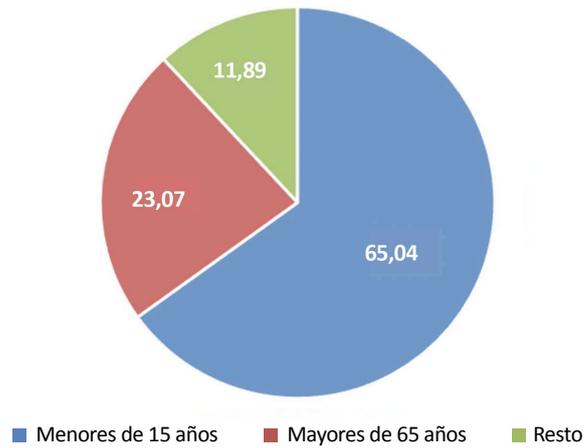


Fuente: INE, 2022

Tanto el porcentaje de población como la edad media de la misma han ido aumentando en los últimos años, en España y en la Comunidad de Madrid, y la previsión es que seguirá

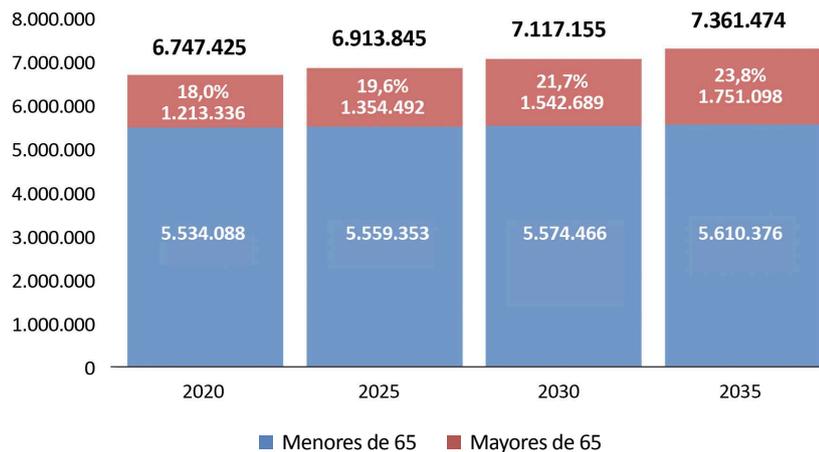
incrementándose, corroborando las tendencias antes mencionadas, tal como se muestra en las siguientes gráficas.

Figura 16. Proyecciones de Población 2033



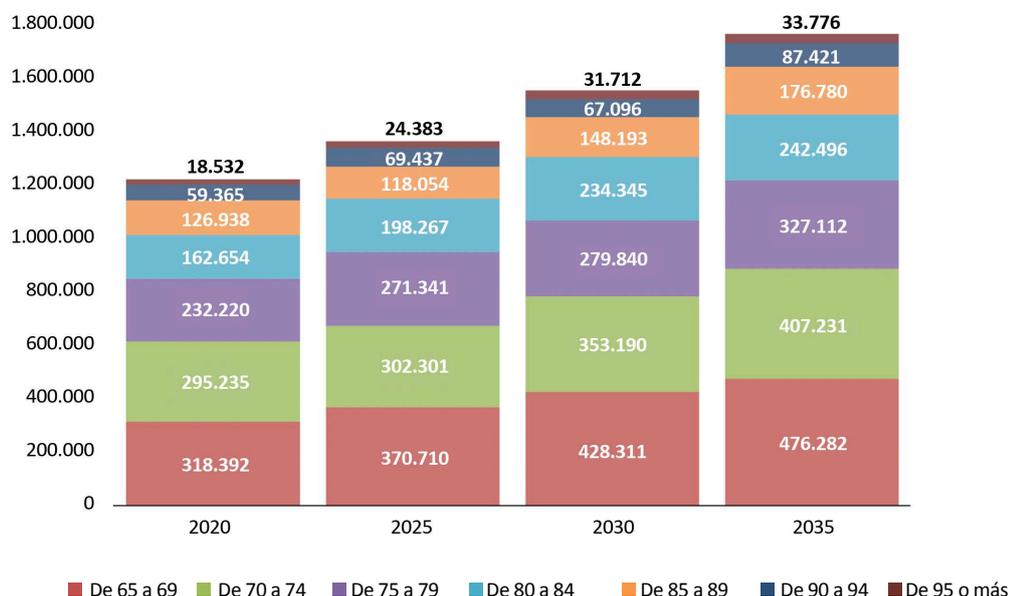
Fuente: INE, Proyecciones de población. 2018-2033

Figura 17. Evolución del número de habitantes de la Comunidad de Madrid 2020-2035



Fuente: INE, Resultados por Comunidades Autónomas: Serie 2020-2035

Figura 18. Evolución de la población mayor de la Comunidad de Madrid 2020-2035, por tramos de edad



Fuente: INE, Resultados por Comunidades Autónomas: Serie 2020-2035

Como se observa, las tasas de longevidad de la Comunidad de Madrid van en aumento, dato que hay que celebrar ya que es un **triunfo del aumento de la calidad de vida de las personas mayores**, pero que debe acompañarse también de un aumento en los años de vida en los que la persona tiene la **capacidad de participar y disfrutar activamente en y con el entorno**.

En nuestra región se está produciendo el fenómeno de **sobreenvejecimiento**, ya que actualmente existe un **35,2% de personas de 80 años o más**, del total de personas mayores. Es importante tener en cuenta este aspecto, a los efectos del presente Estudio, porque las implicaciones de este factor trascienden el ámbito demográfico, ya que generarán mayor cantidad de personas dependientes, con limitaciones y deterioros que requerirán intervenciones mucho más oportunas, como se analizará más adelante. Es destacable, además, que **casi 2.600 personas mayores en Madrid son centenarias** (INE, 2022).

Otro rasgo que caracteriza a la población madrileña es el **nivel de feminización** del grupo de personas mayores ya que, como se aprecia en los gráficos anteriores, existen notables diferencias en el número de mujeres que supera, en todos los grupos etarios, al

de hombres. Concretamente, el 53,4% de la población general en Madrid son mujeres, lo que aumenta de forma relevante **a partir de los 65 años, hasta llegar al 61%. Alcanza el 65,7% entre los mayores de 80 años o más, y entre las personas centenarias, supone casi un 82%** (Ayuntamiento de Madrid, 2021).

Otro factor de riesgo que puede conducir a experimentar sentimientos de soledad no deseada está relacionado con la **composición de los hogares** (incluyendo los hogares institucionales o residencias). Siguiendo con el análisis de los datos reflejados en los informes a los que se viene haciendo alusión, ambos señalan que:

- En 2018, el 58,8% de los varones mayores de 65 años **convivían con su pareja**, cifra que se **reduce al 39,6% en el caso de las mujeres**. Las mujeres mayores de 65 años presentan, en consecuencia, un mayor riesgo de enfrentar situaciones de soledad: en 2018, el 40,4% de mujeres vivían solas frente al 22,4% de varones. La soledad comienza a emerger como creciente riesgo social, con las mujeres mayores solas como un grupo vulnerable de la población, en riesgo de padecer pobreza y exclusión social.

- A diferencia de otros grupos de edad, en el caso de las personas mayores de 65 años, estas habitan en viviendas de baja ocupación, con un ratio de 2,1 habitaciones en hogares compuestos por dos personas -al menos una de ellas mayor de 65 años- y de 3,4 habitaciones por vivienda en aquellos hogares unipersonales de mayor de 65 años (2017). Esto es, las **personas mayores continúan residiendo en sus viviendas** incluso después de que sus hijos e hijas abandonen el hogar, a pesar de la falta de adaptación en condiciones y dimensiones para sus nuevas necesidades y circunstancias. En España esta cifra alcanza valores de entre 4,5 y 4,7 habitaciones en un hogar unipersonal de persona mayor de 65 años.
- En 2011, **el 3,8% de mujeres mayores residían en hogares institucionales** (residencias) mientras que en el caso de varones esta cifra era notablemente inferior: un 1,9%. A diferencia del gasto sanitario, que en la mayor parte de los países de la UE se encuentra cubierto por los respectivos sistemas de protección

social, los cuidados de larga duración tienen importantes consecuencias para la economía de las personas mayores, fundamentalmente porque la responsabilidad de la financiación de los cuidados institucionales recae totalmente o en buena parte en estas.

Según los datos del INE en la Encuesta Continua de Hogares de 2020, en España hay 4.849.900 personas viviendo solas. De esta cifra, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.511.000 (un 70,9%) eran mujeres. Por grupo de edad, los hogares unipersonales de personas de 65 y más años aumentaron un 6,1% en 2020. Respecto al estado civil, los **hogares unipersonales de hombres más frecuentes estaban formados por solteros (59,7% del total) y los de mujeres, por viudas (45,5%)**.

En la Comunidad de Madrid, el segundo grupo más frecuente es el de los hogares con una **sola persona (25,7%)**, solamente superado por aquellos con dos personas (30,3%).

Según la Proyección de Hogares 2020-2035 del Instituto de Estadística de la Comunidad de

Tabla 4. Porcentaje de hogares según tamaño por CC.AA. Año 2020

	TAMAÑO DEL HOGAR				
	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 y más
TOTAL NACIONAL	26,1%	30,4%	20,5%	17,2%	5,8%
Andalucía	24,2%	28,6%	20,9%	19,8%	6,4%
Aragón	27,8%	31,4%	20,1%	16,0%	4,6%
Asturias, Principado de	31,0%	34,0%	21,2%	11,2%	2,5%
Baleares, Illes	24,2%	30,8%	20,3%	16,9%	7,7%
Canarias	24,5%	29,0%	22,5%	16,9%	7,1%
Cantabria	28,7%	30,8%	20,9%	15,4%	4,3%
Castilla y León	30,2%	32,4%	19,5%	14,6%	3,4%
Castilla - La Mancha	24,8%	29,3%	20,3%	19,7%	5,8%
Cataluña	26,0%	31,4%	20,0%	16,2%	6,3%
Comunitat Valenciana	26,7%	30,5%	20,8%	16,9%	5,1%
Extremadura	27,3%	30,3%	20,0%	18,4%	4,0%
Galicia	26,5%	31,1%	21,9%	14,9%	5,6%
Madrid, Comunidad de	25,7%	30,3%	20,0%	17,4%	6,6%
Murcia, Región de	21,6%	28,5%	20,6%	20,1%	9,1%
Navarra, Comunidad Foral de	27,1%	29,7%	19,2%	17,9%	6,1%
País Vasco	28,2%	32,2%	19,6%	15,8%	4,2%
Rioja, La	28,9%	31,2%	19,8%	15,4%	4,7%
Ceuta	20,9%	22,0%	20,1%	19,4%	17,2%
Melilla	18,9%	22,3%	17,4%	21,9%	19,6%

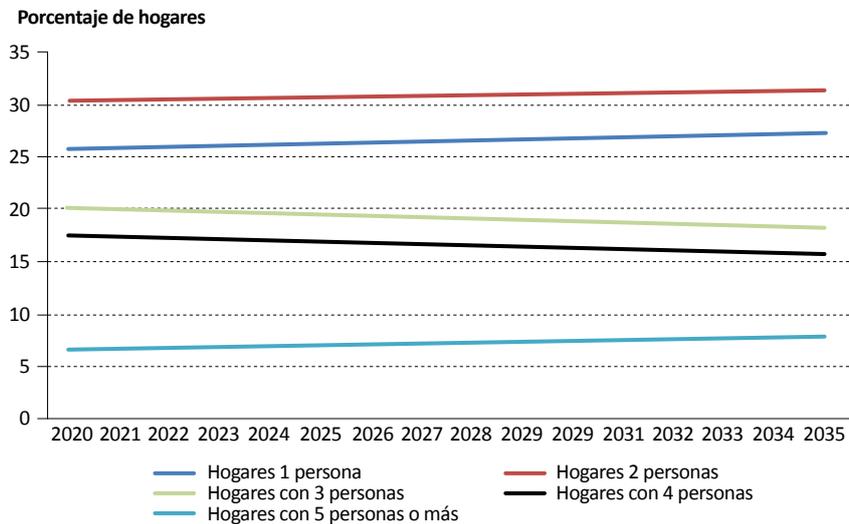
Fuente: INE. Encuesta Continua de Hogares (ECH) Año 2020.



Madrid, se prevé una evolución de los hogares unipersonales en la región en los próximos años,

con un tamaño medio ligeramente superior a la media estatal.

Figura 19. Evolución del tipo de hogar por tamaño en la Comunidad de Madrid

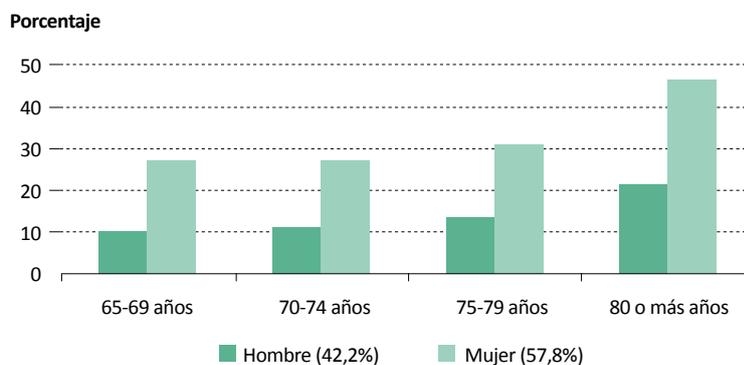


Fuente: INE. Proyección de Hogares 2020-2030

Recordemos que, el 18,33% de la población madrileña -1,2 millones de personas- tiene más de 65 años. Y, de todas las personas que han alcanzado esta edad, el 25% vive sola en su casa -276.400 personas- proporción que en 2030 llegará hasta el 30%, según datos del INE. Es un dato relevante ya que según las encuestas del IMSERSO y del CIS, **un 59% de las personas mayores que viven solas, han expresado tener sentimientos de soledad negativos y sentir aislamiento.**

Según los datos del INE en la Encuesta Continua de Hogares de 2018, en la Comunidad de Madrid el **número de hogares unipersonales es de 667.000**, de los que **el 41% son hogares de personas de 65 años o más**, siendo las **mujeres mayores** las que representan el mayor porcentaje de personas que viven solas (75%). Con el paso de los años se va incrementando el número de hogares unipersonales en todos los colectivos, incluido el de mayores y el de muy mayores,

Figura 20. Porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas, por sexo



Fuente: Instituto de Estadística.

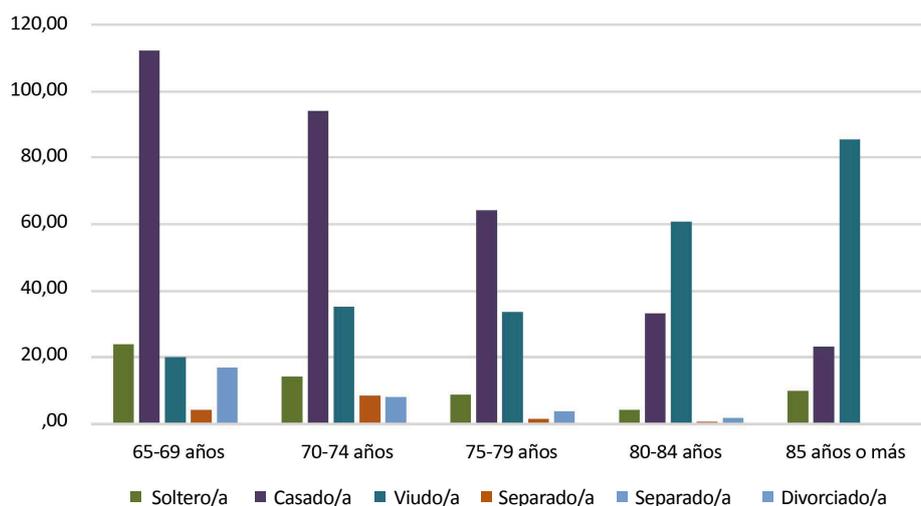


llegando a un **35% de las personas mayores de 85 años o más viven solas**.

Por otro lado, se observa en la siguiente gráfica que conforme aumenta la edad el porcentaje de

viudas también lo hace, siendo especialmente relevante a partir de los 80 años, convirtiéndose en el estado civil predominante.

Figura 21. Mujeres residentes en la Comunidad de Madrid según grupo de edad y estado civil (en miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE, Encuesta Continua de Hogares, 2020

En cuanto a la población mayor que vive en **residencias**, según datos del INE, en 2011 se estimaba que en España aproximadamente más de 270.000 personas vivían en residencias y en concreto **en la Comunidad de Madrid, 37.887**

lo hacían en este tipo de alojamiento. Además, destacan dos cifras, en primer lugar, que el **68,6% eran mujeres** y que, a partir de los 90 años, el 11,8% de los hombres y el 18,1% de las mujeres del total de la población residía en ellas.

Tabla 5. Población en residencias de personas mayores en 2011, por CC.AA.

	En residencias de personas mayores	Total Población	%
TOTAL NACIONAL	270.286	46.815.916	0,58%
Castilla y León	32.001	2.540.188	1,26%
Castilla - La Mancha	20.949	2.106.331	0,99%
Aragón	13.312	1.344.509	0,99%
Navarra, Comunidad Foral de	5.119	640.129	0,80%
Extremadura	8.668	1.104.499	0,78%
Rioja, La	2.503	321.173	0,78%
Asturias, Principado de	8.246	1.075.183	0,77%
Cantabria	3.964	592.542	0,67%
País Vasco	14.422	2.185.393	0,66%
Cataluña	47.988	7.519.843	0,64%

Tabla 5. Población en residencias de personas mayores en 2011, por CC.AA (continuación)

	En residencias de personas mayores	Total Población	%
TOTAL NACIONAL	270.286	46.815.916	0,58%
Madrid, Comunidad de	37.887	6.421.874	0,59%
Galicia	14.263	2.772.928	0,51%
Comunitat Valenciana	20.345	5.009.931	0,41%
Melilla	300	81.323	0,37%
Andalucía	28.162	8.371.270	0,34%
Balears, Illes	3.379	1.100.503	0,31%
Murcia, Región de	3.589	1.462.128	0,25%
Canarias	5.014	2.082.655	0,24%
Ceuta	177	83.517	0,21%

Fuente: Instituto de Estadística, 2011

Tal y como se observa en la siguiente tabla, en la Comunidad de Madrid, a fecha 1 de enero de 2020 se cifraba en 1.208.776 las personas mayores de 65 años. De ellas, 52.830 eran usuarias de servicios de atención residencial, 52.156 residentes en Centros y 674 en viviendas

para mayores, siendo la Comunidad Autónoma con más personas usuarias de estos recursos (aun siendo la tercera en población de más de 65 años, por detrás de Andalucía y Cataluña).

Tabla 6. Servicios de Atención Residencial por CC.AA. (diciembre 2019)

Comunidades Autónomas	Población ≥ 65 01/01/2020	Centros			Plazas de Atención Residencial			Índice de Cobertura ¹			Personas Usuarias		
		Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro residen	Vivienda para mayores
Andalucía**	1.470.678	729	665	64	45.543	45.077	466	3,10	3,07	0,03	21.919	21.919	-
Aragón* ³	288.651	293	289	4	19.318	19.250	68	6,69	6,67	0,02	-	-	-
Asturias, Principado de	266.562	243	240	3	15.204	14.979	225	5,70	5,62	0,08	5.987	5.822	165
Balears, Illes	183.131	73	68	5	6.573	6.472	101	3,59	3,53	0,06	5.334	5.308	26
Canarias* ³	351.053	203	201	2	9.994	9.979	15	2,85	2,84	0,00	-	-	-
Cantabria**	129.419	67	64	3	6.444	6.411	33	4,98	4,95	0,03	4.401	4.401	-
Castilla y León* ⁴	613.598	698	698	0	48.089	48.089	0	7,84	7,84	0,00	42.501	42.501	0
Castilla-La Mancha	390.221	528	345	183	28.695	26.958	1.737	7,35	6,91	0,45	28.428	26.958	1.470
Cataluña	1.468.233	1.184	1.154	30	65.379	64.367	1.012	4,45	4,38	0,07	44.746	44.479	267
Comunitat Valenciana**	981.553	337	330	7	27.248	27.178	70	2,78	2,77	0,01	16.657	16.657	-
Extremadura* ⁴	223.226	325	325	0	14.855	14.855	0	6,65	6,65	0,00	-	-	0
Galicia* ³	687.685	376	222	154	21.704	19.482	2.222	3,16	2,83	0,32	-	-	-
Madrid, Comunidad de	1.208.776	495	476	19	52.882	52.156	726	4,37	4,31	0,06	52.830	52.156	674

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE BASE Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2020. Elaboración propia del IMSERSO.

Tabla 6. Servicios de Atención Residencial por CC.AA. (diciembre 2019) (continuación)

Comunidades Autónomas	Población ≥ 65 01/01/2020	Centros			Plazas de Atención Residencial			Índice de Cobertura ¹			Personas Usuarías		
		Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro resid.	Vivienda para mayores	Total	Centro residen	Vivienda para mayores
Murcia, Región de*	237.934	76	76	0	5.395	5.395	0	2,27	2,27	0,00	5.395	5.395	0
Navarra, C. Foral de**	130.661	89	74	15	6.664	5.831	833	5,10	4,46	0,64	5.339	5.339	-
País Vasco	499.428	621	279	342	21.765	18.897	2.868	4,36	3,78	0,57	14.819	14.164	655
La Rioja**	67.305	32	31	1	3.235	3.225	10	4,81	4,79	0,01	1.926	1.926	-
Ceuta*	10.144	3	3	0	199	199	0	1,96	1,96	0,00	199	199	0
Melilla*	9.206	2	2	0	231	231	0	2,51	2,51	0,00	227	227	0
España	9.217.464	6.374	5.542	832	399.417	389.031	10.386	4,33	4,22	0,11	250.708	247.451	3.257

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE BASE Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2020. Elaboración propia del IMSERSO.

La incidencia de la soledad en centros residenciales (entre el 22% y el 44% según el estudio realizado por la Fundación la (Yanguas, s.f.), 35% según Gardiner et al., 2020) revela

la importancia de la necesidad de estrategias específicas para la prevención, detección en intervención con personas residentes en este tipo de centros.

Vivir en ámbito rural o urbano

En la Comunidad de Madrid se encuentra un patrón alto de envejecimiento en las zonas rurales más alejadas de la zona metropolitana: 30 municipios (la mayoría con menos de 1.000 habitantes) cuentan con **más de un 20% de población de más de 65 años**.

El porcentaje de mayores y el de mujeres aumenta conforme disminuye el del tamaño del municipio.

A pesar de que las relaciones sociales en el ámbito rural suelen ser más fuertes, hay factores que podrían conducir a una mayor vulnerabilidad, como la **falta de servicios o la dificultad de acceso** a los mismos.

En cuanto al índice de envejecimiento por zona básica, en términos generales, se aprecia un patrón de alto envejecimiento en las **zonas rurales** más alejadas de la corona metropolitana, y en determinados distritos del municipio de Madrid.

Un análisis de la población de más de 65 años residente en los municipios de la Comunidad

de Madrid muestra que son 30 los que tienen un porcentaje superior al 20% (datos INE 2014), fundamentalmente en las zonas rurales de la Comunidad, y con tamaño poblacional menor a los 1.000 habitantes (excepto Cenicientos, Orusco de Tajuña, Estremera y Colmenar del Arroyo, que superan los 1.200 habitantes).

Tabla 7. Población mayor de 65 años en municipios de la Comunidad de Madrid

	Total población	Total más de 65	Porcentaje
28001-Acebeda, La	67	28	42
28126-Robregordo	52	21	40
28069-Hirueta, La	55	20	36
28124-Robledillo de la Jara	103	34	33
28016-Atazar, El	98	30	31
28107-Patones	507	152	30
28097-Navarredonda y San Mamés	129	38	29
28039-Cervera de Buitrago	174	50	29
28128-Rozas de Puerto Real	493	141	29
28034-Canencia	476	133	28
28112-Pinilla del Valle	205	57	28
28088-Montejo de la Sierra	363	100	28
28037-Cenicientos	2.073	553	27
28153-Torremocha de Jarama	926	247	27
28003-Alameda del Valle	224	59	26
28143-Somosierra	77	20	26
28025-Brea de Tajo	568	146	26
28078-Madarcos	47	12	26
28102-Orusco de Tajuña	1.283	321	25
28071-Horcajuelo de la Sierra	80	20	25
28182-Villavieja del Lozoya	275	67	24
28055-Estremera	1.410	336	24
28114-Piñuécar-Gandullas	172	40	23
28076-Lozoya	591	135	23
28155-Valdaracete	646	147	23
28011-Ambite	607	136	22
28117-Prádena del Rincón	132	29	22
28062-Garganta de los Montes	382	81	21
28902-Puentes Viejas	620	130	21
28042-Colmenar del Arroyo	1.581	330	21

Fuente: Elaboración propia, datos Padrón continuo 2014

Estos datos son congruentes con los recogidos en los informes emitidos por Eurostat (2019) y el CSIC (2020), que señalan a **España como el caso más excepcional ya que la población mayor de 65 años reside de forma muy mayoritaria en áreas rurales**, mientras que en el resto de la UE-28, los entornos urbanos son identificados como espacios de vida más ventajosa a partir de esta edad, residiendo en ellos el 42% de este grupo etario.

A nivel nacional, "Si analizamos la proporción de mayores de 64 años en función del tamaño del municipio obtenemos, que en el 23,5% de los municipios la proporción de mayores de 64 es menor del 20% de la población, en el 32,7%

de los municipios, esta proporción se encuentra entre el 20% y el 30%; y finalmente en el 43,8% de los municipios, la proporción es mayor del 30%. Observamos también que existe una **relación inversa entre el tamaño del municipio y la proporción de mayores de 64 años**, es decir, que a medida que disminuye el tamaño del municipio, la proporción de mayores aumenta. "(Ministerio de Política Territorial y Función Pública, s. f.) en lugar de 2018). **También el índice de feminidad aumenta en este sentido**, es decir, en función del tamaño del municipio, en los diferentes estratos, la proporción de mujeres es mayor que los hombres. En el 85,8% de municipios de menos de 100 habitantes, la proporción de mayores de 64 años es del 30%.

Es preciso tener en cuenta estos factores ya que, como indicaba el Informe del IMSERSO ya en 2016, **“La exclusión social afecta, de forma especial, a las personas mayores de 65 años, y en concreto a todos aquellos que viven en el medio rural.** En su caso, el proceso de exclusión social viene determinado tanto por la edad como por factores relacionados con el estado de salud, la condición socioeconómica,

la discapacidad e, incluso, el debilitamiento del ámbito relacional. De este modo, la inequidad que sufren las personas mayores que viven en áreas rurales se manifiesta en desigualdades tales como el acceso a determinados servicios, la distribución de los ingresos, la participación política y comunitaria y las redes sociales y familiares” (Vidal Domínguez et al., 2017).

Un factor de riesgo relacionado con la salud y la autonomía es la **peor salud autopercebida**

El **porcentaje de mujeres que informan de “mala salud” es muy superior** al de los hombres, presentando una peor calidad de vida, inferior esperanza de vida libre de discapacidad, más enfermedades crónicas, deterioro funcional y dependencia. El porcentaje **se incrementa a partir de los 75 años.**

Las personas que **perciben su salud como pobre se sienten más solas y presentan peor calidad de vida**, siendo otro indicador que permite confirmar que en la Comunidad de Madrid las mujeres son más vulnerables a experimentar soledad no deseada.

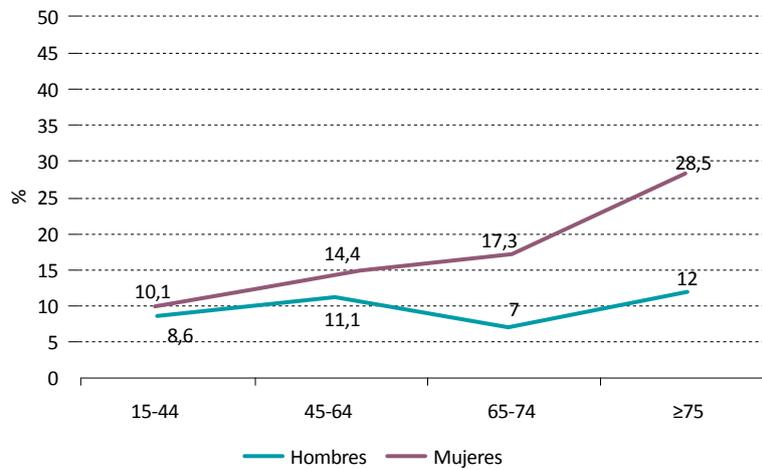
A pesar de que las relaciones sociales en el ámbito rural suelen ser más fuertes, hay factores que podrían conducir a una mayor vulnerabilidad, como la **falta de servicios o la dificultad de acceso** a los mismos.

Los dos informes antes referidos recogen otros indicadores significativos sobre las **condiciones de salud** vinculadas al envejecimiento de la población: proporción elevada de personas de más de 75 años de edad con **grandes dificultades para llevar a cabo tareas básicas de la vida cotidiana** y una vida independiente; en 2017 casi tres cuartas partes de la población mayor de 85 años **padecía al menos una enfermedad crónica**; la **esperanza de vida libre de discapacidad**, considerada en 2017 en la UE-

28 en 10,2 años para una mujer mayor (frente a 9,8 en varones).

A nivel autonómico, teniendo en cuenta el nivel de **salud** que mide la Comunidad de Madrid, según el informe del año 2019 (a partir de datos de 2017), el 17,3% de las mujeres entre 65 y 74 años, y el 7% de hombres de la misma franja de edad, sufrían de **“mala salud”**. Este porcentaje se incrementaba a 28,5% y 12% respectivamente, a partir de los 75 años.

Figura 22. Nivel de (mala) salud según sexo y edad. Comunidad de Madrid (2017)

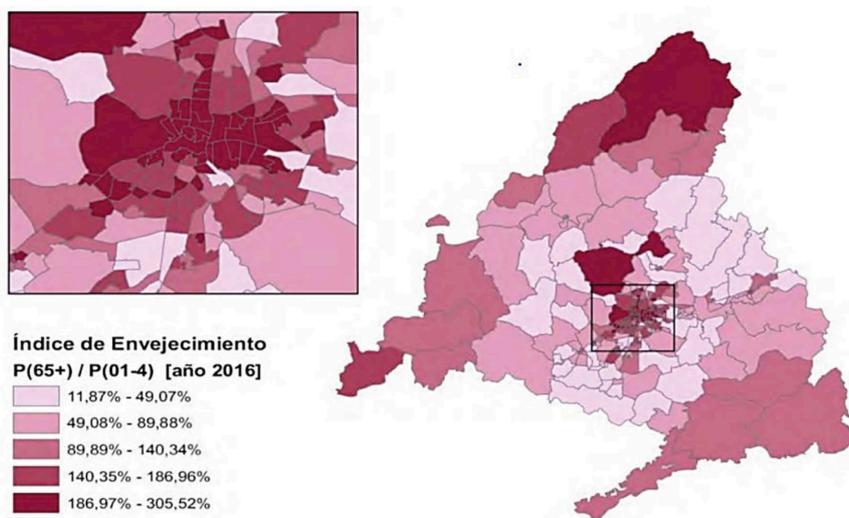


Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Comunidad de Madrid (2019).

Se constatan nuevamente **diferencias según sexo en el proceso de envejecimiento**, pese a que, en los últimos años, la desigual supervivencia entre hombres y mujeres se ha visto reducida. La **esperanza de vida** al nacer se sitúa en 85,6 años, siendo mayor en las mujeres (87,8 años) que en los hombres (82,8 años). Del

mismo modo, son ellas quienes presentan una **calidad de vida peor y una breve esperanza de vida libre de discapacidad**, con una tasa elevada de hospitalizaciones, enfermedades crónicas, deterioro funcional y dependencia.

Figura 23. Índice de envejecimiento en la Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Comunidad de Madrid.



Dos de los factores sociodemográficos más relevantes en cuanto al riesgo de sufrir soledad son ser mujer y tener una edad avanzada (mayor prevalencia conforme aumenta la edad, incrementándose a partir de los 75 años), y la población de la Comunidad de Madrid se caracteriza por el sobreenvejecimiento y la feminización.

Vivir sola es un factor de riesgo que puede conducir a sentir soledad no deseada. El 18,33% de la población madrileña tiene más de 65 años y el 25% vive sola en su casa. El 35% de las personas mayores de 85 años viven solas y de estas, un 73% son mujeres.

En la Comunidad de Madrid se encuentra un patrón alto de envejecimiento en las zonas rurales más alejadas de la zona metropolitana: 30 municipios (la mayoría con menos de 1.000 habitantes) cuentan con más de un 20% de población de más de 65 años.

El 17,3% de las mujeres entre 65 y 74 años, y el 7% de hombres de la misma franja de edad, sufren de "mala salud" autopercibida en la Comunidad de Madrid. Este porcentaje se incrementa a 28,5% y 12% respectivamente, a partir de los 75 años.

Son las mujeres mayores quienes presentan una calidad de vida peor y una breve esperanza de vida libre de discapacidad, con mayor tasa de hospitalizaciones, enfermedades crónicas, deterioro funcional y dependencia.

2.4. Identificación de políticas, programas, servicios y buenas prácticas

Ámbito internacional

La **Organización Mundial de la Salud**, desde la publicación en 2002 del documento **Envejecimiento Activo: un Marco Político**, ha desarrollado diversas iniciativas para visibilizar la importancia de diseñar **estrategias preventivas y de intervención** que promuevan el envejecimiento saludable. En todas ellas, hace alusión a la necesidad de prestar atención a los factores que inciden en el mantenimiento (o detrimento) de las condiciones de salud en las personas mayores.

Además, el decenio **2020-2030**, está dedicado al **Envejecimiento Saludable**, con diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores son el eje central del plan, que aúna los esfuerzos de los gobiernos,

la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar su vida, así como la de sus familias y comunidades. Se trata del segundo plan de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el **Plan de Acción Internacional de Madrid** sobre el Envejecimiento y se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este Plan se estructura en **tres ejes principales**: las personas mayores y el desarrollo; el bienestar y la salud en la vejez, y la importancia del entorno propicio.

También contempla los **riesgos del aislamiento social y la soledad** orientando la intervención desde los tres ejes, pero principalmente desde el apoyo a las personas mayores con acciones desarrolladas a través de las tecnologías. Destaca que hay que "proporcionar información y oportunidades para participar en actividades sociales y de ocio dirigidas a facilitar la inclusión

y la participación y a reducir la soledad y el aislamiento social”, identificado como **factor de riesgo** para la buena salud (ya el informe de la OMS sobre Envejecimiento y Salud de 2015 destaca que entre las preocupaciones de las personas mayores estaba el **temor a estar solas**).

Aunque en dicho Plan la palabra "soledad" aparece solo en limitadas ocasiones, sí que lo hace "aislamiento", uniendo ambos términos

con otros como migrantes, medio rural, red tradicional de familias, redes sociales, dependencia, enfermedades mentales, actividades cívicas y culturales, y dirige la atención hacia la **participación social como estrategia contra la soledad y el aislamiento**, así como a la **prevención y el cuidado de la salud mental y física de las personas**, de forma que les permita participar de la vida activa y disfrutar de años de vida saludable.

OMS Internacional

Campaña mundial contra el edadismo (2021)

Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030)

Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020)

Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2017)

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015)

OMS Región Europea

Estrategia y plan de acción para un envejecimiento saludable en Europa, 2012-2020

Ámbito europeo

La **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea Unión Europea (2016)**, en su artículo 25 (Título III. Igualdad), hace una alusión expresa a los Derechos de las personas mayores

La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

Implícitamente, la referencia a la vida digna e independiente señala la importancia del respeto, desde el marco de los derechos fundamentales, al bienestar pleno y al fomento y vigilancia de cualquier factor o situación que incida de forma negativa, como es la soledad no deseada.

Desde el **Tratado de Lisboa** (diciembre de 2009), han sido varias las iniciativas normativas, declaraciones y/o recomendaciones dirigidas a promover la protección y garantía de cumplimiento de derechos de las personas mayores.

Human Rights Council Resolution 33/5 (2016) - The human rights of older persons

Human Rights Council Resolution 35/13 (2017) - Protection of the family: role of the family in supporting the protection and promotion of human rights of older persons

ILO R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)

Recommendation CM/Rec (2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons

UN General Assembly Resolution 70/164 (2015) - Measures to enhance the promotion and protection of the human rights and dignity of older persons



Estrategias y Programas en el ámbito Internacional

En el ámbito internacional, las intervenciones más destacables incluyen programas comunitarios, de carácter tecnológico, modelos de coordinación del cuidado dirigidos a profesionales sanitarios y políticas nacionales proactivas para reducir la soledad.

- **Movilizar voluntarios.** Varios países han organizado servicios de apoyo telefónico con voluntariado que conecta con personas mayores. En Irlanda, Amigos de los Mayores realiza llamadas telefónicas regulares entre personas mayores y voluntarios/as formados/as. Un programa similar se encuentra también en Canadá, Programa del Teléfono Amigable, organizado por Cruz Roja y que empareja a personas mayores con voluntariado para que realicen llamadas semanales y comprobar cómo se encuentran. También en Canadá, el Centro de Mayores de Alberta Without Walls cuenta con un programa telefónico que ofrece actividades de ocio y tiempo libre, programas de salud y bienestar y conversación amigable para personas mayores. En Australia, una organización sin ánimo de lucro nacional, Friends for Good, ofrece una línea telefónica y chat para la persona que se encuentre sola, independientemente de la edad, atendido por voluntariado entrenado.
- **Soluciones digitales.** Una compañía noruega, No Isolation, ha desarrollado un ordenador con un botón diseñado para ayudar a personas que no tienen experiencia con el ordenador o smartphones. Con una conexión a internet pueden realizar fotos, enviar o recibir mensajes o realizar videollamadas.
- **Modelos de Atención Primaria.** Adaptándose para que utilicen la comunicación en remoto y mantengan contacto social, como parte de la Aproximación Proactiva de la Atención Primaria para las Personas Mayores Frágiles en Países Bajos, profesionales de enfermería evalúan las necesidades de salud y sociales, incluyendo la soledad de los/as pacientes a través de un cuestionario estructurado. Si presentan soledad en el cribado, un/a enfermero/a aplica un protocolo más amplio, que puede conducir a la creación de un equipo social del distrito que incluye a cuidadores informales y

voluntariado comunitario para trabajar con el/la paciente y los/as profesionales de Atención Primaria con el objetivo de que aumente los contactos sociales. Otro modelo holandés, Mejor Juntos, en el Norte de Ámsterdam, cuenta con un gestor de caso que integra los servicios sociales y sanitarios. Después de una evaluación, que incluye una escala de soledad, profesionales de atención primaria trabajan de forma conjunta con el gestor de caso, paciente y proveedores de servicios sociales para desarrollar un plan individualizado de cuidado de salud y social.

Reino Unido ha sido el primer país en poner en marcha un **Ministerio contra la Soledad**, al que le ha seguido de momento Japón. Las estrategias contra la soledad se han desarrollado especialmente en:

- Inglaterra con la estrategia Una sociedad conectada: Una estrategia para abordar la soledad en 2018.
- Escocia con la estrategia Una Escocia conectada: Nuestra estrategia para abordar el aislamiento social y la soledad y construir conexiones sociales en 2018.
- Gales con la estrategia Comunidades conectadas: Una estrategia para abordar la soledad y el aislamiento social y construir contactos sociales fuertes en 2020.

En Reino Unido, desde 2015, varias campañas se han centrado en **romper el estigma** asociado a la soledad, enfatizando que se trata de un fenómeno universal que puede experimentar cualquier persona, independientemente de la edad que tenga.

En Bélgica se han recogido aportaciones con las que elaborar un Plan para abordar la soledad en el periodo 2021-2024, con una lista de siete recomendaciones a nivel político:

1. Mejorar la **detección de factores de riesgo** o de variables que influyen en la vulnerabilidad hacia la soledad. La detección precoz de estas situaciones es el punto inicial a la hora de evitar que tenga lugar la situación de soledad no deseada. Esos factores pueden ser utilizados como señales de alerta o alarma ante cuya presencia se pueden poner en marcha las estrategias más convenientes desde la prevención.

2. **Crear sentimientos de soledad negociables** y buscar respuestas juntos. Es imprescindible diferenciar la soledad existencial que todas las personas pueden experimentar en diferentes momentos de la vida pero que es necesaria, por ejemplo, para tomar decisiones vitales importantes, evidenciando las diferencias a nivel interindividual y también a nivel intraindividual, ya que no se experimenta de la misma manera ni en la misma persona. Para ello es fundamental conocer qué es lo que piensan las propias personas mayores acerca de qué puede ser lo mejor para paliar la soledad.
3. **Analizar el impacto de las decisiones políticas sobre quién es vulnerable.** Para ello es necesario conocer cuáles son las alternativas para que las personas mayores puedan elegir en qué quieren participar, así como conseguir eliminar los obstáculos que pueden impedir una adecuada participación, con el objetivo de que se cumpla el objetivo de una sociedad para todas las edades de forma inclusiva y solidaria.
4. **Involucrar a las organizaciones de personas mayores** en la lucha contra la soledad. El papel de las personas mayores es fundamental en todas aquellas situaciones que les afectan directamente y para ello, las organizaciones ciudadanas deben ser reconocidas y valoradas.
5. Establecer el perfil de **coordinador/a de atención del vecindario.** Se trata de una persona que pueda ser responsable y recoja las necesidades de las personas mayores con el objetivo de detectar los factores de riesgo y de vulnerabilidad hacia la soledad. Esta persona podría hacer de mediadora para conseguir recursos a nivel formal e informal.
6. Desarrollar un **marco en torno a la soledad existencial.** Existen eventos vitales que pueden hacer que aparezca el sentimiento de

soledad, como puede ser tener que cambiar de domicilio. La modificación ambiental es imprescindible para que la persona se sienta bien y se tengan en cuenta sus prioridades, necesidades e intereses.

7. **Anclar iniciativas locales sólidas.** Se puede partir desde estrategias concretas, específicas y locales para continuar desarrollando otras a nivel más global.

En países como Francia o Austria se han establecido pactos nacionales y medidas concretas para **combatir el aislamiento** de las personas mayores y la soledad no deseada.

El proyecto Healthy Loneliness en el que colaboran la Universidad Politécnica de Valencia, el Ayuntamiento de Valencia, E Senior (Francia) y la Universidad Médica de Lodz de Polonia, ha desarrollado una cartera de actividades e intervenciones presenciales que se realizan en centros y asociaciones y que se ofertan a cada persona en base a sus necesidades concretas identificadas mediante talleres participativos.

El **Proyecto Eurocities** compuesto por ciudades de diferentes países, Polonia, Reino Unido, Italia, Francia, Países Bajos, España, Serbia, Luxemburgo, Lituania y Bélgica, ha compartido la iniciativa del Ayuntamiento de Fuenlabrada, que desarrolló un servicio con el que realizar hasta 900 llamadas diarias a vecinas/os de la ciudad con el objetivo de conocer su estado y las necesidades derivadas del confinamiento y para acompañar en situaciones de soledad, especialmente en personas mayores. También ha generado un directorio de negocios que ofrecen comida y servicios a domicilio. Esta misma red resalta la actividad del Ayuntamiento y la Universidad Rey Juan Carlos en la que voluntariado universitario ayuda a alumnado que tiene limitaciones telemáticas, para dar cobertura a dudas, consultas y necesidades, evitando soledad en otros grupos etarios.

Tabla 8. Mejores prácticas internacionales en soledad no deseada en personas mayores²

Eje de actuación prioritaria	Proyecto	Elementos relevantes
#Salud	MODELO FROME Frome Medical Practice y Health Connections Mendip	Mapeo de los recursos y servicios de la comunidad, Diversidad de canales de comunicación de los recursos, Diseño centrado en las relaciones, Cuatro niveles de intensidad en las relaciones a demanda de la persona mayor.
#Ambito comunitario	MONALISA Entidades sociales, Asociaciones profesionales, en toda Francia	Colaboración entre diversos agentes gubernamentales, económicos, tejido social, ciudadanía. Equipos ciudadanos a los que se les asigna una persona de referencia. Diversidad de programas y actuaciones para la detección e intervención

Fuente: Elaboración propia

Ámbito estatal, autonómico y local

En España, el **Libro Blanco del Envejecimiento Activo** (2018) ya incluía como punto clave la presencia o ausencia de los/as nietos/as en la vivencia de envejecer en solitario, que puede influir en el sentimiento de soledad. Casi un 50% de las personas mayores entendían la soledad como un sentimiento de vacío y tristeza. El Libro Blanco, destaca como elementos centrales:

- Promocionar el desarrollo de **políticas que estén basadas en los resultados de las investigaciones** realizadas en lugar de realizar hipótesis sin base científica.
- **Formar a los y las profesionales** que están en contacto directo con las personas mayores a nivel sociosanitario con el objetivo de aportarles no solo conocimiento sino también herramientas para la **detección temprana, la evaluación e intervención**.
- Fomentar las oportunidades o alternativas para que las **personas mayores mantengan el contacto social**.
- Poner el foco en la **experiencia vivencial de la soledad en hombres y mujeres que es diferente**. Mientras los hombres centran la soledad en el ámbito familiar en el caso de las mujeres lo asocian a un ámbito más amplio.
- Desarrollar **herramientas para combatir la soledad en las personas mayores**, pero especialmente en las mujeres en las que

esta situación aparece con mayor frecuencia, sugiriendo utilizar actividades comunitarias que sean controladas por las propias personas mayores.

- Desarrollar el **voluntariado** para combatir la soledad.
- Fomentar las **visitas a personas mayores** tanto en el ámbito comunitario como en el institucional.

En octubre de 2020 se aprobó en el Senado, a través de la **Comisión de Derechos Sociales**, una moción que solicitaba al Gobierno desarrollar una Estrategia Nacional contra la soledad crónica no deseada en las personas mayores. El objetivo es el abordaje integral, con medidas concretas, para **garantizar el bienestar a nivel físico, psicológico y social de las personas mayores**, fomentando su independencia, toma de decisiones y participación total basándose en los principios del envejecimiento activo. Se destaca que incluyan tanto la **detección de las situaciones, como la evaluación e intervención** ante las mismas. Y entre las medidas recomendadas o sugeridas se encuentran:

- El voluntariado.
- Las relaciones intergeneracionales.
- La promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.
- La promoción de salud física y psicológica.

²Para información más detallada, puede consultarse el Anexo 2

- La participación social, cívica, política y económica a nivel comunitario y local.
- El uso de nuevas tecnologías.

En junio de 2021, el **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** declaraba estar dando forma a la Estrategia Nacional **poniendo el foco en el ámbito más cercano y comunitario**, el vecindario y los comercios de proximidad y farmacias, promoviendo el consenso con las Comunidades Autónomas que son las que ostentan las competencias en materia de acción social, centros residenciales y cuidados.

En la compilación autonómica realizada por el **Observatorio Estatal contra la Soledad**, únicamente Castilla y León y la Región de Murcia disponen de una **estrategia específica contra la soledad no deseada**. Andalucía tiene un **Plan estratégico integral** para personas mayores, donde una de sus líneas estratégicas está dedicada a la soledad no deseada.

En la Comunidad de Madrid se inició en 2021 el **Programa Regional para prevenir la soledad no**

deseada en personas mayores y la Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada, para atender a las personas mayores que se encuentran viviendo en situación de soledad no deseada.

En los ayuntamientos de la Comunidad, son muchas las iniciativas programáticas para prevenir, detectar y paliar la soledad no deseada, con diferentes estrategias como la sensibilización a la ciudadanía, la detección de situaciones de riesgo y la intervención sobre la soledad y sus consecuencias.

Estrategias y Programas en la Comunidad de Madrid

Las personas que han participado en el estudio destacan que la Comunidad de Madrid ya tienen en marcha gran variedad de recursos, servicios y programas para paliar la soledad no deseada, destacando como los más relevantes los siguientes:

Actividades socioculturales en Centros de mayores

Todas las personas que han participado en el estudio coinciden en la importancia de los centros de mayores y de las muchas actividades que realizan ya que se trata de un recurso bien conocido, de alto uso y que contribuye a la socialización, previniendo e interviniendo ante la soledad no deseada.

“Pero hay muchas cosas en los centros de mayores de pintura, manualidades...”

(G4. Personas mayores Madrid Salud)

“Quizá ya hay una situación también de un antes y un después con respecto a la pandemia porque realmente antes de la pandemia la socialización se hacía mucho a través de los centros de mayores, que generalmente estaban llenos y había un montón de actividades socioculturales para las personas mayores que les permitía socializar. La pandemia les corta esa socialización y realmente les cuesta muchísimo trabajo volver a retomarla”

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Programas de acompañamiento

- **Voluntariado de la Unión Democrática de Pensionistas (UDP)**

Surge en el año 2000, y prioriza a personas mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, soledad no deseada y/o aislamiento. Las personas voluntarias son fundamentalmente personas mayores que ofrecen su tiempo tanto de manera online como presencial.

- **Te acompaña**

Programa de acompañamiento telefónico y presencial de Cruz Roja ante la soledad no deseada, de atención personalizada y confidencial. Está atendido por personal voluntario especializado en información, orientación y acompañamiento para abordar situaciones de aislamiento social y soledad no deseada.

“Son unas llamadas telefónicas en las que se hace un seguimiento a los usuarios, las visitas domiciliarias en las que vamos a los domicilios, y hay como dos partes, una que es acompañarlos a cubrir sus necesidades, los llevamos al hospital, a sus citas médicas, a sus citas con los trabajadores sociales para que no tengan que ir solos y, por otra parte, luego también se puede estar con ellos en domicilio”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **Asistencia a domicilio y Teleasistencia**

Promovido desde la Comunidad de Madrid, en colaboración con los ayuntamientos de la Región, en algunos casos coordinado con entidades sociales. En Madrid Capital, el Ayuntamiento incluye entre sus estrategias para prevenir y abordar el aislamiento-soledad la **asistencia a domicilio** y la **teleasistencia**. En la atención domiciliaria, además, se realiza un screening y se elabora un protocolo específico según la situación de la vulnerabilidad de la persona.

“Estamos haciendo visitas domiciliarias, ahí lo que intentamos es ver la situación de la persona y ver qué remedio podemos poner en su vida”

(E7.S9. Profesional Administración pública)

“No tenemos muchas herramientas, tenemos nuestros propios servicios, pero contamos también con las asociaciones de voluntariado, las asociaciones de voluntariado nos están ayudando muchísimo en lo que es el acompañamiento a personas que se sienten solas o que tienen pocas relaciones sociales y lo hacen a través de las visitas domiciliarias o el acompañamiento en la calle si es posible salir con la persona. Ahí están haciendo una labor francamente importante”

(E7.S9. Profesional Administración pública)

- **Adopta un abuelo**

Entidad con programa de voluntariado de acompañamiento intergeneracional, visitas a residencias, etc. Realizado fundamentalmente de forma telefónica (más desde la pandemia).

“En los programas de entidades como Adopta un Abuelo o de este estilo, que lo que hacen es simplemente a través de teléfono sobre todo, (...) creo que ha sido motivo de la pandemia. Todavía estamos tirando mucho de teléfono y también ellos necesitan un contacto más físico”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Programas de acompañamiento

- **Programa Charlamos**

Desarrollado en coordinación entre la Dirección General del Mayor, Cruz Roja, Solidarios para el Desarrollo, Nadie Solo y Grandes Amigos, dirigido a la atención telefónica a personas mayores en situación de poca o ninguna relación social o familiar, con acompañamiento por voluntariado especializado.

"Requiere de una buena coordinación, que se haga difusión del programa en los centros de salud, por ejemplo, en el ámbito rural de la Comunidad de Madrid o en los diferentes recursos que están en la Comunidad de Madrid, que conozcan ese programa"

(E8.S10. Dirección entidad social)

- **Programa de acompañamiento afectivo**

Desarrollado por Grandes Amigos para personas mayores de 65 años, aunque la mayoría de las usuarias son mujeres con una media de edad de 83-84 años, en viviendas sin ascensor.

"Acompañamos en domicilio y en residencias también, acompañamos para ponerles en contacto con una persona voluntaria o vecina con el fin de que establezca unos vínculos significativos y unas relaciones en las que al final se creen sus vínculos de amistad, que hacen que las personas nos sintamos mejor y entre otras cosas nos sintamos menos solas"

(E8.S10. Dirección entidad social)

- **Red voluntariado en el Barrio Salamanca**

Se trata de un programa desarrollado por Cáritas, que implica una red de personas voluntarias que realizan visitas a personas mayores para la detección de situaciones de soledad no deseada y realizar acompañamientos.

"Está montando una red con personas para que vayan a visitar a esas personas que se sienten solas, perdón, que viven solas, para saber si se sienten solas o no, y si se sienten solas pues entonces vale, pueden seguir así, y si hay que ayudarles pues entonces se les va a ayudar. No es un problema tanto económico en este barrio como de soledad"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

- **Programa Cerca de ti**

Desarrollado por el IMSERSO para la identificación de situaciones de necesidad y el establecimiento de procesos de acompañamiento y atención.

"Identificar personas que se sienten solas y además de acompañarlas, no solamente ir al domicilio y estar cada cierto tiempo, sino ver la necesidad que tenían de relación social y reconstruir con ellas las redes sociales y acompañarlas o al centro de mayores o al centro de mujeres o adonde fuera para que pudieran reconstruir sus redes. Y luego ese acompañamiento poco a poco se iba perdiendo el apoyo hasta que la persona volvía a estar digamos en la sociedad incluida"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Programas de promoción de relaciones intergeneracionales

- **Promoción de relaciones abuelos-nietos**

Desde la Asociación de Abuelos y Abuelas de España (ABUESPA) se trabaja para favorecer relaciones abuelos-nietos más cercanas y positivas, fortaleciendo la capacidad de los abuelos y abuelas para la relación con sus nietos y nietas.

"Empezamos a ver en qué podíamos ayudar a los abuelos y descubrimos que un campo que no estaba en absoluto trillado era la relación abuelos-nietos y nietos-abuelos. Entonces los abuelos no sabían y siguen sin saber cuál es el tipo de relación que están obligados a tener con los nietos y la relación que voluntariamente pueden tener con los nietos, y entonces ahí es donde hemos estado trabajando nosotros poco a poco y tratando de convencer primero, de aprender y después de comunicarnos los abuelos"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

- **Talleres y actividades para toda la comunidad**

Los Centros Municipales de Salud Comunitaria y el Centro Joven, dependientes de Madrid Salud, organizan actividades abiertas a toda la ciudadanía, promoviendo el encuentro intergeneracional diverso.

"Es un proyecto en colaboración con el Centro Joven y lo que vemos ahí es que el Centro Joven aporta a voluntarios jóvenes y nosotros ponemos a nuestros mayores para trabajar la brecha. La idea es que en nuestro centro se forma a esos jóvenes para que luego intervengan con nuestros mayores. Allí en nuestro centro tenemos una sala con ordenadores que es donde hacemos la estimulación cognitiva por ordenador (...) y ahí se ha establecido también unos encuentros maravillosos"

(G3. Profesionales Madrid Salud)

Programas de vivienda

- **Programa Convive**

Desde Solidarios para el Desarrollo se promueve que estudiantes universitarios/as vivan en casa de una persona mayor durante el curso académico, compartiendo las tareas y los gastos. Las personas mayores del programa son autónomas para la vida cotidiana, aunque prefieren contar con apoyo y compañía en su casa.

"(...) una persona joven que viene del pueblo a la ciudad y entonces hay un abuelo o una abuela que dice: "pues yo le dejo una "habitación" y entonces no se la cobra ni nada, es para tener una relación, al joven le viene muy bien y al mayor también le viene bien"

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

- **Pisos tutelados**

La Comunidad de Madrid ofrece plazas en pisos tutelados, equipamiento social de alojamiento para personas con autonomía personal que carecen de una vivienda en condiciones adecuadas. Además de alojamiento, ofrecen servicios de supervisión, teleasistencia, apoyo personal y social.

"Es verdad que en muchos casos estas solicitudes vienen por una situación de soledad, muchas veces también por un tema económico sobre todo en tema de pisos, por un tema habitacional, pero sí que es verdad que muchas veces al ver los informes ves que hay una situación de soledad también, no deseada, de querer formar parte de una comunidad."

(G2.S3. Profesionales DG)



Programas de Tecnologías de la Información y la Comunicación

- **Enseñar uso de nuevas tecnologías**
Desde la Asociación de Abuelos y Abuelas de España se enseña a las personas mayores para el uso de nuevas tecnologías de forma que puedan comunicarse con los/as nietos/as (y otros familiares) y puedan tener contactos más frecuentes y saludables.
- **Enrédate**
Desde Cruz Roja se están desarrollando el programa Enrédate, donde uno de los objetivos es ayudar a que las personas mayores se relacionen socialmente, en su entorno más cercano y en su entorno comunitario. Para ello, se realizan talleres sobre el uso de las nuevas tecnologías de la información para relacionarse virtualmente y para la búsqueda de recursos de participación.
- **Talleres brecha digital**
Desde la Comunidad de Madrid se ofrecen cursos y talleres en los Centros de Personas Mayores que, junto a los programas especializados de intervención, como "Mayores en situación de riesgo", fomentan el bienestar y las habilidades de personas mayores que cumplen criterios de fragilidad.

Fortalecimiento de la red comunitaria

Las personas participantes en el Estudio han destacado la importancia del fortalecimiento de la red comunitaria de la persona mayor en el abordaje de la soledad no deseada.

- **Madrid Vecina**
Desde el Ayuntamiento de Madrid con Grandes Amigos, y con financiación de la Dirección General de Atención al Mayor, el proyecto "Madrid Vecina" tiene como objeto la creación en los barrios de una red de detección de la soledad de las personas mayores, implicando a vecinos y vecinas, comercios, empresas, asociaciones y recursos

"(...) visibilizar en los barrios, mapearlos y hacer rutas para difundir entre los comercios principalmente, pero también entre otros espacios vecinales, la importancia de detectar personas mayores que están solas y poder derivarlas a los recursos que existen en el barrio. Entonces la carnicería, la panadería conocen a una persona mayor que cada vez va más y les transmite que está sola, que pueda la persona de los comercios decir que existe esta red y con la que puede contar. Esa es la otra pata, luego una pata de prevención de vecinos en el que personas mayores de 65 años que están bien, que están activas, pero que notan que van perdiendo un poco su red cercana que quieren seguir contando con hacer cosas y hacer cosas en el barrio pues nada, participa en el programa Grandes Vecinos que les permite ahí ampliar su red social, hacer más actividades y demás. Está enfocado y dirigido a personas mayores de 65 años que no tienen por qué expresar esos sentimientos de soledad sino simplemente que les gustaría seguir haciendo cosas y en un entorno de confianza y seguro"

(E8.S10. Dirección entidad social)

- **Fundación Pilares**
Desde la Fundación Pilares se interviene con personas que tienen una situación de dependencia o de riesgo incluida la soledad,

"(...) y lo que hacemos es hacer una valoración íntegra y en función del resultado de la misma se planifican con la persona actividades que puedan ser de su agrado. Y si les hace falta acompañamiento pues lo hacemos () nos movemos muy intensamente, hacemos una evaluación muy integral y muy personalizada, actuamos con gestor de casos"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)



Fortalecimiento de la red comunitaria

- **Red de Ciudades amigables con las personas mayores**

Promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de conectar ciudades, comunidades y organizaciones en todo el mundo con la visión común de hacer de su entorno un lugar mejor donde envejecer dignamente y con calidad. Se trata de una iniciativa centrada en la acción local, promoviendo la participación de las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades, opiniones y propuestas en el proceso de análisis y mejora de la localidad en diversos ámbitos, con el fin último de promover un envejecimiento saludable y activo.

"Yo soy escéptica porque el trabajo comunitario es maravilloso en teoría, igual que lo es lo de la Red de Ciudades amigables con las personas mayores y yo todos los años evalúo y hemos hecho un nuevo plan y todo lo que tú quieras, pero las grandes ciudades son grandes ciudades, son hostiles según nos dicen las propias personas que nos hacen el diagnóstico, y el ser humano cada día es más individualista. Y yo no sé si eso cambia porque nos empeñemos en que hagamos muchas cosas juntos, mucho trabajo juntos, que propiciemos las relaciones entre los vecinos, yo no sé cómo se propician, cuando te dicen: "pregunta a tu vecina de al lado que cómo se encuentra". Dices: "vale, pues le pregunto o no porque no me da la gana"

(E7.S9. Profesional Administración pública)

Sensibilización y envejecimiento activo de las personas mayores

- **Programa sensibilización ante cambios tras la jubilación**

Se trata de un nuevo proyecto de Cruz Roja, dirigido a personas que tienen que afrontar su jubilación.

"Va destinado sobre todo a gente que se está jubilando ahora. Es gente que todavía no ha cumplido los 65 pero que está en ese momento de cambio en el que yo creo que es un buen punto para esa sensibilización de la que hablábamos en la que tu estado de ánimo puede cambiar, va a cambiar tu etapa vital, vamos a ayudarte a que ese cambio no se haga pronunciado y pierdas como toda esa parte de autonomía, de responsabilidades, de otra manera y ya no entres en esa etapa adulta, en esa etapa de vejez con las mismas características, como con esos estigmas"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **Programa de sensibilización ante estereotipos**

Grandes Amigos también cuenta con un programa de sensibilización, en el que se visibiliza

"lo que es el envejecimiento para seguir cambiando, los estereotipos que hay hacia las personas mayores y la soledad"

(E8. S10. Dirección entidad social)

- **Talleres de envejecimiento activo**

El Ayuntamiento de Madrid, al igual que muchos de los municipios de la Comunidad, desarrolla varios talleres diferentes, entre los que destacan los talleres de envejecimiento activo.

"(...) son talleres de empoderamiento, de desmitificación de la vejez, ese tipo de cosas, y luego hay otros dos que tienen que ver con aumentar las habilidades en las relaciones sociales y el último que es el que va destinado a las personas con soledad, con sentimientos de soledad o aislamiento no extremo, pero sí con unas puntuaciones en el estándar lo suficientemente altas"

(E7.S9. Profesional Administración pública)

Tabla 9. Mejores prácticas en el ámbito autonómico y local en soledad no deseada en personas mayores³

Eje de actuación prioritaria	Proyecto	Elementos relevantes
#Acompañamiento	HILO DE PLATA Nagusilan	Acompañamiento telefónico, inmediato y personalizado. Escucha apoyo y seguridad. Paliar soledad y romper aislamiento. Formación para personas colaboradoras
#Vivienda	HOGAR Y CAFÉ. VIVIENDAS COMPARTIDAS Fundación Pilares	Mantenimiento en el domicilio y comunidad vs institucionalización innecesaria. Viviendas compartidas entre personas mayores. Participación plena en la toma de decisiones. Red de colaboración en el entorno comunitario
	COHOUSING SENIOR Trabensol	Vivienda colaborativa de cohousing, Residencias individuales con servicios colectivos y actividades diversas, Inclusión y participación en la comunidad
#Ayuda tecnológica	MAYORES CONECTADOS Fundación Alicia y Guillermo	Espacio digital adaptado a los hogares, Disminución de la brecha digital, Interacción social, Adaptación a la persona mayor, Plataforma de contenidos: ocio, cultura, autocuidado, formación...
#Centros residenciales	DUPLO Fundación Gregal	Relaciones intergeneracionales de personas mayores en centros residenciales y jóvenes estudiantes, Actividades artísticas y de ocio según preferencias del grupo, Compromiso de acción durante un curso escolar
#Ambito comunitario	MADRID VECINA Fundación Grandes Amigos	Detección de situaciones de riesgo asociados a la soledad no deseada, Redes de apoyo vecinales e institucionales, formadas y coordinadas
	RADARS Ayuntamiento de Barcelona	Identificación de radares (personas concretas) que conforman una red de barrio con varios espacios de participación. Detección de casos atendiendo a cambios en la dinámica habitual de las personas mayores y a sus demandas. Coordinación entre recursos y entidades.
	CONTIGO Ayuntamiento de Getafe	Red de detección, prevención y acción comunitaria, Colaboración entre servicios municipales y tejido local, incluyendo el comercio de proximidad, Protocolos de activación de servicios de acompañamiento e intervención

Fuente: Elaboración propia

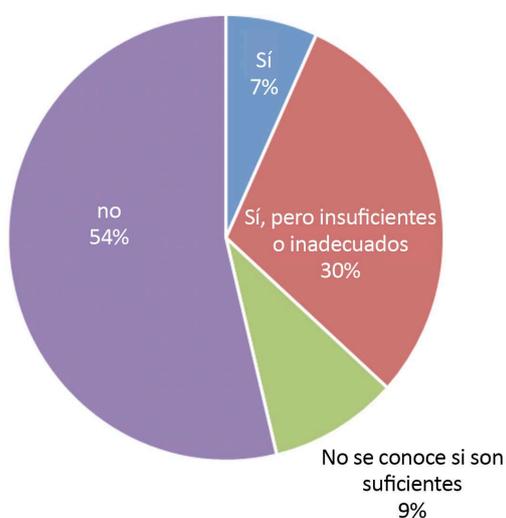
³Para información más detallada, puede consultarse el Anexo 2

2.5. Elementos de éxito y dificultades ante la soledad no deseada

Descritos algunos de los programas y servicios más relevantes en la Comunidad de Madrid, las personas entrevistadas y que participaron en el cuestionario, han valorado **la respuesta que se da desde las administraciones públicas al abordaje de la soledad no deseada**.

El **54%** de las y los profesionales que han participado en el cuestionario consideran, con rotundidad que los **recursos no son suficientes**. Si se une este porcentaje al de aquellos que matizan la respuesta, reconociendo que existen algunos pero que se requeriría una mayor adecuación de estos (en términos cuantitativos y cualitativos), se alcanza casi un **84% de profesionales con esta valoración de insuficiencia**. Solamente un 7% considera adecuada la dotación de recursos dirigidos a paliar el malestar de las personas mayores.

Figura 24. Suficiencia de los recursos



Fuente: Elaboración propia, resultados del cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

En líneas generales, las principales dificultades citadas están relacionadas con:

- La idoneidad y suficiencia de los recursos y coordinación.
- El conocimiento y acceso a los servicios y programas.

- La profesionalización del sector y el papel del voluntariado.
- La falta de inversión en investigación.

a. Idoneidad y suficiencia de recursos y coordinación

Las personas entrevistadas señalan como la principal dificultad en cuanto al abordaje de la soledad no deseada en personas mayores, la **falta de recursos**.

“Tiene que haber servicios, tiene que haber alternativas para que esa persona mayor pueda estar atendida, no podemos tampoco cargarle todo a la familia, porque la familia al final tiene que hacer su vida, (...) es una obligación por parte de las autonomías el tener recursos para hacer frente a esas necesidades. Igual que tenemos recursos si te pones malo o con un resfriado, si te duele la cabeza o si te da un infarto para que te cuiden, pues hay que tener recursos para que si una persona está sola pueda tener actividades, no hace falta que una persona vaya a tu casa, puede ser un centro social como había hasta ahora donde hay actividades comunes, en grupos donde la gente pueda ir a no estar sola, a socializar (...). Hay que concienciarse que es necesario ese tipo de servicios y que hay que ceder recursos para ese tipo de cosas, que es lo que no se hace ahora mismo yo creo”

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Otras cuestiones que influyen en el impacto y los resultados que los programas pueden tener son la **interrupción derivada de** la pandemia y que aún no se ha recuperado totalmente, la **falta de recursos de gestión directa** por parte de las administraciones públicas y la **ausencia de una partida presupuestaria sólida** que permita dar estabilidad a los proyectos y servicios.

En cuanto al diseño de los Programas y Servicios, es importante prestar una **atención más personalizada y centrada en la persona mayor y en sus necesidades e intereses**, que requiere del equilibrio entre los deseos de la persona mayor y las prestaciones que se ofrecen. Para ello, hay que

tener en cuenta la gran heterogeneidad de las personas mayores de 65 años.

"Es ese tratamiento uniforme, es decir, como si fueran un cuerpo único, lo que a mí me parece absolutamente absurdo y desde el punto de vista del tratamiento de la soledad en nuestra edad, en concreto los mayores, que puede obedecer a muchas causas. Es decir, el coste de la edad, pero que no tiene solución necesariamente, reuniéndose con todos los de su misma edad, aguantar a otro como tú, y ese es uno de los problemas, estamos acogiendo a colectivos, en realidad y todos para adelante y todos son iguales"

(G2.S5. Profesionales DG)

Por otro lado, las estrategias actuales pueden suponer una **segregación de las personas mayores** respecto a la sociedad en su conjunto, lo que fortalece el estigma, la invisibilidad, los estereotipos y un trato lejos de estándares de calidad y de garantía de derechos.

"Siempre todos juntos y por un sector de edad todos juntos y de alguna manera no se ha interactuado para que se sigan las personas mayores identificadas con su sociedad y, sin embargo, pues dicen: "no, estos ya son mayores, pues estos aparte" y entonces van todos los mayores tal, que como dice X es verdad que muchas veces van de un lado para otro"

(G2. Profesionales DG)

Y la mayoría de las actuaciones para abordar las situaciones de soledad solo tienen en cuenta a aquellos que son **autónomos**, pero no a los que presentan una situación de dependencia.

"(...) y encima ahí les marginamos, porque solamente van los que están bien, pero vamos, a la vuelta ya están malos, porque no hacemos ese tipo de actividades para los que no están bien porque no pueden participar, no están en condiciones, con lo cual al final estamos restringiendo también, estamos creando una especie de parque de atracciones a personas, es decir, que todavía revisten unas condiciones de participación equis y con una especie de..."

(G2. Profesionales DG)

También hay un acuerdo generalizado de que es necesario un **protocolo de actuación que coordine** a los distintos agentes implicados en la solución del problema. Ante una situación compleja, las soluciones no pueden ser parciales, desajustadas o descoordinadas.

b. Conocimiento y acceso a los servicios y programas

Aunque ya han sido enunciadas en los factores sociales, de interacción o participación social, existen grandes dificultades para el uso de los servicios y programas dirigidos a personas mayores.

Una de ellas está relacionada con el **desconocimiento** que los/as profesionales y las personas mayores tienen de los programas existentes:

"No, yo desde la Administración no lo conozco, si hablas con XXX que son los que llevan un poco estos temas no sé qué estrategia están llevando, (...) pero nosotros, yo por lo menos no los conozco, y ellos a lo mejor pueden dar luz de lo que están haciendo un poco, ¿no?"

(G2.S2. Profesionales DG)

También existen dificultades con el **acceso a la información**, ya que los programas y servicios suelen **difundirse de manera online**, lo que impide que personas en situación de soledad que no manejan las TICs puedan acceder a la información.

Además, la información **no se difunde de una manera generalizada**, de tal manera que, salvo que una persona esté activamente buscando un programa concreto de soledad no va a acceder a la información. Por lo tanto, a los sectores en mayor riesgo o vulnerabilidad esta información no llega.

"No disponen de información. No, salvo aquellas que quizá tienen una mayor apertura a participar, pues qué sé yo, en centros culturales, pero por desarrollo personal y demás, que quizá no son los que necesitan estas cuestiones. Sí que ha habido alguna campaña que ha podido llegar, pero también quizá yo porque estoy especialmente sensibilizado con

este asunto y voy observándolo, pero yo no tengo la sensación de que haya una difusión general que permita que las personas mayores sepan de esto. Insisto, o sea, el tema no es tanto orientarlo hacia las personas mayores sino a toda la población, porque al final esto es algo que afecta a todos"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

Otra variable que está relacionada con el acceso a los servicios es la dificultad que tienen muchas personas mayores para **acudir y confiar en el área social, rodeada de estigma y poco valorada a nivel social**. Se asocia a personas en exclusión social y sin recursos, no identificándolo como un lugar al que acudir en situaciones de soledad no deseada.

"El área social todavía está muy rodeado de estigma, con lo cual también les cuesta mucho ese tipo de actividades"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

c. Profesionalización del sector y papel del voluntariado

Hay un acuerdo generalizado entre los/as profesionales entrevistados/as de que el sector está poco profesionalizado, no está valorado el trabajar con personas mayores, **ni se reconoce la formación necesaria ni se otorga importancia a tener unos salarios dignos**, regulado por convenios laborales que determinan un contexto profesional muy precarizado.

"Falta formación en cuidadores y son bajos los salarios. Realmente las personas que atienden a esas personas, como cuidadores informales en sus domicilios, también suelen ser mujeres, y los cuidadores formales, profesionales, también, e incluso se empieza a dar un problema de envejecimiento de esos cuidados. Por ejemplo, en el ámbito de la ayuda a domicilio es importante reseñar que la mayoría son personas, aunque ahora ya se está cualificando digamos el... no tienen la cualificación profesional, o sea, si no va añadida de buenos salarios no termina siendo cualificación real"

(G2. Profesionales DG)

Incluso en los equipos profesionales, se encuentra **edadismo**, estereotipos y prejuicios, creencias y actitudes que repercuten de forma negativa en la atención que se presta a las personas mayores.

"(...)edadismo con respecto al tratamiento de determinadas enfermedades, por ejemplo, la frontera de la edad, a este señor ya para qué vamos a recuperarle, si ya total está, porque el tema no importa y, sin embargo, podría recuperar habilidades, (...) también el problema es el tratamiento de las enfermedades mentales (...), enfermedad mental y envejecimiento se consideran parte de un mismo espectro. Tienes mal las piernas pues tienes mal la cabeza, qué le vas a hacer, poco... y eso yo creo que influye más en la calidad de vida que cualquier cosa"

(G2. Profesionales DG)

En este sentido, se señala la **infantilización**, que se manifiesta, por ejemplo, ofreciendo actividades no significativas, cuando se les grita, se asume que no se enteran y se habla de ellos como si no fueran personas capaces e independientes, generalizando que no pueden afrontar sus problemas o definir su proyecto de vida por sí mismos/as.

"() de hecho por ejemplo a mí me da la impresión de que a las personas mayores les pasa como a los adolescentes o a los niños, más bien a los niños, cuando los padres se empeñan en apuntarles a muchas actividades extraescolares, y de hecho muchas de las cosas que ofrecemos a las personas mayores son miles de actividades, es decir, una tras otra, no sé cómo no los matamos en los viajes estos que les hacemos ir de un lugar para otro enloquecidamente, viendo siete países en dos días y cosas de estas, y el que no, se morirá de un atracón de paella"

(G2. Profesionales DG)

Ante esta falta de profesionalización del sector, las personas entrevistadas destacan el papel del voluntariado, aunque señalan las siguientes problemáticas:

- **Delegar en el voluntariado funciones que no corresponden**, sustituyendo puestos de trabajo en algunos casos o con una limitación de competencias para el trabajo con personas mayores.

“Ahora lo que está ocurriendo mucho es que las administraciones, sobre todo en el tema de personas mayores, delegan en los voluntarios. El trabajo de los voluntarios es enorme, pero te voy a explicar una cosa, por ejemplo, a mí me encanta “Grandes Amigos”. ¿Tú sabes que un voluntario no puede entrar bajo ningún concepto a casa de la persona mayor? Pica el timbre, sube, no puede entrar. Es decir, yo esto lo he sabido porque siempre me someto a nivel personal con Grandes Amigos, en Madrid Vecina, no tenía todavía los 65 años, pero me hicieron el favor como me faltaba tan poquito para cumplirlos y me dijeron: “el voluntario o la voluntaria nunca, nunca puede entrar al domicilio de la persona mayor”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

- **Falta de formación del voluntariado**, en aspectos relacionados con la atención a las personas mayores o con las características de esta etapa del ciclo vital.

“Como la mayoría de las iniciativas están formadas por voluntariado igual necesitan un poquito más de formación en ciertas características de personas mayores que a veces olvidamos, como que damos por hechas y por supuestas y que no son del todo correctas”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- **Percibir al voluntariado como una carga**. Al tiempo que las personas voluntarias se encuentran en muchas ocasiones asumiendo un rol que va más allá de lo que les corresponde, en ocasiones son percibidos como una carga por parte de profesionales y personal técnico de servicios sociales.

“El voluntariado se ve como una carga, se ve como a lo mejor están haciendo un rol que no les corresponde. Entonces hay muchas reticencias por parte de

algunos profesionales y técnicos de los servicios sociales a la hora de introducir el voluntariado en las vidas de las personas mayores. Es algo a abordar en el marco de esa estrategia, en el sentido de formación en los colegios profesionales, en las universidades, introducir la figura del voluntariado, de las redes vecinales, como un factor que incide en el bienestar de las personas mayores. Por supuesto no de cualquier manera, con un marco, con una formación”

(E8.S10. Dirección entidad social)

d. Investigación

Se destaca la **falta de investigación y rigurosidad** en la **evaluación** de la eficacia de los programas, así como en el **estudio de las variables asociadas** a la soledad no deseada en personas mayores.

“(…) otros países tienen iniciativas espectaculares y están dotando de inversión en investigación porque al final saben que la investigación te da pistas clave y que al final investigar, si uno lo hace bien y da resultado, y esos resultados luego se tienen en cuenta, produce ahorros sustanciales para las instituciones públicas, ahora ya que se quieran enterar o no ya es otro tema”

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

Esto evitaría errores de concepto en el diseño de los programas, al identificar claramente los **factores intervinientes y los ejes en los que se opera**.

“El tema ya de la soledad y compartir vivienda es un poco complicado, ¿sabes? La soledad al final es un concepto mucho más grande que simplemente compartir piso con alguien con el que al final puedes no congeniar. Entonces es un poco lo que vemos. Y no solamente con compartir una vivienda se podía paliar ese sentimiento, va más allá de ese compartir una vivienda (...) porque lo que pudimos observar en todo aquello es que detrás de todo había una problemática económica, las personas tenían un poco... llamaban, pero ya por un tema de una situación económica complicada”

(G2.S3. Profesionales DG)



Es creciente la preocupación política y social por la soledad no deseada, aunque requiere de evidencias legislativas, estratégicas y programáticas.

Se deben promover estrategias de sensibilización que luchen contra el estigma hacia las personas mayores y la asociación entre envejecimiento y soledad.

La complejidad del fenómeno y la diversidad en las personas que lo sufren o pueden sufrirlo, exige un desarrollo técnico con aval científico que aborde las causas de la soledad no deseada, realice valoraciones y diagnósticos diferenciales y planes de acción individualizados de probada eficacia.

Las iniciativas deben ser coordinadas por profesionales en el ámbito comunitario de referencia de la persona mayor, con enfoque basado en la persona y en redes de cooperación próximas y de confianza.

La implicación de multiplicidad de agentes permitiría abordajes preventivos, a lo largo de la vida, con especial incidencia ante situaciones vitales de pérdida o crisis.

3. ORIENTACIONES PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ACCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Todas las personas que han participado en el Estudio, profesionales, representantes de instituciones públicas y privadas y personas mayores destacan que actualmente hay un gran interés en la soledad no deseada, que se trata de un fenómeno que goza de atención política y social. Como dice una de las personas entrevistadas, a raíz de la pandemia.

"se ha puesto un poco encima de la mesa" (E8. S10. Dirección entidad social) y desde entonces se ha empezado a "hablar de la soledad, cosa que antes no ocurría de igual manera ni mucho menos"

(E9. S11. Junta directiva entidad social)

Hay que aprovechar el impulso en este momento para realizar actuaciones de impacto en la vida de las personas mayores y, por tanto, de mejora de la calidad de vida de la ciudadanía en su conjunto. Se presentan a

continuación propuestas para la innovación y mejora, que sirvan de orientación para revisar, reorientar y/o diseñar nuevas estrategias, desde la detección a la intervención, identificando el papel de los diferentes agentes involucrados.

3.1. Propuestas para la sensibilización y prevención

Las estrategias de sensibilización y las de prevención, tienen como objetivo **evitar que el sentimiento de soledad no deseada se cronifique y genere altos niveles de sufrimiento**, impactando en la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas mayores. La eficacia de las medidas exige que vayan acompañadas de una correcta planificación, que garantice su **estabilidad en el tiempo, dotándolas de una financiación suficiente y sostenida**.

Del mismo modo, la **investigación y los resultados de evaluaciones sólidas y rigurosas** sobre las iniciativas que se pongan en marcha permitirán identificar los factores sobre los que hay que incidir en la prevención, evaluando el impacto real en la población diana.

"No existe una difusión luego clara en términos, por ejemplo, científicos de diseño de estos programas y de su eficacia, o sea, podemos hablar más o menos de lo que hace, me parece interesante, pero no sé hasta qué punto es eficaz o no"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

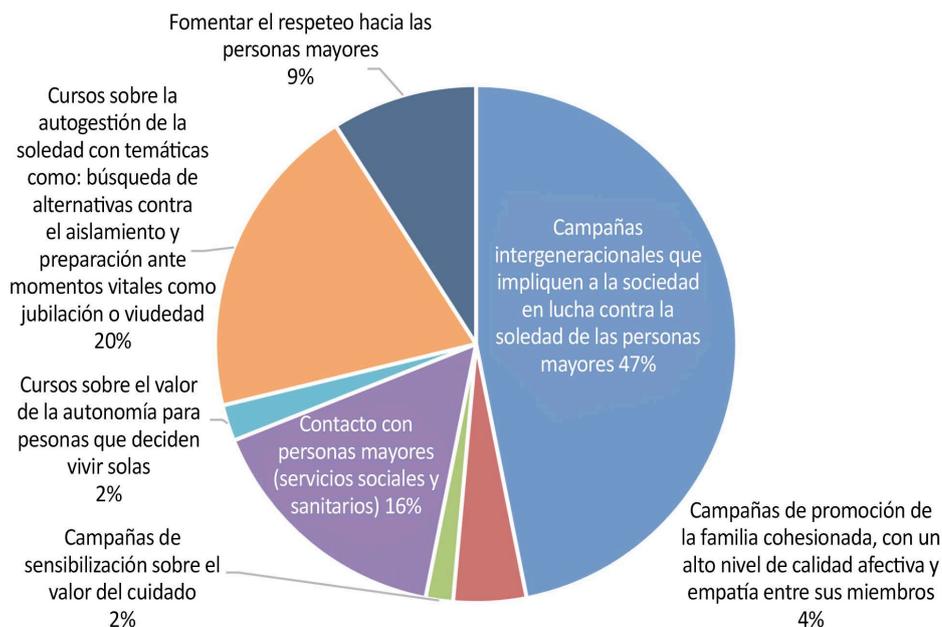
"Si tú no evalúas, yo qué voy a vender que previniendo la dependencia la gente va a entrar más tarde, pero ¿tú has evaluado?, ¿has hecho algún programa?, ¿has seguido durante 15 años un grupo para investigarlo?, ¿has financiado investigaciones de este tipo? No, no he

hecho nada (...) mientras tú no llegues con esto y lo coloques en una buena revista científica, no entiendes nada"

(E6.S8. Profesional Administración pública)

Combatir la soledad no deseada solo es posible si nos involucramos colectivamente y, para ello, hace falta una mayor **sensibilización dirigida al conjunto de la población**. Es la principal conclusión extraída de las entrevistas y los cuestionarios realizados. En estos últimos, un **47%** de las y los profesionales han respondido que son necesarias campañas intergeneracionales que **impliquen a la sociedad en la lucha contra la soledad de las personas mayores**.

Figura 25. Factores protectores de la soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

En cuanto al diseño de acciones preventivas, se han de tener en cuenta los factores de protección y los de riesgo asociados a soledad en las personas mayores, diseñando **intervenciones específicas** para aquellos perfiles de población que podrían atravesar situaciones de vulnerabilidad.

La sociedad en su conjunto ha de asumir su parte de responsabilidad, sin olvidar que **las**

personas mayores también pueden realizar acciones para prevenir la soledad no deseada. Las y los profesionales que participaron en el cuestionario han sido preguntados por este aspecto, concentrándose las respuestas, de forma mayoritaria, en el ámbito social, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales de proximidad, en la participación activa en la sociedad, aprovechando las oportunidades

y otras específicas para **profesionales y personas voluntarias**.

Ej: **Jornadas de sensibilización y formación dirigidas a la población general en centros comunitarios con base barrial Sesiones informativas-formativas en centros educativos asociaciones Programas de formación a voluntariado Planes de formación continua a profesionales.**

- Como estrategia preventiva principal, radical en la concepción y en el planteamiento, varias personas coinciden en que el abordaje tiene que darse de manera **transversal desde la infancia**, por ello el ámbito educativo es un espacio privilegiado para la **formación en valores, como la solidaridad y el respeto a las personas de cualquier edad** y a sus sentimientos, evidenciando la valía y el papel activo que las personas mayores tienen en la sociedad, y reconociendo su heterogeneidad.

Ej: **Acciones de Formación en valores desde la infancia en el ámbito educativo.**

“Estoy convencidísima de que, si a un niño tú le enseñas desde el primer momento cómo tratar a una persona mayor, cómo tratar a su abuelo, no como una persona mayor indefensa sino evitando todos los conceptos de edadismo, ese niño podrá estar con él (...) y aprender a empoderar a esa persona mayor para que sea quien decida. Mientras no seamos capaces de hacer eso no vamos a conseguir nada”

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

También podría conseguirse mediante el fomento de **actividades intergeneracionales**. Se debe garantizar que las personas mayores estén en contacto con el resto de grupos etarios, fomentando así el respeto a las personas mayores y el reconocimiento del valor que tienen en la sociedad.

Ej: **Programas de encuentro intergeneracional Proyectos piloto de base comunitaria Jornadas y talleres entre jóvenes y mayores Jornadas de actividades en los centros de mayores dirigidas a la comunidad Viviendas compartidas.**

“Algo tan fácil como generar espacios comunitarios en los que los mayores puedan acudir, o incluso que no solamente

sean para mayores, que también nosotros vayamos a sus espacios y nos acerquemos y conozcamos lo que hacen ahí”

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- Hay que dar voz a las personas mayores, deben ser escuchadas y **participar en el ciclo de definición del programas y proyectos**, opinar y expresar sus necesidades y demandas, siendo ellos y ellas los que decidan y puedan elegir.

“Yo creo que el principal problema que hay a nivel político es que todas las medidas que se ponen para luchar contra la soledad las pone gente que no la vive, es decir, las pone el político de turno, el técnico de turno que es gente como nosotros que vive una vida activa, que no está metida en el problema, y muchas veces la gente mayor, por ejemplo, se queja mucho de que ellos no opinan nunca, o sea, les ponen las medidas para favorecerlos a ellos, pero ellos no tienen ni voz ni voto ahí. Entonces no tiene mucho sentido que se hagan programas, que se hagan actividades sin tener en cuenta la opinión de los mayores, que sean ellos los que decidan: “oye pues mi necesidad es esta, esta y esta”, y nosotros como técnicos, como políticos, como gente preparada buscaremos los recursos para darle respuesta a estas necesidades”

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Y en esta línea, varias de las personas entrevistadas coinciden en que es en las **asociaciones**, en el tejido social, donde se promueve una mayor participación.

“Por eso muchas veces las acciones que se desarrollan desde las asociaciones son más directas porque sí que tenemos en cuenta la opinión de la gente que la necesita, porque son ellos los que nos demandan la necesidad. Las políticas muchas veces vienen por parte de profesionales o por parte de gente que no está dentro del problema (...) no son actividades que están adaptadas a las necesidades que la gente tiene”

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Solo así será posible que las actuaciones preventivas sean **relevantes y significativas para las personas mayores**

Ej: Diseño de sistemas de evaluación y análisis de necesidades y demandas de las personas mayores Programas de actividades que fortalezcan la capacidad autónoma y el bienestar (talleres de habilidades sociales, envejecimiento activo, prevención de la soledad no deseada) Actividades que promuevan el aprendizaje a lo largo de la vida (incluidos aquellos que mejoren las competencias digitales) Implementar actividades diversas para dar respuesta a la gran heterogeneidad de este grupo etario.

En relación con las acciones, se identifican algunas deficiencias en la **gestión**, que podrían tener un efecto negativo en la percepción y valoración de utilidad de estas acciones por parte de las personas destinatarias (y de la sociedad en su conjunto), aspectos que mejorarían si son realizadas de forma adecuada.

"No hubo elección de los participantes. No tenían contenido fijo, no tenían guión, no se partía de una idea de lo que se iba a intentar, no ha habido conclusiones, ni por sesión ni al final. La difusión nula. Las personas que han ido, o hemos ido, es porque hemos entrado en la página web o porque... pero claro, nosotros estamos en soledad no deseada, somos actores, nos movemos, o porque van a otra actividad en el centro y les dijeron: "venga, apuntaros a este" y se apuntaban, pero la difusión no ha existido, la selección, quiénes deberían beneficiarse de estos talleres, no ha habido selección. Si esto es lo que el Ayuntamiento vende como un esfuerzo en soledad no deseada miente (...). No se puede permitir."

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

- Por otro lado, para facilitar que las personas que se sienten solas soliciten ayuda y participen en actividades dirigidas a la prevención o a la intervención, resulta fundamental **romper el estigma asociado a los recursos de índole social**, como los Servicios Sociales, que continúan considerándose recursos dirigidos a personas que atraviesan situaciones de exclusión social o que carecen de recursos económicos.

Ej: Jornadas de puertas abiertas a la ciudadanía del barrio Campaña en medios de comunicación sobre la existencia y servicios que se prestan Actuaciones en el territorio.

En esta creencia errónea se incluye la labor del **voluntariado**, que se relaciona con la beneficencia y que debería de vincularse con relaciones simétricas entre la persona mayor y la que realiza el acompañamiento, en relaciones basadas en la confianza.

"Desde las entidades de voluntariado tenemos que trabajar en ese sentido de cambio de imagen del voluntariado asistencial y de beneficencia e ir más hacia estas relaciones de vínculos de amistad, de vínculos vecinales y con el fin de generar bienestar en las personas, normalizar las relaciones y establecer vínculos de una manera horizontal, no tanto del voluntariado que viene aquí a salvar al pobrecito abuelito. Huimos de todo eso y yo creo que hay que huir de todo eso para intentar generar espacios en los entornos de proximidad de confianza y donde se establezcan redes (...) en el entorno cercano"

(E8.S10. Dirección entidad social)

Otro aspecto relevante ya citado anteriormente, es que la prevalencia de la soledad no deseada aumenta conforme lo hace la edad, debido a situaciones muy variadas que suelen ocurrir en esta etapa de la vida que actúan como **eventos precipitantes**.

Entre estos acontecimientos, la literatura científica ha destacado la **jubilación**. Es importante que se realice una adecuada planificación de este momento, de manera que se incorporen o potencien actividades que tengan sentido y sean relevantes para cada persona, lo que implica contar con **pluralidad de estrategias para atender a necesidades heterogéneas**, evitando respuestas tipo.

"Primero habría que ver que el mayor se debe sentir útil, a pesar de haberse jubilado y que la sociedad interactúe para que esté integrado en ella y no sea una especie a extinguir, y aunque sea verdad que es un paso más adelante porque puedes estar más cerca de tus últimos"

días, pero que esos últimos días te sientas tú integrado dentro de la sociedad, cosa que ahora no pasa, por lo menos para mí"

(G2. Profesionales DG)

Ej: Programas de formación para afrontar cambios vitales y pérdidas (jubilarse, enviudar, ...).

En la Comunidad de Madrid, ya existen iniciativas (citadas en Estrategias y Programas de la Comunidad de Madrid) dirigidas a personas que se encuentra en situación de jubilación, para ayudarlas a anticipar los cambios que pueden producirse y adaptarse a esta nueva etapa con éxito.

"Muchas personas de mi entorno no previeron esto, empezaron baile, pintura, escritura, gimnasia y se llenaron la agenda, pero qué pasa, que es imposible que a todos nos guste todas y cada una de las cosas. Claro, a lo mejor la gimnasia no es una opción, es casi una obligación por aquello del envejecimiento activo (...) tan importante es que cuides el aspecto intelectual, profesional de lo que has sido, si es que has tenido una buena experiencia o si no que busques alguna actividad que hayas querido demorar para la jubilación y que te llene. (...) para continuar la vida creo yo que hay que hacerlo con diferentes actividades que sean muy parecidas a lo que vamos a dejar y que cuando lo dejemos ya tenemos como un caminito hecho"

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

- En relación con los cambios que pueden ocurrir ante eventos precipitantes, se destaca que el hecho de **contar con redes sociales significativas desde la juventud** amortigua el impacto emocional que estos acontecimientos pueden tener.

"Pues yo creo que sería todo más una cuestión de prevención, si nosotros desarrollamos redes de apoyo desde que somos más jóvenes y vamos intensificando esas redes de apoyo y las vamos potenciando yo creo que es mucho más fácil, al final cuando tú vas a un entorno más rural lo que ves es que de siempre hay asociaciones, organizaciones en la mayor parte de los sitios, las parroquias,

que fomentan mucho el hacer cosas comunitarias, el hacer actividades juntos que yo creo que es lo que falta sobre todo en las grandes ciudades que es lo que produce más el aislamiento"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Ej: Programas de promoción de redes de apoyo social Actividades de fomento de redes sociales heterogéneas Programas de solidaridad cercana de base comunitaria.

Los **medios de comunicación** tienen mucha relevancia en toda estrategia de sensibilización y visibilización. Deben tratar la soledad no deseada como lo que es, un fenómeno social, y no una epidemia, ni una enfermedad y, por lo tanto, no debe ser estigmatizada. Es una realidad comunitaria que debe tener un reconocimiento social para ser incorporada como compromiso político y colectivo.

Las personas que han realizado el cuestionario han valorado el papel de los **medios de comunicación**, siendo las respuestas muy heterogéneas. Algunas personas consideran que desarrollan una gran labor social, existiendo cada vez un mayor rigor científico y sensibilidad.

Sin embargo, otras consideran que se trata de manera superficial y sensacionalista, existiendo **edadismo y actitudes paternalistas**, mostrando una **connotación negativa y estereotipada** de las personas mayores, como personas frágiles y vulnerables. En algunas ocasiones pueden encontrarse incluso situaciones de maltrato a las personas mayores en prensa, con el impacto social que producen esas visiones.

"Pues yo creo que los medios de comunicación contribuyen de una manera muy decisiva a esta imagen tan negativa que hay de la vejez, también se ha visto y han salido estudios muy interesantes, por ejemplo, pues alguno que ha publicado Feliciano Villar de Barcelona, Maite Sancho en La Gaceta de la SER, pues han hecho reflexiones muy interesantes sobre la forma en la que ha habido un trato absolutamente negligente o incluso maltrato a las personas mayores en la prensa"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

- Desde los medios de comunicación, debería fomentarse una **imagen real de las personas mayores**, evitando fortalecer los estereotipos vinculados a la edad, el edadismo en sus múltiples manifestaciones, pudiéndose incluso, promoverse un pacto para evitar reforzar estas imágenes no reales (al igual que existe en la presencia en medios de otros colectivos en situación de desventaja social).

Las personas entrevistadas destacan varios ejemplos de discriminación por edad o edadismo. Por ejemplo, hacen referencia a los anuncios y, en concreto, al **edadismo estético**

“sobre todo para nosotras las mujeres, cuanto menos mayores mejor”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

O **edadismo a través del lenguaje**, más sutil, tanto que las propias personas mayores muchas veces no lo reconocen o no se dan cuenta, como cuando se les denomina “abuelas o abuelos” independientemente de que lo sean o no.

“Y luego he hablado con compañeros y compañeras de la Asociación y claro muchas veces me dicen: “bueno, pues a mí no me importa que me llamen abuela”. “¿Pero es tu nieto?”. “No, hombre, pero me lo dicen con cariño”. Ah, es decir, ¿y cómo le explicas a una persona mayor que eso es edadismo? (...) objetivamente no es tu nieto, no pertenece a tu familia, es el frutero (...) habría que ver si a todas las llaman abuelas o abuelos y tal, o a si los abuelos les llaman abuelos o solamente a las abuelas.”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

El edadismo también se encuentra en la **no inclusión de las personas mayores en los medios de comunicación**, incluso cuando se está tratando de temas relacionados con ellas o en su presencia en programas que ven.

“No, los medios de comunicación no transmiten nada de las personas mayores, es que se habla de eso, de las residencias, (...) nunca llevan una persona mayor para que responda, porque es que no da bien en pantalla (...) no es que van

en contra tuya, es que no van, es que te ignoran”

(E4.S5. Asociación de personas mayores)

“No dan audiencia (...) estamos olvidados y sobre todo por televisión, nos sacan en algún anuncio en la época de Navidad o en Reyes y punto”.

(G1.S2. Personas mayores piso tutelado)

Ej: Asesoramiento en campañas por parte de profesionales expertos/as Pacto social sobre la imagen de las personas mayores en medios de comunicación.

- Otra de las problemáticas destacadas con relación a los medios es la **rapidez con la que los medios cambian el foco de atención** en temas de relevancia social.

“Es todo cíclico, entonces ahora ha estado de moda el tema de los mayores, se ha hablado de ello, ahora está de moda la guerra, se va a hablar de la guerra, la pandemia por ejemplo ya no existe, ahora es todo la guerra”

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Esto es percibido por profesionales y personas mayores como un reflejo de cómo funciona la sociedad, de las cosas consideradas válidas, de la inmediatez que se imprime en la sociedad.

“Vivimos ahora, es todo como al momento, atención muy corta por cada tema”

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Cuando intentan ofrecer una imagen positiva, las imágenes son asimiladas a valores atribuidos a la juventud, incluso en algunas ocasiones de forma caricaturesca, sin destacar que muchos.

“tienen vidas muy gratificantes”

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Incluso se señala la **falta de objetividad de los medios** de comunicación y cómo pudiendo ser una vía de sensibilización de la sociedad, los intereses políticos prevalecen sobre los sociales:

“Estoy enfadadísima con todos ellos últimamente, porque no veo que ninguno sea objetivo con las cosas que pasan, los

veo totalmente politizados (...) no se salva nadie. Serían un medio bueno para sensibilizar a la sociedad con la situación que hay con el colectivo de mayores, como con otros colectivos, pero si vamos un poco a los intereses que nos marcan los políticos que hay en este momento o las instituciones o el jefe de todo el periódico equis al final no conseguimos nada"

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

- Promover la **accesibilidad a la información** sobre los recursos existentes en el entorno de las personas, para la **participación e interacción social**

Ej: Diversificar los canales de información dirigidos a las personas mayores (cartelería, información presencial y escrita, revistas vecinales) Establecer redes de agentes de proximidad como puntos de enlace (profesionales sociales y sanitarios, comercios de proximidad, etc.).

- **Aumentar la inversión en recursos económicos y humanos** suficiente y pertinente para la prevención de la soledad no deseada, que permita programas de amplia cobertura y estabilidad.

Ej: Incrementar las iniciativas de prevención en toda la Comunidad de Madrid.

"Conozco programas del Ayuntamiento de Madrid, de la Comunidad de Madrid no conozco así iniciativas que se estén llevando a cabo (...) el tema de la soledad es muy complejo y las iniciativas que se puedan establecer de forma puntual ya dice la literatura científica que es poco probable que tengan una eficacia suficiente, ¿no?, o significativa. Recursos podría haber desde mi punto de vista y tendría que haber, pero mi sensación es que no hay mucho recurso para esto"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

"Todavía podemos hacer un poquito más, están empezando a surgir muchos más y van mejor, (...) se podría llegar a más sitios, están muy concentrados en Madrid capital o en ciudades que son más grandes, como son Móstoles o Leganés, pero que zonas más como puede ser Buitrago o pueden ser las zonas de sierra todavía no está tan extendido este tipo de proyectos"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

PROPUESTAS PARA LA SENSIBILIZACIÓN Y LA PREVENCIÓN

- **Diseño de Campañas publicitarias** dirigidas a la población en general.
- **Diseño de Campañas específicas** dirigidas a colectivos o ámbitos sociales y profesionales concretos.
- **Asesoramiento experto** a medios de comunicación.
- **Formación en valores**, como la solidaridad y el respeto a las personas de cualquier edad.
- **Fomento de actividades** intergeneracionales.
- **Intervenciones** en momentos concretos del ciclo evolutivo, como la jubilación.
- **Diseño de investigaciones** que evidencien los factores que inciden de forma directa en la soledad no deseada y evalúen los resultados y el impacto de las iniciativas y programas.
- **Diseño de campañas divulgativas, formativas e informativas** sobre soledad no deseada y sobre los recursos de atención.
- **Fortalecimiento de los equipos** profesionales interdisciplinarios de atención a situaciones de soledad no deseada.
- **Incorporación** de las personas potencialmente destinatarias al ciclo de diseño de las propuestas.

3.2. Propuestas para la detección

El proceso de intervención en las situaciones de soledad no deseada se inicia con la detección.

El conocimiento de los **factores que inciden de forma directa en la soledad no deseada** y que podrían ser considerados como señales de alerta o alarma, así como el diseño de **herramientas de detección precoz eficaces**, requieren de una mayor inversión en **investigación**.

Además de la mera administración de escalas de soledad, se considera relevante que éstas sean **aplicadas por profesionales expertos/as**, que puedan valorar el constructo de soledad desde un marco más amplio, teniendo en cuenta los valores y normas culturales, el impacto de género, los intereses y motivaciones de la persona, o las limitaciones funcionales, entre otros

"Se sabe también por estudios que hay muchas personas mayores que evitan reconocer una situación negativa porque tienen miedo de que eso los pueda llevar a que se inicie un proceso de dependencia (...) que limite su deseo de ser autónomos e independientes. En ese sentido pues claro los indicadores directos van a fallar bastante y de los mejores indicadores que tenemos pues son las escalas. Tendría que haber mucha observación, mucho análisis desde una perspectiva compleja de tener en cuenta otra serie de datos (...) uno sabe que, si una persona mayor está en una situación de dependencia, con limitaciones de movilidad, pues es más probable que tenga soledad, pero desde luego hay otras variables muy relevantes (...) que tendrían que ser evaluadas".

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

Como se ha recogido en el apartado anterior, la información y la sensibilización acerca de esta realidad, trabajando con colectivos y grupos de profesionales, va a ayudar a generar **conductas de solidaridad y responsabilidad que ayuden a la detección de estas situaciones**. Se trata de promover que tanto la ciudadanía, como las y los profesionales con quienes las personas mayores interaccionan de forma habitual,

puedan **detectar e informar de forma temprana** situaciones potenciales de riesgo, para evitar las devastadoras consecuencias que puede tener la soledad en las personas que la sufren.

"Policía, jueces, centros de salud, enfermeros, médicos de cabecera (...) todos los sectores de la población tenían que estar incluidos en la detección."

(E6.S8. Profesional Administración pública)

Por tanto, en este compromiso, **toda la comunidad**, y no solo el contexto profesional de referencia debe asumir el reto de involucrarse, constituyéndose como una **red sensible y respetuosa** a partir de la cual las personas mayores podrán vincularse a la vida en comunidad. Implica adoptar una **actitud vigilante** para **detectar las señales de alerta**, ante cuya presencia se pueden poner en marcha las estrategias más convenientes desde la prevención.

Para que esta medida sea eficaz se proponen varias acciones:

- Proporcionar **formación, apoyo y supervisión a la comunidad y al contexto profesional de referencia** que están en contacto directo con la población mayor (vecindad, comercios, farmacias, centros de salud, centros de servicios sociales, etc.)

"(...) todas las redes de vecindad, de comercios, comercios amigos, farmacias, o sea, es como una capilaridad de llegar a todos los sitios donde las personas pueden acudir, por ejemplo, la peluquería, las personas mayores van a la peluquería porque lavarse la cabeza puede ser una actividad difícil de realizar, y se convierte en un acto social"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Ej: Actividades formativas e informativas: herramientas y recursos para la detección Asesoramiento por parte de profesionales expertos/as.

Se considera fundamental la especialización, siendo esencial un mayor reconocimiento **de las y los profesionales de la Psicología y expertos/as formados en gerontología**. Podrían detectar, evaluar y trabajar con algunas de las variables asociadas a la soledad no deseada.

"En esos colectivos tendría que tener un papel mucho más relevante algunas profesiones, como la de los psicólogos que están infrarrepresentados. Sería la profesión principal de un colectivo interdisciplinar. Tendría que haber mucha más gente formada en aspectos de la gerontología, porque no lo hay, ese es un fallo de nuevo también de más alto nivel (...) las instituciones se deberían preocupar porque hubiese mucha más formación específica en el trabajo con personas mayores, (...) eso no existe para personas mayores"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

- Diseño de un **protocolo o una guía de actuación para la vigilancia permanente**

Ej: Revisión y reformulación de protocolos de trabajo Participación de profesionales experto/as y de las personas mayores en su diseño.

Esta sencilla estrategia, fácil de proponer y aparentemente simple de poner en marcha, está dificultada por la **falta de coordinación y de red**, mezclándose diferentes competencias, ámbitos de responsabilidad y actuación que no colocan a la persona en el centro el sistema y que se ve agravada, además, por **falta de relaciones sociales**, que pueden actuar como causa y efecto.

Se deben **revisar y reformular las estrategias y procedimientos** de trabajo y esto significa incorporar elementos de **innovación**, en la investigación, en la definición del concepto mismo de soledad no deseada y en los instrumentos de detección.

Este protocolo debe clarificar el papel y responsabilidades de la ciudadanía y de las y los profesionales de diferentes ámbitos en relación con la detección. Cobran especial relevancia:

1. El **sistema sanitario**, específicamente los **centros de Atención Primaria (profesionales de la medicina y enfermería)**. Es uno de los contextos señalados como privilegiados para la escucha atenta y la identificación de situaciones de dificultad de personas que pueden encontrarse en riesgo o que muestren posibles situaciones de soledad no deseada. También es necesario articular

vías efectivas de detección a través de los servicios de urgencias sanitarias y de derivación al sistema de servicios sociales.

"Ellos suelen ir a centros de salud (...) a veces nos centramos tanto en simplemente saber si te duele la cadera, si te duele el ombligo, por así decirlo, que ni siquiera nos centramos en lo que ellos nos están contando, y la escucha activa sería una de las grandes apuestas para poder saber si están solos o no, porque lo verbalizan mucho"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

"Yo creo que en primer lugar debe ser el centro de atención primaria, es decir, el médico de familia. Entonces ahí ya está el primer agujero negro"

(G4. Personas mayores Madrid Salud)

Como propuesta específica en este ámbito se propone el diseño e implementación de una **herramienta de detección precoz (cribado)**, similar a los que existen en otros países de nuestro entorno (en concreto en Países Bajos cuentan con herramientas/cuestionarios estructurados, para el cribado de situaciones de soledad).

2. **Profesionales de otros servicios y recursos**, ya sean generalistas o diseñados específicamente para personas mayores. La implicación de los centros de **Servicios Sociales y de las entidades del tercer sector** es fundamental tanto en la detección como en el despliegue de los apoyos y/o derivación hacia los recursos existentes más apropiados para cada situación concreta. Se trata de tejer una **red de vigilancia**.

Los **Servicios Sociales** cobran un protagonismo específico como potencial eje de **coordinación** de todos los agentes comunitarios, función que se añadiría a sus competencias específicas y a su propia responsabilidad en la **detección y derivación**. También se debería contar con herramientas de detección precoz, que se implementaran en todos los servicios relacionados con la atención a las personas mayores (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de mayores, etc.).

“Deberían tener estrategias y habilidades e instrumentos para detectar soledad y saber intervenir. Es un lugar donde en cuanto falta alguien se podría, se debería actuar, saltar una alarma de a ver qué ha pasado y esta persona por qué no está aquí y para gestionarlo desde ahí”

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

3. La ciudadanía y los comercios de proximidad.

Las claves para la detección se encuentran en el entorno comunitario, por parte de todas las personas cercanas, tejiendo una **red social de protección, seguridad y apoyo**,

que fortalezca los principios de una sociedad cohesionada socialmente.

Esta red, formada por **vecinos y vecinas, comercios, farmacias, centros sociales, parroquias... del barrio**, estará dirigida a **prestar atención a la dinámica diaria** de las personas mayores de su entorno, detectar cualquier cambio importante e informar a los recursos especializados. Las personas mayores y el voluntariado que realiza funciones de acompañamiento tanto en domicilio como fuera del mismo, se consideran esenciales como "vigilantes de la soledad".

PROPUESTAS PARA LA DETECCIÓN

- **Incorporación la soledad no deseada**, sus factores de riesgo y protección, y las señales de alerta, en los planes de formación y actualización de profesionales que trabajan con personas mayores.
- **Diseño de protocolos y procedimientos** de trabajo en red, con base comunitaria, y coordinados por los Servicios Sociales.
- **Desarrollo de investigaciones específicas** sobre soledad no deseada y de validación de los instrumentos más adecuados para su detección.
- **Formación, apoyo y supervisión** a los agentes comunitarios y al contexto profesional de referencia.

3.3. Propuestas para la intervención

Antes de describir las propuestas concretas en este apartado, es conveniente resaltar una idea que ha sido repetida por la mayoría de las personas que han participado en el Estudio, personas mayores y profesionales expertos/as: la necesidad de fomentar la **participación social** de las personas mayores, en el **diseño y planificación de toda medida que les afecte**, activando la **sensación de control percibido sobre sus vidas**, lo cual contribuye a prevenir sentimientos de soledad:

“(...) habría que propiciarla desde el ámbito comunitario. Ya se hace, pero con muy poca intensidad, que las personas

y sobre todo los que viven más en sus casas, tengan decisión y participación sobre las políticas municipales, sociales y de la Comunidad que les afecta y puedan participar”

(G2. Profesionales DG)

“Existe un instrumento de participación en las residencias que es el Consejo de Usuarios y a eso hay que darle una vuelta, hay que empezar por ahí, porque al final no se usa como debería, tiene muchas más posibilidades y podría ser estupendo”

(G2. Profesionales DG)

“Es el futuro, y va a llegar, en la medida que los mayores vayan exigiendo, porque es verdad que la gente mayor ha sido una generación muy conformista, muy trabajadora, muy centrada en su trabajo, que ha pedido muy poco para sí y los más jóvenes nos hemos aprovechado de eso.”

(G3. Profesionales Madrid Salud)

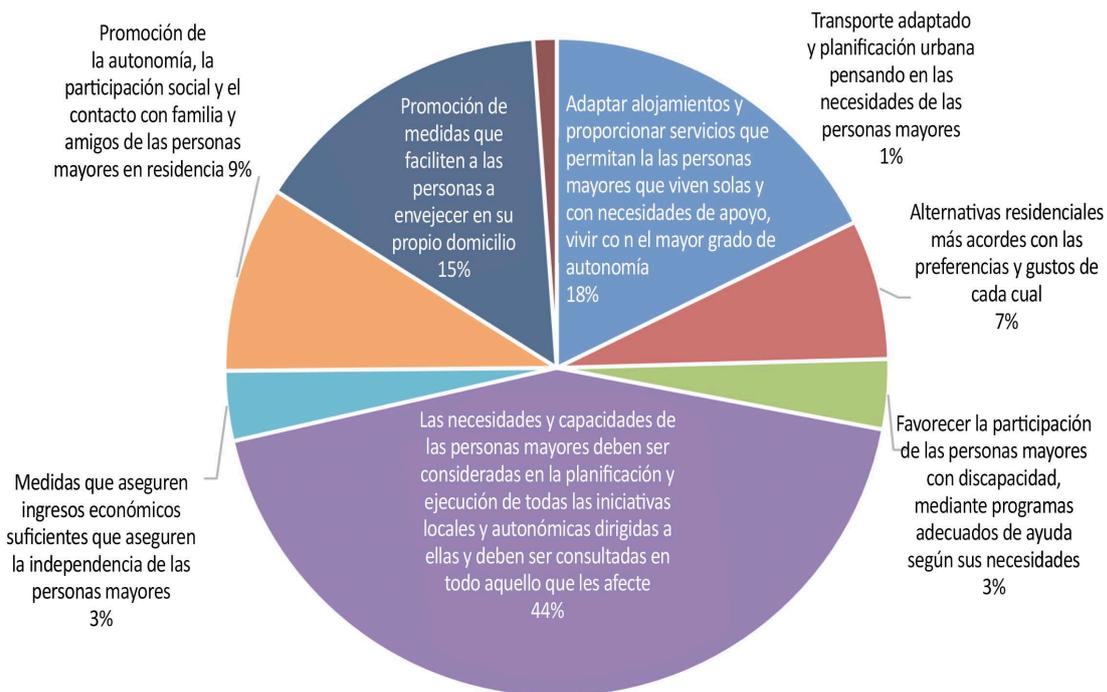
En el Cuestionario dirigido a profesionales empleado en el Estudio el 44% de las personas participantes consideran imprescindible tener en cuenta las **necesidades y capacidades** de las

personas mayores en todas aquellas iniciativas que se dirijan a ellas y contar con su opinión en todo aquello que les afecte.

Del mismo modo, opinan que hay que promocionar **medidas que fortalezcan sus capacidades para la vida independiente**, apoyándolas para favorecer su participación en actividades que promuevan la adquisición de habilidades para la vida autónoma y el mantenimiento de estilos de vida saludables

Este aspecto es particularmente relevante en el caso de las personas mayores que viven en centros residenciales.

Figura 27. Medidas para el fomento de la independencia de las personas mayores



Fuente: Elaboración propia, Cuestionario dirigido a profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid

En cuanto a la **eficacia de las intervenciones en la reducción de la soledad en personas mayores**, las investigaciones científicas son escasas. Por esta razón, una vez más, se recomienda una **mayor inversión en investigación**, que permita realizar **diseños más robustos**, utilizando

instrumentos de medida validados. Los programas deben ir precedidos de un estudio piloto que permita realizar las modificaciones oportunas para mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad, además de permitir replicarse en otros contextos.

Ej: Sistemas de indicadores compartidos en programas y servicios con significado social Bases de datos de Buenas prácticas Grupos de expertos/as desde la investigación teórica y aplicada Proyecto piloto.

Es difícil comparar los resultados obtenidos en los estudios por diversas razones: predominan los diseños cuasi experimentales, sin un grupo control, ni evaluación pre y post-intervención (Pitkala, Routasalo, Kautiainen y Tilvis, 2009), los grupos de participantes suelen ser pequeños, los instrumentos de medición utilizados son diferentes, así como lo son los formatos o contextos de intervención (grupales o individuales, comunitarios o contextos específicos) y las metodologías de evaluación generalmente son de tipo cuantitativo, perdiendo la riqueza de la combinación de una metodología cualitativa junto con la cuantitativa (Hemingway y Jack, 2013).

A pesar de ello, varias revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en soledad en personas mayores apuntan a que las más eficaces son aquellas que se realizan en formato **grupales**, con **actividades de apoyo y educativas**, dirigidas a **grupos específicos**, con la ayuda de los **recursos comunitarios existentes** y que incluyen un **entrenamiento y un apoyo en los facilitadores** (Cattan et al., 2005; Findlay, 2003).

Uno de los estudios más citados en la literatura científica relacionado con la intervención en soledad, es el realizado por Masi et al. (2011), que identifica 4 líneas estratégicas de intervención primaria:

- **Programas para mejorar las habilidades personales y sociales** y, con ello, la calidad de las relaciones sociales, interpersonales e intrapersonales. Se recomiendan intervenciones en modalidad grupal y con perspectiva de género, teniendo en cuenta que la forma en que los hombres y las mujeres viven y envejecen son diferentes.
- **Programas que aumentan las oportunidades de interacción o contacto social**, cuyo objetivo es implicar y motivar a las personas mayores en la participación en actividades. Son programas comunitarios que proporcionan a las personas mayores actividades lo más personalizadas posible, en base a sus gustos, intereses y necesidades, con enfoques basados en el contacto y la interacción social activa y participativa.

- **Programas que modifican patrones cognitivos sociales poco adaptativos**, a través de la reestructuración cognitiva. Varias investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales, siendo una de las más utilizadas a nivel internacional. No obstante, es conveniente señalar que estas estrategias se enmarcan dentro del área de la salud mental (y no en el ámbito social) y se emplean para el tratamiento de síntomas como la ansiedad y la depresión (Echeburúa y Corral, 2001; Moriana y Martínez, 2011; Norcross, 2002).
- **Programas para fortalecer las redes de apoyo social**, generando oportunidades que favorezcan la interacción social. Según una revisión sistemática de las intervenciones en la soledad y el apoyo social realizada por Stojanovic et al. (2016), tres tipos de intervenciones resultan eficaces: a) los programas de **conllevar intervenciones educativas centrados en el desarrollo de habilidades sociales**, b) los programas comunitarios enfocados a las capacidades artísticas, y, c) los programas de actividad física.

De nuevo, se recomiendan intervenciones en formato de grupo, reservando las intervenciones individuales para casos concretos a criterio de los profesionales (Findlay, 2003) y con una base teórica definida (Dickens et al., 2011). Aquellas intervenciones que incluyen actividades sociales y de apoyo son también las que parecen proporcionar un mayor beneficio. También aquellas en las que el individuo tiene un rol participativo.

En esta línea estratégica se incluirían los **programas de voluntariado**, donde adquieren una especial relevancia los proyectos de apoyo entre iguales. Son programas que satisfacen las necesidades de las personas mayores, que no son abordadas por los programas de salud y servicios sociales en la comunidad.

El voluntariado intergeneracional entre personas de distintas edades en el que se fomentan las relaciones para combatir la soledad ha demostrado ser de gran utilidad (Rook y Sorkin, 2003). Sin embargo, en general, se obtienen mejores resultados en aquellos programas de voluntariado donde los prestadores del apoyo son personas más cercanas en edad a la

población diana ya que los estudios indican que las personas mayores se suelen sentir más cómodos de “igual a igual”.

Esta diversidad de líneas estratégicas de intervención evidencia que **frente a la soledad no hay una única solución y es esencial contar con actuaciones y recursos diversos**. Solo así se puede dar respuesta a la **heterogeneidad del envejecimiento, la pluralidad de tipos de soledades y de las maneras de experimentarlas**. Esto está íntimamente relacionado con el modelo que comienza a imperar, el **Modelo de Atención Centrada en la Persona**. Desde este enfoque, se destaca:

- Una **atención de calidad e integral** -que aborde los planos individual, familiar, grupal y comunitario- solo es posible si partimos de un **enfoque multidimensional y de estrategias interdisciplinares**.
- La implementación de **programas especializados** en el abordaje de la soledad no deseada, conformados por equipos interdisciplinares del ámbito de la intervención Social (profesionales procedentes de la Psicología, Educación social y Trabajo Social, sin menoscabo de la incorporación de otras disciplinas). Para ello sería conveniente la creación de una nueva prestación social y la adaptación de las ya existentes, optimizando todas las sinergias de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- **Valoración y un diagnóstico integral** de la situación de la persona mayor, como punto de partida de cualquier intervención, que oriente el **plan individualizado de intervención**.
- El plan individualizado de intervención reflejará los **itinerarios de intervención más idóneos**, contemplando las actuaciones individuales, familiares, grupales y comunitarias: terapia psicológica, talleres de alfabetización digital, grupos psicoterapéuticos y psicoeducativos, actividades intergeneracionales, actividades de participación comunitaria, etc.

Se han de ofrecer respuestas personalizadas, en función de características sociodemográficas, necesidades, gustos o soledades distintas de las personas destinatarias. Aunque pudiera parecer evidente, el abordaje subyacente, considerando a las personas mayores de 65 años como una categoría social homogénea, muestra nuevamente los estereotipos y percepciones imperantes.

“Personalizar la oferta de actividades integrando a la persona mayor en la sociedad. Teleasistencia, que no sea solamente de carácter preventivo o no sea sólo para mejorar lo preventivo, sino para justamente integrarles en el entorno, ayudarles a salir por la puerta. Es decir, establecer perfiles de gustos, de aficiones, de contactos, establecer redes sociales teledirigidas, a poner en contacto a unos con otros, darles cuenta de las actividades que se están haciendo en el municipio, que no necesariamente tienen que ser para personas mayores, tienen que ser para personas que están interesadas en el ballet o en la música clásica o en el no sé cuántos, y eso sería”

(G2. Profesionales DG)

- En el **diseño del plan de intervención, debe participar la persona mayor**. Lo mejor para hacer frente a la soledad es tener múltiples opciones y que la persona elija, con plena autonomía y libertad, cuál de ellas va a dar una mejor respuesta a sus necesidades, va a ayudarlo a sentirse útil y puede dar sentido a su vida. Hay que actuar sin perder de vista el necesario respeto a la **capacidad de decisión de la persona, sobre cómo quiere vivir**, por encima del criterio profesional.

“Tenemos que escuchar al usuario respetando su derecho a decidir cómo quiere vivir, cómo quiere estar y diversificando la oferta y las distintas posibilidades para contemplar las individualidades y las situaciones de las personas”

(G2. Profesionales DG)

“No será tanto controlarlo todo, sino que la gente tenga control de sus vidas”

(G2.S4. Profesionales DG)

“Hay que respetar lo que cada persona quiera hacer, es decir, yo cuando sea mayor no va a venir nadie a decirme si tengo que estar, salir o entrar, yo decidiré (...) que decido mal pues ya está, igual que lo hago ahora lo haré cuando tenga 80 años si llego”

(G2.S2. Profesionales DG)

- Para el correcto seguimiento de los casos (no invasivo), se nombrará un/a **Gestor/a del caso**, desde el área social, que será la persona responsable de mantener una estrecha coordinación con los diferentes agentes implicados, especialmente con el área sanitaria.

Tomando como referencia buenas prácticas y la evidencia recogida en la literatura científica, así como propuestas realizadas por las personas que han participado en el estudio, tanto del ámbito académico como del aplicado, se podrían promover, de forma concreta:

Ej: Derivación a los programas especializados en la atención en situaciones de soledad no deseada (compuestos por equipos interdisciplinarios especializado, con Gestor/a del caso desde el área de salud, responsables de la valoración integral de la situación de la persona mayor, realizando un diagnóstico y diseño de un plan personalizado de intervención que coordine las actuaciones de los diferentes participantes, que actúan en coordinación estrecha del área social y sanitaria y realizan seguimiento de los casos, y que definen itinerarios de intervención que contemplan intervenciones individuales, familiares, grupales y comunitarias: terapia psicológica, talleres de alfabetización digital, grupos psicoterapéuticos y psicoeducativos, actividades intergeneracionales, actividades de participación comunitaria, etc.).

Por último, los programas deben **adaptarse al contexto local** en donde se implemente la intervención, y a las **necesidades específicas de la población a la que va dirigida**.

- Algunas de las revisiones de la literatura han identificado como una de las características que aumenta la eficacia de las intervenciones que éstas se **diseñen específicamente para grupos concretos de participantes** (mujeres muy mayores, personas viudas, cuidadores, personas en edad de jubilación, personas con discapacidad, etc.), dado que cada grupo concreto puede presentar unas necesidades determinadas, y por tanto las **intervenciones deberían diseñarse en base a dichas necesidades** (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005).

A modo de ejemplo, en grupos de **cuidadores familiares** de personas en situación de dependencia, se debería trabajar con pensamientos disfuncionales o activación conductual, entre otros:

"Aquellos que están vulnerables necesitan otro tipo de intervención más terapéutica, tienes ya que hacer más trabajo de cambio de pensamientos, de intentar buscar vías para que se activen conductualmente, para que se inicie la actividad física, tratar de que recuperen áreas de valor si las tienen o las han tenido para que se sientan parte de algo y que tengan ilusión e interés por las cosas"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

También se puede intervenir con situaciones graves como puede ser en situaciones de deterioro cognitivo grave o demencias, donde sería conveniente desarrollar **intervenciones específicas dirigidas a mejorar la calidad de vida y evitar el aislamiento**:

"Y luego estaría ya el porcentaje de población que quizás es menor pero significativo pues está en situación grave, podemos pensar como el máximo exponente las demencias, ahí también se puede hacer mucho y sería buscar la vía de que mejore su calidad de vida y no estén tan aisladas como están actualmente y sobre todo en países como el nuestro, porque si nos comparamos con países nórdicos hay diferencias sustanciales"

(E3.S4. Profesional, ámbito académico)

En **contextos institucionales**, aunque se han llevado a cabo pocas intervenciones para paliar la soledad, destacan los programas de terapia asistida con animales (Banks y Banks, 2002; Vrbanac et al., 2013), los de hortoterapia (Brown et al., 2004; Tse, 2010), los de ejercicio físico (Tse et al., 2014), los de terapia del humor y de la reminiscencia (Chiang et al., 2010), y las videoconferencias (Tsai et al., 2010). Las intervenciones grupales parece que son más eficaces para activar la socialización, y el número óptimo de personas por grupo es de siete a ocho (Cattan et al., 2005).

- El conocimiento y acceso de las personas mayores a los programas y servicios de intervención (y prevención) de situaciones de soledad no deseada, debe concretarse en el **contexto próximo**, donde se vive y convive de forma plural. Y nuevamente se apela a

los centros residenciales y a su necesaria integración en el contexto comunitario.

"Sobre todo yo veo que tenemos que intervenir desde la proximidad, desde lo más cerca del usuario (...) Estando detrás, vigilando, estando atentos, a todo eso que está pasando en la medida que nosotros podemos, en las casas, en los domicilios, en los entornos y en función de eso, de esa acción que detectamos pues poder intervenir, poder proponer y esperemos que aceptemos en lo máximo posible"

(G2. Profesionales DG)

"Las residencias no deben estar escondidas, no deben estar en los lugares alejados, no deben estar en los polígonos, no deben estar en lo alto de los cerros, es decir, tienen que estar en las ciudades, y la gente de la residencia también tiene que salir y el resto poder entrar en ellas"

(E6.S8. Profesional Administración pública)

- Y esta cercanía y proximidad, además de física, puede verse reforzada por todos los **sistemas tecnológicos** de comunicación, relación y acceso a la información. Una tecnología accesible, con dispositivos y sistemas adaptados a las características de las personas usuarias (en términos de accesibilidad universal y diseño para todas las personas), mejoraría, sin duda, el impacto de las actuaciones al ser más conocidas o verse reforzadas por canales de relación innovadores.

Ej: Creación de programas intergeneracionales de creación de ideas de soluciones tecnológicas para problemas sociales – Hackaton Talleres intergeneracionales de uso de sistemas de comunicación y relación tecnológicos.

PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN

- Diseño de propuestas de intervención heterogéneas y diversas basadas en las necesidades, intereses y demandas de las personas mayores.
- Fortalecimiento de la participación institucional, social y política de las personas mayores, en el ejercicio de su ciudadanía activa e independiente.
- Desarrollo de sistemas de evaluación de resultados e impacto de las estrategias e iniciativas de intervención, que permitan validar las hipótesis y generar lecciones aprendidas.
- Incorporación de los principios de Diseño Universal y Atención Centrada en la Persona en el ciclo completo de planificación de iniciativas de intervención con personas mayores.

y adolescentes o las Mesas de Vulnerabilidad para personas mayores, ambas lideradas desde los Servicios Sociales Municipales.

Dentro de este protocolo de actuación, cobra especial relevancia en la coordinación de las actuaciones la figura de **profesionales gestores/as de casos** en el área social, una propuesta que es una realidad en otras comunidades y que facilita que se coordinen los recursos para garantizar que la persona mayor viva en su hogar y con la mayor calidad de vida posible.

"Hay una gestora de caso en un centro de salud en otra comunidad y me pareció fundamental, me pareció fenomenal, porque es una persona que se encarga de si la persona mayor tiene que ir al médico de familia, luego tiene también los diferentes especialistas, el que puedan hacer esa coordinación entre todos los recursos. Eso trasladado a la parte social yo creo que sería muy positivo, estamos participando ahí en el País Vasco en Basalla en un proyecto de ecosistemas de cuidados y demás, en el que hay trabajadores sociales en los centros de servicios sociales que "medio" se convierten en gestores de caso. Tiene que seguir habiendo trabajadores sociales que se dediquen a la parte burocrática, pero unas figuras que estén ahí coordinando un poco todos los recursos que están en torno a una persona mayor"

(E8.S10. Dirección entidad social)

"() eso permitiría y facilitaría que pudiéramos seguir viviendo en nuestro domicilio con una serie de recursos que faciliten que podamos estar bien, incluido el voluntariado, los servicios más asistenciales, domiciliarios, toda esta parte afectiva y emocional, que al final hace que las personas se sientan bien y se sientan menos solas"

(E8.S10. Dirección entidad social)

- La segunda propuesta es **promover el trabajo comunitario**. Las personas entrevistadas coinciden en la importancia de la **coordinación comunitaria**, incluyendo a todos los agentes sociales.

"para mí hay un aspecto clave a trabajar, es cómo estas personas pueden detectar y derivar y promocionándolo y generando confianza pues pueden derivar a entidades de voluntariado o a los otros recursos que pueda haber en el barrio. Creo que desde la Comunidad de Madrid en la estrategia sería bueno el incorporar esa parte"

(E8.S10. Dirección entidad social)

"La persona donde está es en su casa y saliendo a la calle a comprar el pan o a la peluquería o a darse un paseo o a ir al mercado, y esa es su vida, normalmente, la de la mayoría. Otra cosa es los que ya van a una asociación o ya tienen red, pero realmente los que se sienten más solos son los que tienen esa limitación de vida, y por eso el trabajo en la comunidad lo veo como lo más efectivo"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Ej: Redes de tejido local cercano heterogéneo con base barrial Bases de datos de servicios y recursos de proximidad y bancos de proyectos testados...

Las **mesas de trabajo** se valoran como una acción útil, esenciales como espacios de intercambio de buenas prácticas y conocimientos entre profesiones, de difusión de los servicios existentes en el entorno de proximidad y de coordinación de actuaciones conjuntas. Se podría crear un directorio actualizado (mapeo) de recursos y programas, pero este trabajo arduo y complejo se debería de financiar y encargar a alguna entidad especializada.

"Las reuniones y las mesas de trabajo yo creo que ahora mismo son las que más pueden ayudar"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Para que esto sea posible es necesario el **diálogo y la negociación**.

"Si no hay esos elementos de comunicación es muy difícil, por lo tanto, nos jugamos mucho en ese tipo de proyectos que nos han dado el dinero para hacerlos tan rápido y sin dialogar y sin negociar con nadie, porque nos jugamos mucho, nos jugamos buena parte del futuro de"

generar políticas de este tipo que sean adecuadas, ¿no?"

(E6.S8. Profesional Administración pública)

- Favorecer la **integración y coordinación** entre los servicios de atención a las personas mayores, mejorando la coordinación social y sanitaria, contando con Bases de datos compartidas, es un elemento clave para la eficacia del sistema. El problema es que existen problemas actualmente para que la necesaria coordinación se produzca.

"Es que ahora son islas, por una parte, la ayuda a domicilio, por otra parte, la teleasistencia, por otra parte, el centro de día, por otra parte, la residencia, por otra parte, el centro de mayores, y eso tiene que haber un sistema que lo organice de otra manera de manera que esté integrado y coordinado"

(E9.S11. Junta directiva entidad social)

Aunque la coordinación ha de ser intersectorial e interadministrativa, es prioritario e imprescindible promover un trabajo colaborativo **entre el ámbito social y el sanitario**. En la actualidad, lo social y lo sanitario son dos culturas diferentes que tienen que aprender a trabajar de manera coordinada tal y como describe la siguiente persona entrevistada:

"Un poco cada servicio o cada organismo lo único que hace es parchear la parte que le corresponde y punto, todos vamos parcheando incluso las propias entidades, lo que nos queda parcheamos ahí y pasamos a lo siguiente y si viene una situación concreta parcheas esa parte y ya está, pero no hay una coordinación sociosanitaria nunca, jamás en la vida la ha habido ni la va a haber."

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

"Cuando las alarmas que no se encienden y deberían de encenderse porque por el centro de salud pasamos todos, pero es que a los centros de salud ya no se les puede pedir más, porque están con recursos humanos insuficientes, se les está pidiendo y si encima les queremos pedir

que se conviertan en coordinadores sociosanitarios pues esto es un nuevo planteamiento que se tiene que hacer desde las administraciones."

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Asimismo, se critica el hecho de **que existen modelos muy diversos de abordaje** (autonomía, hospitalizaciones, ámbito social o sanitario), cuando sería conveniente contar con un modelo común y en el que haya una comunicación entre el ámbito sanitario y social, donde el/la profesional tenga acceso a toda la información y ello le facilite realizar un diagnóstico apropiado:

"El proyecto de teleasistencia tiene un vectorial de soledad no deseada. El modelo que estamos intentando definir tiene varias vectoriales: ejercicio, hábitos saludables, prevención del maltrato, la soledad. Claro, yo necesito a Sanidad, que Sanidad se conecte ahí, si Sanidad con su modelo es libre, a su bola y cada hospital mete su proyecto y a su bola, en función de su autonomía, pues claro, esto es un cachondeo, lo lógico es que tú integres todos los sistemas y entonces al integrar todos los sistemas pues que al final tú puedas conectar la cronicidad, la propia plataforma que de alguna manera con una App tú puedas estar dentro de la teleasistencia o fuera de ella para que Sanidad se conecte, pero que tú compartas información, la que percibe la enfermera, el centro de salud y la que percibes desde lo social, para que tú a la hora de hacer el diagnóstico pues puedas ayudar realmente"

(E6.S8. Profesional Administración pública)

En este sentido, es importante **la coordinación a nivel informático**, es decir, poder contar con **herramientas informáticas o bases de datos compartidas**:

"Si tú quieres coordinar tienes que contar con buenas herramientas informáticas, para el uso inmediato de la información, por ejemplo, de una historia clínica y poder acceder a esa historia clínica. Un servicio de urgencias o el centro de servicios sociales, si una persona mayor de repen-

te se cae se desmaya, equipos humanos, financieros y materiales, y que haya una coordinación no únicamente a distancia, sino que se creen grupos de trabajo que van a estar siempre ahí, que, si una persona abandona el grupo de trabajo otra ocupa su lugar, de tal manera que vamos a tener vivos los equipos informáticos y vivos el cara a cara"

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

- Por último, la mayoría de las personas entrevistadas coincide en la importancia de que exista una **mayor implicación por parte de servicios sociales en la coordinación**. Especialmente esto se ha visto mencionado por los y las profesionales que trabajan con y en asociaciones, destacando la importancia de que servicios sociales haga seguimientos, tenga una cartera con los programas llevados a cabo por las distintas entidades y haya coordinación entre ellas.

"Muchas veces se realiza la derivación, por ejemplo, a nosotros nos pasa, nos realiza la derivación servicios sociales o les recomiendan ir a Cruz Roja y ahí se queda ese seguimiento, como ya estás en otra institución, ya estás... que muchas veces es por falta de tiempo, no es por falta de ganas, pero que si hay una coordinación mayor entre todas aquellas instituciones que trabajen con personas mayores, incluso presentando los proyectos que muchas veces incluso dentro de nuestra propia organización ni siquiera sabemos todos los proyectos que tenemos y ya de otras ni te cuento, sería muy positivo que, por ejemplo, si nosotros tenemos este curso de En-édate, pues que lo puedan saber otras instituciones, que puedan mandar a usuarios o incluso solicitar que nosotros vayamos a realizar el curso, o que si yo no dejo de tener plazas a lo mejor o a lo mejor ahora mismo no cuento con suficiente personal para acompañamiento, sepan qué otros recursos existen que podamos colaborar, creo que trabajamos poco en red, trabajamos mucho en instituciones, usuarios y el resto... todavía en los servicios públicos"

(E5.S6. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Ayudaría la puesta en marcha de una **Mesa de Seguimiento de Casos**, que reuniera a las y los diferentes profesionales que participan en la intervención, para compartir la evolución de las situaciones de cada una de las personas mayores que está en una situación de soledad no deseada.

Pero... el punto de partida es claro: no puede haber políticas activas contra la soledad no deseada si no hay una partida presupuestaria acorde a la complejidad de este fenómeno comunitario. Ya se ha hablado de que la coordinación debe ser intersectorial e interadministrativa, pero en este epígrafe se hace alusión a la coordinación en un nivel más macro, evidenciando la necesidad de una adecuada y rigurosa coordinación interinstitucional para la prestación de los servicios públicos.

Entre otras, se considera relevante la implicación y la coordinación de todos los agentes e instituciones.

Ej: Pactos territoriales contra la soledad no deseada Plan de acción comunitario basados en la evidencia científica Redes de expertos/as de la comunidad científica y de la investigación aplicada.

Sociedad en general: Por un lado, la coordinación debería incluir a todas las personas que forman parte de la sociedad, desde las personas particulares, las instituciones públicas y privadas, la propia familia.

"Coordinación entre trabajo social, entre servicios sociales, entre sanidad, policía, familia, es que tiene que estar todo conectado, sino se va perdiendo la información por el camino y es como el teléfono roto"

(E1.S2. Profesional, entidad social)

Estado y Comunidades autónomas: Varias personas señalan la necesidad de grandes acuerdos y pactos sociales

"Un acuerdo de gobierno y Estado, comunidades autónomas y tal de formar a nuestra sociedad y concienciarla para tal"

(E1.S1. Profesional, coordinación de programas para personas mayores)

Comunidad Autónoma y Ayuntamiento: Desarrollando líneas de acción entre las

administraciones que tienen las competencias en el diseño de las políticas y en su aplicación en el contexto más cercano y próximo a la ciudadanía.

“Sí, bueno vamos a ceñirnos a nuestra comunidad, es uniprovincial pero es una comunidad con una población muy grande y el ayuntamiento. Bien, ¿cómo es posible que no haya coordinación entre el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid? No la hay. ¿Cómo es posible que la Comunidad de Madrid no se hable de cómo evitar la soledad no deseada con un estudio, con un proyecto? Si en 2021 Madrid Salud ha publicado un proyecto estratégico para prevenir la soledad no deseada, ¿de qué estamos hablando? No hay coordinación, no hay y además el Estado puede hacer una estrategia nacional pero esto es competencia de las comunidades autónomas, el Estado no puede hacer nada de manera normativa. Entonces ¿qué problema puede haber que una comunidad uniprovincial con un ayuntamiento tan potente, siendo los dos responsables del mismo partido político? (...), ¿Es que todavía no han aprendido a coordinarse?”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Consejo de Personas Mayores: Para facilitar la participación de las personas mayores en los asuntos que les conciernen, de forma que sean escuchadas y tenidas en cuenta sus necesidades y valoraciones.

“Hay un Consejo Estatal de Personas Mayores, hay consejos regionales de personas mayores en cada comunidad autónoma. Esos órganos de representación de personas mayores tendrían que tener más participación y ser oídos. Los informes que hacen son preceptivos, pero nunca vinculantes, con lo cual el peso que pueden tener a la hora de decidir una u otra medida apenas es

influyente. Entonces sí me parece que hay que fortalecer la participación en la representación y hacerlo de una manera no alocada, sino de una manera organizada y coordinada para ser capaces de detectar lo que ha funcionado y lo que ha sido un completo desastre”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Empresas y sindicatos: En un papel directo de intervención en las personas que afrontan sus procesos de jubilación y continuación de vida independiente fuera del contexto laboral, y en la mejora sustancial de las condiciones laborales y el apoyo a la formación permanente de los y las profesionales que trabajan en los recursos y servicios para personas mayores.

“Empresas y sindicatos, en tema de soledad no deseada podrían hacer mucho más, cada uno en su papel, empresarios promoviendo viviendas, residencias para que sean lugares de vida a lo largo de todo el proceso y los sindicatos para que velen por los trabajadores del sector, pero para que también velen para que reciban la formación adecuada y el salario justo, porque en el sector del cuidado de las personas mayores hay mucha precariedad”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

Organizaciones, Asociaciones y Fundaciones: Reconocidas por su presencia cercana al territorio, por su conformación con profesionales altamente cualificados, por la representatividad de colectivos de mayores....

“Hay asociaciones vecinales que son si quieres los garbancitos que están en muchos sitios y que están muy cerca de las personas, fundaciones, asociaciones no vecinales sino de antiguos médicos, que una vez que han accedido a la jubilación o antes de jubilarse se proyectan como agentes activos para continuar ayudando, fíjate tú con la pandemia”

(E2.S3. Junta directiva entidad social)

PROPUESTAS PARA LA COORDINACIÓN EFICAZ

- Diseño de un Protocolo de actuación conjunto, que homogenice lenguajes, metodologías y mecanismos de coordinación, incorporando la figura del/la gestor/a de caso el área social, y tomando como referencia otras estrategias ya en vigor (como la protección de menores).
- Promoción del trabajo comunitario, con mesas de trabajo como espacio de conocimiento y coordinación entre dispositivos, compartiendo directorios actualizados de recursos y programas.
- Dimensionamiento de los recursos económicos y humanos necesarios para el abordaje de la soledad no deseada.
- Fortalecimiento de los Servicios Sociales en la coordinación, actuando como eje que promueva, entre otros, el seguimiento de casos.

4. CONCLUSIONES

La longevidad es una de las características de las sociedades del siglo XXI. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística - INE (2018-2068), en 2068 podría llegar a haber más de 14 millones de personas mayores en nuestro país, suponiendo esta cifra el 29,4% del total de la población.

Según los expertos, la soledad no deseada es una de las nuevas epidemias de los países más desarrollados económicamente, no solo por el aumento en cifras de personas afectadas y sus graves efectos sobre la salud y el bienestar, sino también por el impacto que tiene sobre la cohesión social, debilitando el tejido y la resiliencia comunitaria.

La soledad no deseada puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Hay muchos tipos de soledades no deseadas, que pueden ser experimentadas en cualquier etapa del ciclo evolutivo vital, con diferente grado de intensidad, duración y malestar subsecuente. Al no ser excluyentes, pueden solaparse y experimentarse de forma simultánea en diferentes momentos de la vida. Todas tienen en común que tienen su origen en circunstancias en

las que las redes sociales de relación, contacto y apoyo se ven reducidas como consecuencia de pérdidas.

Las investigaciones indican que la prevalencia es mayor en la vejez, incrementándose a partir de los 75 años, por las situaciones y acontecimientos que suelen ocurrir en esta última etapa de la vida, y no tanto por la edad en sí.

El estudio de este fenómeno resulta complejo por la dificultad que manifiestan muchas personas para reconocer que se sienten solas, afectando a su voluntad y capacidad para buscar ayuda, y convirtiéndose en un sufrimiento silencioso. Se trata de un sentimiento de naturaleza personal y privado, por lo que solo si la persona lo verbaliza, se puede detectar y actuar.

Estamos ante una experiencia subjetiva, individual y única para cada persona. Aunque existen diversos enfoques y definiciones de soledad no deseada crónica, todos comparten elementos comunes: es ajena a la voluntad de la persona y, por tanto, no elegida; se produce ante la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales (en cantidad y calidad); las relaciones significativas e íntimas son deficitarias o ausentes; hay falta de vinculación comunitaria; produce dolor, sufrimiento, insatisfacción, sentimiento de vacío y otras

emociones negativas teniendo importantes consecuencias para la salud y el bienestar físico y psicológico.

En el origen de la soledad no deseada se encuentra una combinación de factores internos y externos, que no afectan a todas las personas de la misma manera, presentándose gran variabilidad en la incidencia de éstos. Tener en cuenta los factores de protección y de riesgo asociados a la soledad en las personas mayores es fundamental para la identificación de poblaciones diana y el diseño de intervenciones eficaces.

La revisión de la literatura científica realizada en el Estudio permite identificar así a las personas que se encuentran en situación de potencial vulnerabilidad. Encontramos una mayor presencia de este sentimiento de soledad en función de los siguientes factores:

- **Perfil sociodemográfico:** mujeres; tener más de 75 años; estudios primarios; bajos recursos económicos; residir en áreas más desfavorecidas; estado civil de viuda, soltera o separada/divorciada; pertenecer a grupos étnicos o culturales minoritarios; vivir solas o residir en hogares institucionalizados. En cuanto al ámbito territorial, si bien es cierto que en el entorno rural existe una falta de servicios públicos, se cuenta con más apoyo comunitario y social.
- **Factores Psicológicos y características de personalidad:** Baja autoestima y autoeficacia; uso limitado de mecanismos de afrontamiento activos; pobres habilidades sociales; auto-estereotipos, como no ser útil o no tener nada que aportar a la sociedad; baja satisfacción vital; presencia de problemas de salud mental, como ansiedad social o generalizada, estrés y depresión; pobre resiliencia; percepción sesgada de sus experiencias sociales; no contar con un proyecto vital de dé significado a su vida.
- **Factores de Salud y Autonomía personal:** Percepción de salud como pobre; enfermedades crónicas; enfermedades cardiovasculares; accidentes cerebrovasculares; mayor fragilidad; pérdida de autonomía; dificultades de movilidad; deterioro de las capacidades sensoriales y cognitivas.
- **Factores de interacción y participación social:** Vivir sola; tener pocos hijos o no

tener; familias pequeñas o distanciadas geográficamente; tamaño de la red social reducida; actitud poco proactiva para el mantenimiento de las redes existente o el establecimiento de otras nuevas; contactos sociales poco frecuentes y de baja calidad; descenso en el nivel de actividades sociales; pérdida de recursos comunitarios; no sentirse valorados en la familia ni socialmente; pobres competencias digitales; entornos y servicios poco accesibles; presencia de barreras arquitectónicas en su entorno próximo.

Acercarse al perfil de las personas mayores de 65 años que pueden llegar a sufrir soledad no deseada en la Comunidad de Madrid, permitirá dimensionar la magnitud y el alcance que deberán adquirir las políticas que se pongan en marcha en nuestra región. Con el fin de identificarlas se ha establecido un cruce de dos variables: los factores de riesgo descritos en el Estudio y las características sociodemográficas de la población madrileña. Los datos más relevantes a tener en cuenta para establecer aquellos perfiles que requerirían de una intervención prioritaria son los siguientes:

- En el año 2050 se estima que España será el país más envejecido del mundo (40% de la población con más de 60 años), siendo Madrid una de las tres Comunidades con más edad. En este momento, el 18,33% ya cuenta con 65 años o más, el 35,2% de éstas tiene 80 años o más y se calcula que casi 2.600 personas mayores son centenarias (fenómeno del sobreenvjecimiento).
- Existe un alto nivel de feminización en este grupo etario, que aumenta conforme lo hace la edad. Así, a partir de los 65 años, el 61% son mujeres; aumenta al 65,7% en mayores de 80 años y entre las personas centenarias, alcanza casi un 82% (alto nivel de feminización).
- El 25% de las personas mayores de 65 años viven solas en sus casas, la mayoría mujeres (el 75%). En mayores de 80 años este porcentaje se incrementa al 35% (el 73% son mujeres). Se estima, según algunas encuestas realizadas, como la del IMSERSO y el CIS, que el 59% de las personas mayores que viven solas sienten soledad y aislamiento.

- Hay 51.200 mujeres de más de 65 años solteras, 235.000 viudas, 15.200 separadas y 31.000 divorciadas (INE, Encuesta Continua de Hogares, 2020). A partir de los 80 años la mayoría de las mujeres son viudas.
- En cuanto a personas que viven en residencias, en el año 2011, se estimaba que de las 37 mil personas el 68,6% eran mujeres. A partir de los 90 años, 11,8% de los hombres y el 18,1% de las mujeres del total de la población residían en ellas. En este ámbito residencial el porcentaje de soledad no deseada oscila entre un 22% y un 44%, duplicándose e incluso casi cuadruplicándose en comparación con el ámbito comunitario.
- Existe un patrón alto de envejecimiento en las zonas rurales más alejadas de la zona metropolitana. El porcentaje de mayores y de mujeres aumenta conforme disminuye el tamaño del municipio.
- Más mujeres que hombres informan de "mala salud", sobre todo a partir de los 75 años. Presentan peor calidad de vida, inferior esperanza de vida libre de discapacidad, más enfermedades crónicas, deterioro funcional y dependencia.

El sentimiento de soledad crónica y persistente aumenta el riesgo de un amplio abanico de trastornos o enfermedades a nivel físico y psicológico, afectando, por tanto, a la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Algunas investigaciones señalan que aumenta un 26% el riesgo de mortalidad prematura en personas que se sienten solas, aunque su letalidad está subestimada en la actualidad.

Por otro lado, aumenta la la sintomatología ansioso-depresiva, los pensamientos y conductas suicidas y el deseo de morir (1.281 muertes por

suicidio en España en 2020 en personas de más de 65 años), el deterioro cognitivo, la psicosis, así como la tasa de alcoholismo y los niveles de agresividad. Sentirse sola es **ocho veces más probable** en personas que sufren algún tipo de trastorno mental (Bound, 2018).

Es importante destacar que el suicidio en personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar de las muertes violentas que suceden en España (por delante de cualquier grupo de edad), siendo las que tienen las tasas más altas de suicidio a nivel nacional e internacional. Recientes estudios revelan que, desde el año 2013 al 2018, se suicidaron 430 personas de más de 65 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa del 39,42% por cada 100.000 habitantes. La soledad es una de las razones o motivaciones para quitarse la vida en esta etapa del ciclo vital.

No atender la soledad tiene un elevado coste económico. Algunos países han realizado esta medición, que, por ejemplo, en el Reino Unido supone un coste en torno a 10.000 euros por persona y año.

Este escenario supone uno de los retos sociales más importantes, siendo necesario incorporar el fenómeno de la soledad no deseada como una de las líneas estratégicas clave de las políticas públicas sociales y sanitarias, alineándonos así con los marcos legislativos y normativos internacionales en materia de protección y garantía de los derechos fundamentales y promoción del bienestar en las personas mayores. En este sentido, sería deseable un marco legal común, de ámbito estatal, o al menos autonómico, que diera cobertura formal y estableciera una dotación de recursos suficientes a cuantas acciones se desarrollen en esta materia.

5. PROPUESTAS

La respuesta a un fenómeno complejo no puede ser parcial o simple, dependiente de líneas de acción débiles o segmentadas. El cambio social en los roles, expectativas, motivaciones y deseos, amparado en el marco de garantía de derechos ciudadanos, exige **una implicación colectiva** en la que cada agente debe jugar su papel de forma exigente. No es posible la delegación de responsabilidades únicamente a las instituciones, o a las entidades sociales, a las familias y redes naturales o, menos aún, a las personas mayores que pueden sufrir soledad no deseada.

Combatir este fenómeno solo es posible aunando los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los y las profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado, en aras de mejorar la vida de las personas mayores, así como la de sus familias y comunidades. El compromiso abarca desde la prevención a la intervención, con un (re)tejido de las relaciones y de los cuidados.

Concluimos este Informe realizando propuestas **integradoras y generalistas**, citando en cada apartado algunas de las medidas concretas descritas anteriormente.

5.1. Investigación y evaluación

El diseño de estrategias institucionales y programáticas eficaces y eficientes requiere de una solvante y sólida investigación teórica y aplicada, que permita comprender el fenómeno de la soledad no deseada en su complejidad. Implica la definición exacta del problema evitando las ambigüedades, la identificación de las variables que operan y, por supuesto, la evaluación de las prácticas desarrolladas con criterios de eficacia, pertinencia, resultados e impacto, con un sistema de indicadores que tengan relevancia y significado individual, social e institucional.

Es necesaria una mayor inversión en investigación y análisis sobre las cuestiones sensibles a la edad, con perspectiva de género, ya que la experiencia vivencial de la soledad en hombres y en mujeres es diferente.

- Diseño de investigaciones que evidencien los factores que inciden de forma directa en la soledad no deseada y evalúen los resultados y el impacto de las iniciativas y programas.
- Desarrollo de investigaciones específicas sobre soledad no deseada y de validación de los instrumentos más adecuados para su detección.
- Fomento de proyectos de innovación de los modelos residenciales para personas mayores.
- Desarrollo de sistemas de evaluación de resultados e impacto de las estrategias e iniciativas de intervención, que permitan validar las hipótesis y generar lecciones aprendidas.

5.2. Sensibilización social

La soledad no deseada no es un trastorno que requiera per se de una intervención individual sobre la persona que lo sufre, ni es un objetivo vacío que abanderar de forma temporal. Es una muestra de desajustes sociales que debe abordarse desde el compromiso político y social. Visibilizar la vida de las personas mayores y su aportación a la sociedad, impedir el estigma asociado a ellas, y más a aquellas que sufren soledad no deseada, es el reto a conseguir que permitirá, al tiempo, comprender unos servicios sociales dirigidos al conjunto de la ciudadanía, de apoyo en todas las etapas de su ciclo vital, como soporte ante situaciones de necesidad.

Construir una sociedad atenta, comprensiva y que proporciona seguridad y apoyo es el elemento central de una comunidad cohesionada socialmente, que protege a su ciudadanía y que permite su desarrollo pleno.

- Diseño de Campañas publicitarias dirigidas a la población en general.
- Diseño de Campañas específicas dirigidas a colectivos o ámbitos sociales y profesionales concretos.
- Asesoramiento experto a medios de comunicación.

5.3 Prevención y detección

Los efectos de la soledad no deseada en las personas mayores son devastadores. La prevención (y detección a tiempo) de la soledad

incide en la evitación del sufrimiento y de los efectos en la salud física, psicológica y en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Es una responsabilidad institucional y social que, además, tiene efectos evidentes y positivos en el uso eficiente de los recursos públicos, multiplicando la rentabilidad social y económica de las inversiones

- Diseño de acciones formativas dirigidas a la población en general y a colectivos o ámbitos sociales o profesionales específicos.
- Formación en valores, como la solidaridad y el respeto a las personas de cualquier edad.
- Fomento de actividades intergeneracionales.
- Intervenciones en momentos concretos del ciclo evolutivo, como la jubilación.
- Implementación de acciones que favorezcan el conocimiento de los recursos existentes (ciudadanía y profesionales).

5.4. Intervención comunitaria

El diseño de estrategias con base comunitaria se ha mostrado como el más eficaz. Es importante poner el foco en el ámbito más cercano, donde cobran especial relevancia el vecindario y el comercio local, con un papel esencial de las oficinas de farmacia. La red de proximidad es la concreción de la cohesión de la comunidad, que permite a sus miembros el ejercicio de sus deseos y la cobertura de sus necesidades. Y es un contexto institucional que facilita la innovación y que aporta los recursos necesarios para que los agentes locales y cercanos realicen sus aportaciones con altos estándares de calidad, desde el conocimiento experto.

- Promoción del trabajo comunitario, con mesas de trabajo como espacio de conocimiento y coordinación entre dispositivos, compartiendo directorios actualizados de recursos y programas.

5.5. Atención centrada en la persona y diseño universal

Colocar a la persona en el centro de todo el sistema es la estrategia que permite el diseño de propuestas eficaces y de impacto. El

cumplimiento de las orientaciones establecidas en los modelos de Atención Centrada en la Persona y Diseño Universal (la creación de productos y entornos diseñados de modo que sean utilizables por todas las personas en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptaciones o diseños especializados), asegura que cualquier persona puede realizar el ejercicio de sus derechos en entornos, procesos, bienes, productos y servicios que son comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Y así se facilita la participación real de las personas mayores en la toma de decisiones de los distintos ámbitos sociales y políticos, con protagonismo en la transformación de sus entornos y realidades.

- Incorporación de las personas potencialmente destinatarias al ciclo de diseño de las propuestas dirigidas a personas mayores.
- Diseño de propuestas de intervención heterogéneas y diversas basadas en las necesidades, intereses y demandas de las personas mayores.
- Fortalecimiento de la participación institucional, social y política de las personas mayores, en el ejercicio de su ciudadanía activa e independiente.
- Incorporación de los principios de Diseño Universal y Atención Centrada en la Persona en el ciclo completo de planificación de iniciativas de intervención con personas mayores.

5.6 Formación especializada y actualización permanente

Si pretendemos que la atención que se brinde a las situaciones de soledad no deseada sea de calidad, se ha de fortalecer la capacidad de todas las personas que van a tener un papel asignado en tareas de detección, prevención e intervención.

Hay que promover acciones formativas para los y las profesionales (y voluntariado) que estén en contacto directo con las personas mayores, no solo en el ámbito sanitario, sino también en el social, con el objetivo de aportarles herramientas de detección temprana, manejo

de la situación y conocimiento de los recursos a los que pueden derivarles.

- Fortalecimiento de los equipos profesionales interdisciplinarios de atención a situaciones de soledad no deseada.
- Incorporación la soledad no deseada, sus factores de riesgo y protección, y las señales de alerta, en los planes de formación y actualización de profesionales que trabajan con personas mayores, de especial relevancia en recursos sanitarios.
- Acompañamiento, formación y supervisión a la red de acción comunitaria (vecindad, comercios, farmacias, centros de salud, etc.).

5.7. Coordinación y trabajo en red

Las intervenciones deben incluir la pluralidad de miradas de los perfiles implicados (instituciones de diferentes ámbitos territoriales y competenciales, profesionales de diversas disciplinas, tejido económico y social, colectivos, familias, personas). El abordaje de la soledad no deseada es inaplazable y requiere de coordinaciones eficaces y convergentes (con la persona en el centro) que impidan las ineficiencias del sistema.

Se hace imprescindible una coordinación estrecha y estable, especialmente, entre el ámbito social y el sanitario. Ante la detección de una situación de vulnerabilidad sería necesario establecer un protocolo de actuación que garantizara una respuesta eficaz para prevenir

o intervenir ante una situación de soledad no deseada, tomando como referencia experiencia exitosas.

- Diseño de protocolos y procedimientos de trabajo en red, con base comunitaria, y coordinados por los Servicios Sociales.
- Diseño de un Protocolo de actuación conjunto, que homogenice lenguajes, metodologías y mecanismos de coordinación, incorporando la figura del/la gestor/a de caso en el área social.
- Fortalecimiento de los Servicios Sociales en la coordinación, actuando como eje que promueva, entre otros, el seguimiento de casos.

5.8 Relevancia política y presupuestaria

Las administraciones públicas son las responsables últimas del bienestar de la ciudadanía y tienen la competencia (y el deber) de garantizar los derechos. En coordinación con el resto de agentes, deben apoyar política, técnica y económicamente las estrategias de innovación que requiere el abordaje de la soledad no deseada, fomentando la investigación, promoviendo la coordinación, gestionando el conocimiento acumulado y asegurando la cobertura de necesidades de la ciudadanía.

- Dimensionamiento de los recursos económicos y humanos necesarios para el abordaje de la soledad no deseada.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aartsen, M. y Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *Eur J Ageing*. 2011 Mar;8(1):31-38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Abdellouai, A., Chen, H. Y., Willemsen, G., Ehli, E. A., Davies, G. E., Verweij, K. J. H., Nivard, M. G., de Geus, E. J. C., Boomsma, D. I. y Cacioppo, J. T. (2019). Associations between loneliness and personality are mostly driven by a genetic association with Neuroticism. *Journal of Personality*, 87(2), 386-397. <https://doi.org/10.1111/jopy.12397>
- Alma, M. Van der Mei, S.J. y Feitsma, W.N. (2011). Loneliness and Self-Management Abilities in the Visually Impaired Elderly. *Journal of Aging and Health* 23(5):843-61. <https://doi.org/10.1177/0898264311399758>
- Anderson, C. A., Horowitz, L. M. y French, R. D. (1983). Attributional style of lonely and depressed people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 127-136. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.45.1.127>
- Andreadou, E., Anagnostoullis, M.C., Vasdekis, V.G.S. y Kararizou, E. (2011). The impact of comorbidity and other clinical and sociodemographic factors on health-related quality of life in Greek patients with Parkinson's disease. *Aging and Mental Health* 15(7):913-21. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569477>
- Ayuntamiento de Madrid (2021). *Madrid, ciudad amigable con las personas mayores. Plan de Acción 2021-2023*. Área de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid. https://transparencia.madrid.es/FWProjects/transparencia/PlanesYMemorias/Planes/Mayores/Plan%20Madrid_Amigable%202021_2023.pdf
- Ayuntamiento de Madrid (2017). *La Soledad no deseada en la Ciudad de Madrid. Informe de Resultados*. Madrid Salud.
- Banks, M.R. y Banks, W.A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 Jul;57(7):M428-32. <https://doi.org/10.1093/geron/57.7.m428>
- Bausela, E. (2010). Sánchez, R. (2009). Psicología y dependencia. De la ley a la intervención psicossocial. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. *Psychosocial Intervention*, 19(1), 101-102. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n1a10>
- Benito-León, J., Louis, E.D. y Bermejo-Pareja, F. (2009). Risk of incident Parkinson's disease and parkinsonism in essential tremor: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Apr;80(4):423-5. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.147223>
- Blyth, F.M. y Noguchi, N. (2017). Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017 Apr;31(2):160-168. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.10.004>
- Brown, J.H., Gillooly, J.F., Allen, A.P. Savage, V.M. y West, G.B. (2004). Toward A Metabolic Theory Of Ecology. *Ecology Volume 85, Issue 7 p. 1771-1789*. <https://doi.org/10.1890/03-9000>
- Burholt, V. y Scharf, T. (2014). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014 Mar;69(2):311-24. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt121>
- Cacioppo, J.T., Chen, H.Y. y Cacioppo, S. (2017). Reciprocal Influences Between Loneliness and Self-Centeredness: A Cross-Lagged Panel Analysis in a Population-Based Sample of African American, Hispanic, and Caucasian Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Volume 43, Issue, 8. <https://doi.org/10.1177/0146167217705120>
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B. Van Gauter, E. y Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
- Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C. y Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010 Jun;25(2):453-63. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cahill, S. y Diaz-Ponce, A.M. (2011). 'I hate having nobody here. I'd like to know where they all are': Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging Ment Health*. 2011 Jul 1;15(5):562-72. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.551342>
- Campaign to End Loneliness. (2020). Tackling loneliness in the time of Covid-19. https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Tackling-Loneliness_Covid19-final-1-4.pdf
- Campaign to End Loneliness. (2020). The psychology of loneliness. Why it matters and what we can do. https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Psychology_of_Loneliness_FINAL_REPORT.pdf
- Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Cattan, M. y White, M. (1998). Developing Evidence Based Health Promotion for Older People: A Systematic Review and Survey of Health Promotion Interventions Targeting Social Isolation and Loneliness among Older People. *Internet Journal of Health Promotion*, 13, 1-9.
- Centre for Ageing Better. (2020). *Dodderly but dear?: Examining age-related stereotypes*. <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2021-08/Dodderly-but-dear-examining-stereotypes.pdf>
- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D. y Hanratty, B. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 16(7), Artículo e0255088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. y Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Coll-Planas, L., Del Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T. y Monteserin, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. 2017 Jan;25(1):145-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12284>
- Comunidad de Madrid. (2017). *Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021*. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-mayores-2017-2021>
- Comunidad de Madrid. (2021). *Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
- Courtin, E. y Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dahlberg, K. (2009). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195-207. <https://doi.org/10.1080/17482620701626117>
- Deckx, L., van der Akker, M. y Buntinx, F. (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Oct;18(5):466-77. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.05.002>
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, (8), 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- De Jong-Gierveld, J. y Van Tilburg, T.G. (1999). Reference standards for the loneliness scale. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1999 Aug;30(4):158-63. PMID: 10486620.
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. y Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011 Aug 15;11:647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>



- Doménech-Abella J., Lara E., Rubio-Valera, M., Olaya B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J. y Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381-390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91-100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Ejlskov, L., Wulff, J., Bøggild, H., Kuh, D., y Stafford, M. (2018). Assessing the relative importance of correlates of loneliness in later life. Gaining insight using recursive partitioning. *Ageing and Mental Health*, 22 (11), 1486-1493. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1370690>
- Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Suikkonen, M. y Halonen, P. (2002). Emotional reactions and life changes of caregivers of demented patients when home caregiving ends. *Ageing and Mental Health* 6(4):343-9. <https://doi.org/10.1080/1360786021000006965>
- Eurostat Union. (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. (2019 Edition). Publications Office of the European Union.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., y Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), Artículo 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Ferreira-Alves, J., Magalhaes, P., Viola, L. y Simoes, R. (2014). Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 Nov-Dec;59(3):613-23. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.010>
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5), 647-658. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
- Fry, P.S. y Debats, D.L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *Int J Aging Hum Dev*. 2002;55(3):233-69. <https://doi.org/10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26>
- Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T. y Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age And Ageing*, 49(5), 748-757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Gené-Badía, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., y Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Gerino, E., Rollé, L. y Sechi, C. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology* 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Goll, J., Charlesworth, G., Scior, K. y Stott, J. (2015). Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PLoS one*, 10(2), Artículo e0116664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116664>
- Graneheim, U. y Lundman, B. (2010). Experiences of Loneliness Among the Very Old: The Umeå 85+ Project. *Ageing and Mental Health* 14(4), 433-438. <https://doi.org/10.1080/13607860903586078>
- Hay-McCutcheon, M.J., Hyams, A., Yang, X. y Parton, J. (2018) Hearing loss and social support in urban and rural communities, *International Journal of Audiology*, 57(8), 610-617. <https://doi.org/10.1080/14992027.2018.1461262>
- Heinrich, L. M. y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. <https://doi.org/10.16/j.cpr.2006.04.002>
- Hemingway, A. y Jack, E. (2013). Reducing social isolation and promoting well being in older people. *Quality in Ageing: Policy, Practice and Research* 14(1):25. <https://doi.org/10.1108/14717791311311085>
- Heravi-Karimooi, M., Anooosheh, M., Foroughan, M., Sheykhi, M. T. y Hajizadeh, E. (2010). Understanding loneliness in the lived experiences of Iranian elders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(2), 274-280. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00717.x>
- Holmén K, Ericsson K, Winblad B. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2000 Dec;31(3):177-192. [https://doi.org/10.1016/s0167-4943\(00\)00070-4](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(00)00070-4)
- Holwerda, T. J., van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., Schutter, N., Van, R., Dekker, J., Stek, M. L., Beekman, A. T. F. y Schoevers, R. A. (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *British Journal of Psychiatry*, 209(2), 127-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168005>
- Jerez Moncada, R. (2021). Suicidio consumado en mayores de 65 años en la comunidad de Madrid. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Proyecto de investigación. <http://hdl.handle.net/10201/110682>
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social Support. En Baltes, P.B. y Brim, O. (eds.). *Lifespan Development and Behavior: Academic Press*, 3, 253-286.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Manthorpe, J., Chew-Graham, C. A., Cattan, M., Goodman, C., Kirby-Barr, M., Whitehouse, J. H. y Walters, K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health and Social Care in the Community*, 25(6), 1733-1742. <https://doi.org/10.1111/hsc.12438>
- Kitzmüller, G., Clancy, A., Vaismoradi, M., Wegener, Ch. y Bondas, T. (2018). "Trapped in an Empty Waiting Room"—The Existential Human Core of Loneliness in Old Age: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, 28(2), 213-230. <https://doi.org/10.1177/1049732317735079>
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A. y Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 52, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>
- Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. y Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (2), 218-226. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0851-z>
- Lasgaard, M. (2010b). Ensom Blandt Andre: En Psykologisk Undersøgelse af Ensomhed hos unge i Danmark. [Lonely among Others: A Psychological investigation of loneliness in young people in Denmark] (2. Ed.). Ventilen.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. y Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Leeming, A., Murray, S.A., Kendall, M. (2014). The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014 Apr;13(2):162-7. <https://doi.org/10.1177/1474515114520771>
- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J. y Gleeson, J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620-630. <https://doi.org/10.1037/abn0000162>
- López Doblas, J., y Díaz Conde, M. del P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional De Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Luanai, C., y Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (12) :1213-21. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., y Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Beléndez-Vázquez, M., Lorente-Armendáriz, I. y Maderuelo-Labrador, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familias. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300-303. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., Wang, J. y Johnson, S. A. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 627-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1392-y>
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C. y Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Mick, P. y Pichora-Fuller, M.K. (2016). Is Hearing Loss Associated with Poorer Health in Older Adults Who Might Benefit from Hearing Screening? *Ear Hear*. 2016 May-Jun;37(3):e194-201. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000267>

- Mick, P., Kawachi, I. y Lin F.R. (2014). The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014 Mar;150(3):378-84. <https://doi.org/10.1177/0194599813518021>
- Mihalopoulos, C., Khanh-Do-Le, L., Chiotelis, O. y Cuevas-Esturas, A. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Medicine* 18(5):e1003606. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>
- Ministerio de Política Territorial y Función Pública. (s. f.). Diagnóstico Estrategia Nacional frente al reto demográfico. Eje Envejecimiento. https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/analisis-cartografia/diagnostico_eje_envejecimineto_tcm30-517770.pdf
- McInnis, G. y White, J. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing* 15(3), 128-139. <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.23751>
- Molloy, G.J., Dixon, D., Hamer, M. y Sniehotta, F.F. (2010). Social support and regular physical activity: does planning mediate this link? *Br J Health Psychol.* 2010 Nov;15(Pt 4):859-70. <https://doi.org/10.1348/135910710X490406>
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morris, J.C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology.* 1993 Nov;43(11):2412-4. <https://doi.org/10.1212/wnl.43.11.2412-a>
- Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D. y Murfield, J. (2011). Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative perspective. *Aging Ment Health.* 2011 Nov;15(8):970-7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.583620>
- Mund, M. y Neyer, F. (2019). Loneliness effects on personality. *International Journal of Behavioral Development*, 43(2), 136-146. <https://doi.org/10.1177%2F0165025418800224>
- Naciones Unidas. (17 marzo, 2021). Europa tiene que abordar el envejecimiento de su población ya. Noticias ONU. Mirada Global Historias humanas. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489612>
- Naciones Unidas. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE y Social Care Institute for Excellence - SCIE. (2020). *Promoting positive mental wellbeing for older people. A quick guide for registered managers of care homes.* National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/NICE-Communities/Social-care/quick-guides/Mental-wellbeing-in-care-homes.pdf>
- Nicolaisen, M. y Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women—a five-year follow-up study. *Aging and Mental Health.* 18(2), 194-206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* Oxford University Press.
- Ojembe, B. U. y Ebe Kalu M. (2018). Describing reasons for loneliness among older people in Nigeria. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 640-658. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1487495>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Active Ageing: A Political Framework. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Pakdaman, S. y Bazargan, Y. (2016). The effectiveness of art therapy on reducing internalizing and externalizing problems of female adolescents. *Arch Iran Med.* 2016; 19(1): 51 – 56.
- Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G.N., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A.F., Bairachtari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou, C. y Diakogiannis, I.. Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic in Greece. *Front Psychiatry.* 2020 Aug 19;11:821. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00821>
- Parry, S.W., Bamford, C., Deary, V. Finch, T.L., Gray, G. MacDonald, C., McMeekin, P. Sabin, N.J., Steen, I.N., Whitney, S.L. y McColl, E.M. (2016). Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people: therapy development and randomised controlled trial – the STRIDE study. *Health Technology Assessment*, No. 20.56. <https://doi.org/10.3310/hta20560>
- Peerenboom, L., Collard, R., Naarding, P. y Comijs, H.C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders* 182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.033>
- Pérez-Barrero, S.A: (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Cienc. saúde coletiva* 17(8), Ago 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800012>
- Pérez-Díaz, J., Abellán-García, A., Aceituno-Nieto, P. y Ramiro-Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. *Informes Envejecimiento en red*, 25, 1-39.
- Peplau, L. A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on Loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy.* (pp. 1-18). Wiley & Sons.
- Perlman, D. y Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In R. Gilmour y S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.
- Perlman, D. y Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: a survey of empirical findings. En L. A. Peplau y S. E. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13-46). National Institute of Mental Health.
- Pikhartov, J., Bowling, A. y Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging and Ment Health*, 20(5), 543-549. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>
- Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilares. <http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf>
- Pitkala, K.H., Routasalo, P.E., Kautiainen, H. y Tilvis, R.S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2009 Feb;65(2):297-305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Pinto, J.M. y Neri A.L. (2013). Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad Saude Publica.* 2013 Dec;29(12):2447-58. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173212>
- Pronk, M., Deeg, D.J., Smits, C., van Tilburg, T.G., Kuik, D.J., Festen, J.M. y Kramer, S.E. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: identification of subgroups. *Int J Audiol.* 2011 Dec;50(12):887-96. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.599871>
- Pyle, E. y Evans, D. (2018). Loneliness - what characteristics and circumstances are associated with feeling lonely? Analysis of characteristics and circumstances associated with loneliness in England using the Community Life Survey, 2016 to 2017. Office of National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Nowland, R. y van Roekel, E. (2015). Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science* 10(2):250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Rainer, J. y Marin, J. (2013). *Isolated and Alone: Therapeutic interventions for Loneliness.* Professional Resource Press.
- Ramage-Morin, P.L. (2016). Hearing difficulties and feelings of social isolation among Canadians aged 45 or older. *Health Rep.* 2016 Nov 16;27(11):3-12. <https://doi.org/10.1080/14992027.2023.2190864>
- Rivero-Jiménez, B., Conde-Caballero, D. y Mariano-Juárez, L. (2021). Loneliness Among the Elderly in Rural Contexts: A Mixed-Method Study Protocol. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1177%2F1609406921996861>
- Robertson, G. (2019). Understanding the psychological drivers of loneliness: the first step towards developing more effective psychosocial interventions. *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(3), 143-154. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2019-0008>

- Rook, K.S. y Sorkin, D.H. (2003) Fostering Social Ties through a Volunteer Role: Implications for Older-Adults' Psychological Health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57(4):313-337. <https://doi.org/10.2190/NBBN-EU3H-4Q1N-UXHR>
- Roos, V. y Klopper, H. (2010). Older Persons' Experiences of Loneliness: A South African Perspective. *Journal of Psychology in Africa*, 20(2), 281-289. <https://doi.org/10.1080/14330237.2010.10820377>
- Royal Society for Public Health y Calouste Gulbenkian Foundation (s.f.) *That age old question. How attitudes to ageing affect our health and wellbeing*. <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/older-people/that-age-old-question.html>
- Rubio-Herrera, R.; Pinel, M. y Rubio-Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala ESTE*. Granada: Universidad de Granada.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313-1321. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.6.1313>
- Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. y Pitkälä, K. (2010). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *Int J Older People Nurs*. 2010 Mar;5(1):16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00191.x>
- Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J. J. y McDonnell, J. (2018). Pathways from Ageism to Loneliness. En L. Ayalon y C. Tesch-Römer (eds), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging* (vol. 19). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_9
- Sinclair, V.G. y Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11(1):94-10. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Smith, C. J., DiBenedictis, B. T. y Veenema, A. H. (2019). Comparing vasopressin and oxytocin fiber and receptor density patterns in the social behavior neural network: Implications for cross-system signaling. *Frontiers in neuroendocrinology*, 53, 100737. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.02.001>
- Stojanović, E., Stojiljković, N., Scanlan, A.T., Dalbo, V.J., Berkemans, D.M. y Milanović, Z. (2018). The Activity Demands and Physiological Responses Encountered During Basketball Match-Play: A Systematic Review. *Sports Med*. 2018 Jan;48(1):111-135. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0794-z>
- Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., Shema, S.J. y Kaplan, G.A. (2000). Negative consequences of hearing impairment in old age: a longitudinal analysis. *Gerontologist*. 2000 Jun;40(3):320-6. <https://doi.org/10.1093/geront/40.3.320>
- Sullivan, M. P., Victor, C. R. y Thomas, M. (2016). Understanding and alleviating loneliness in later life: perspectives of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 17(3), 168 - 178. <https://doi.org/10.1108/QAOA-06-2015-0031>
- Ten Bruggencate T., Luijckx K.G. y Sturm J. (2019). Friends or Frenemies? The Role of Social Technology in the Lives of Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), Artículo 4969. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244969>
- Tse, M.M.Y., Lo, A.P., Cheng, T., Chan, E., Chan, A. y Chung, E. (2010). Humor Therapy: Relieving Chronic Pain and Enhancing Happiness for Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2010(4):343574. <https://doi.org/10.4061/2010/343574>
- Tse, M.M.Y., Tang, S.K., Wan, V.T.C. y Vong, S.K.S. (2014). The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2014(15):778-88. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.08.003>
- Tesch-Römer C. y Huxhold, O. (2019). Social isolation and loneliness in old age. Oxford Research Encyclopedia of Psychology. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.393>
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089-1098. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399
- Unión Europea. (2016). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, OJ C 202, (2016/C 202/2), 389-405. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv%3A01.C_.2016.202.01.0389.01.SPA&toc=O-%3AC%3A2016%3A202%3ATOC
- Van Tilburg, T.G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H. y de Vries, D.H. (2021). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021 Aug 13;76(7):e249-e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Verdery, A. M. y Margolis, R. (2017). Older adults without close kin in the United States. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(4), 688-693. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx068>
- Victor, C. y Pikhartova, J. (2020). Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC Public Health*, 20, Artículo 778. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08703-8>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and livingalone. *Review in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Vidal Domínguez, M. J., Labeaga Azcona, J. M., Casado Durandez, P., Madrigal Muñoz, A., López Doblas, J., Montero Navarro, A. y Meil Landwerlin, G. (2017). INFORME 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. (Colección Personas Mayores). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). https://imserso.es/documents/20123/0/112017001_informe-2016-persona.pdf/e01282c2-cdce-f7ce-bd30-dd627eabc230
- Vrbanc, Z., Zecević, I., Ljubić, M., Belić, M., Stanin, D., Bottegato, N.B., Jurkić, G., Skrlin, B., Bedrica, L. y Zubčić, D. (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol*. 2013 Sep;37(3):973-6.
- Wallhagen, M.I., Strawbridge, W.J. y Kaplan, G.A. (1996). 6-year impact of hearing impairment on psychosocial and physiologic functioning. *Nurse Pract*. 1996 Sep;21(9):11-4. PMID: 8884790.
- Wang, B. y Dong, X. (2018). The Association Between Personality and Loneliness: Findings From a Community-Dwelling Chinese Aging Population. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, Artículo 233372141877818. <https://doi.org/10.1177%2F2333721418778181>
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
- Wong, S.Y.S., Zhang, D., Sit, R.W.S., Yip, B.H.K., Chung, R.Y., Wong, C.K.M., Chan, D.C.C., Sun, W., Kwok, K.O. y Mercer, S.W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2020 Oct 29;70(700):e817-e824. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy* 5(1), Artículo 27. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>
- Xu J., Wang J., Wimo A., Fratiglioni L. y Qiu C. (2017). The economic burden of dementia in China, 1990-2030: Implications for health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(1), 18-26. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.167726>
- Yanguas, J. (Dir.). (s.f.) *La soledad en las personas mayores: Prevalencia, características y estrategias de afrontamiento*. Fundación la Caixa. <https://fundacion-la-caixa.org/documents/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S. y Tarazona-Santabalbina, F.J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomed*. 2018 Jun 7;89(2):302-314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Periman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). John Wiley and Sons.
- Zhao, L., Zhang, X., y Ran, G. (2017). Positive coping style as a mediator between older adults' self-esteem and loneliness. *Social Behavior and Personality An International Journal*, 45(10), 1619-1628. <https://doi.org/10.2224/sbp.6486>



7. LISTADO DE FIGURAS

Y TABLAS

Figuras

Figura 1. Distrito de la Ciudad de Madrid	13
Figura 2. Tipo de entidad	13
Figura 3. Centro de trabajo	13
Figura 4. Cargo y perfil profesional	14
Figura 5. Años de experiencia en el trabajo con personas mayores y Soledad no deseada	14
Figura 6. Tipos de pérdidas o crisis relacionadas con el sentimiento de soledad	17
Figura 7. Componentes de la Soledad no deseada	17
Figura 8. Modelo de las causas de la soledad	20
Figura 9. Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la Soledad no deseada	20
Figura 10. Factores protectores de la Soledad no deseada	21
Figura 11. Consecuencias del aislamiento social y la soledad	35
Figura 12. Consecuencias de la Soledad no deseada en personas mayores	37
Figura 13. Consecuencias de la Soledad no deseada en personas mayores	38
Figura 14. Datos comparativos del INE de los últimos 5 años de la población de 65 años y más.	40

Figura 15. Población de la Comunidad de Madrid por grupos quinquenales de edad, según sexo	40
Figura 16. Proyecciones de Población 2033	41
Figura 17. Evolución del número de habitantes de la Comunidad de Madrid 2020-2035	41
Figura 18. Evolución de la población mayor de la C. de Madrid 2020-2035, por tramos de edad	42
Figura 19. Evolución del tipo de hogar por tamaño en la Comunidad de Madrid	44
Figura 20. Porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas, por sexo	44
Figura 21. Mujeres residentes en la Comunidad de Madrid según grupo de edad y estado civil (en miles).....	45
Figura 22. Nivel de (mala) salud según sexo y edad. Comunidad de Madrid (2017)	50
Figura 23. Índice de envejecimiento en la Comunidad de Madrid	50
Figura 24. Suficiencia de los recursos	63
Figura 25. Factores protectores de la soledad no deseada	68
Figura 26. Acciones para prevenir la soledad no deseada	69
Figura 27. Medidas para el fomento de la independencia de las personas mayores.....	78
Figura 28. Elementos necesarios para la coordinación eficaz	83

Tablas

Tabla 1. Perfil de las personas participantes en las entrevistas a profesionales.....	10
Tabla 2. Municipio de referencia	12
Tabla 3. Perfil de las personas mayores participantes en los grupos de discusión.....	15
Tabla 4. Porcentaje de hogares según tamaño por CC.AA. Año 2020	43
Tabla 5. Población en residencias de personas mayores en 2011, por CC.AA.	45
Tabla 6. Servicios de Atención Residencial por CC.AA. (diciembre 2019).....	46
Tabla 7. Población mayor de 65 años en municipios de la Comunidad de Madrid	48
Tabla 8. Mejores prácticas internacionales en Soledad no deseada en personas mayores.....	55
Tabla 9. Mejores prácticas en el ámbito autonómico y local en Soledad no deseada en personas mayores	62



8. ANEXOS

Anexo 1. Estudio Cualitativo

Cuestionario dirigido a profesionales

Estudio sobre la Soledad no deseada en Personas Mayores

Profesionales y Personas expertas

La Comunidad de Madrid en colaboración con el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid está realizando el presente Estudio sobre la Soledad no deseada en personas mayores.

Agradecemos su valiosa participación desde su perspectiva experta, sin la cual sería imposible realizar la labor que con éste se pretende. El objetivo del estudio es obtener datos que arrojen luz sobre este fenómeno social y comunitario en la Comunidad de Madrid, para el desarrollo de una estrategia regional de prevención e intervención que ayude a combatirla y a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Su participación consiste en responder al siguiente cuestionario, cuya realización no le llevará más que unos minutos, además de aceptar los términos de colaboración descritos más adelante que nos permitan usar los datos recogidos para su posterior conversión en

1. Al Marcar “Acepto”, implica que declaro:

- Tengo más de 18 años.
- He leído y entiendo toda la información relacionada en relación a la participación en este proyecto.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información.
- Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

- Sí
 No

datos analizables y comparables entre distintas poblaciones.

Tanto la soledad no deseada como el aislamiento son unos de los principales problemas sociales a los que se enfrenta la población mayor de Madrid actualmente. Según la OMS, “la soledad y el aislamiento social tienen efectos notables en la salud física y mental de las personas mayores”. Ambos conceptos son complejos, pero habitualmente se define a la soledad como la insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales y, por su parte, el aislamiento hace referencia a la falta de contacto social

El presente estudio se realiza gracias a la colaboración del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid a través de sus profesionales especializadas en atención a las personas mayores. En cuanto al cuidado de la información se informa que sus datos serán protegidos y nunca transmitidos a terceras personas o instituciones. Serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si tiene alguna pregunta o duda sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento con encuestas-copm@cop.es.

Gracias por su colaboración

2. Edad

Números del 18 al 100

3. Nombre

4. Indique el Municipio en el que trabaja

Lista de Municipios:

Ajalvir	Chinchón	La Acebeda
Alameda del Valle	Ciempozuelos	La Cabrera
Alcalá de Henares	Cobeña	La Hiruela
Alcobendas	Collado Mediano	La Serna del Monte
Alcorcón	Collado Villalba	Las Rozas
Aldea del Fresno	Colmenar Viejo	Leganés
Algete	Colmenar de Oreja	Loeches
Alpedrete	Colmenar del Arroyo	Los Molinos
Ambite	Colmenarejo	Los Santos de la Humosa
Anchuelo	Corpa	Lozoya
Aranjuez	Coslada	Lozoyuela-Navas-Sieteiglesias
Arganda del Rey	Cubas de la Sagra	Madarcos
Arroyomolinos	Daganzo de Arriba	Madrid
Batres	El Atazar	Madrid (desambiguación)
Becerril de la Sierra	El Berrueco	Majadahonda
Belmonte de Tajo	El Boalo	Manzanares el Real
Berzosa del Lozoya	El Escorial	Meco
Boadilla del Monte	El Molar (Madrid)	Mejorada del Campo
Braojos	El Vellón	Miraflores de la Sierra
Brea de Tajo	El Álamo (Madrid)	Montejo de la Sierra
Brunete	Estremera	Moraleja de Enmedio
Buitrago del Lozoya	Fresnedillas de la Oliva	Moralzarzal
Bustarviejo	Fuenlabrada	Morata de Tajuña
Cabanillas de la Sierra	Fuente el Saz de Jarama	Móstoles
Cadalso de los Vidrios	Fuentidueña de Tajo	Navacerrada
Camarma de Esteruelas	Galapagar	Navalafuente
Campo Real	Garganta de los Montes	Navalagamella
Canencia	Gargantilla del Lozoya y Pinilla de Buitrago	Navalcarnero
Carabaña	Gascones	Navarredonda y San Mamés
Casarrubuelos	Getafe	Navas del Rey
Cenicientos	Griñón	Nuevo Baztán
Cerceda	Guadalix de la Sierra	Olmeda de las Fuentes
Cercedilla	Guadarrama	Orusco de Tajuña
Cervera de Buitrago	Horcajo de la Sierra-Aoslos	Paracuellos del Jarama
Chapinería	Horcajuelo de la Sierra	Parla
	Hoyo de Manzanares	Patones
	Humanes de Madrid	Pedrezuela

Pelayos de la Presa
Perales de Tajuña
Pezuela de las Torres
Pinilla del Valle
Pinto
Piñuécar-Gandullas
Pozuelo de Alarcón
Pozuelo del Rey
Prádena del Rincón
Puebla de la Sierra
Puentes Viejas
Quijorna
Rascafría
Redueña
Ribatejada
Rivas-Vaciamadrid
Robledillo de la Jara
Robledo de Chavela
Robregordo
Rozas de Puerto Real
San Agustín del Guadalix
San Fernando de Henares
San Lorenzo del Escorial
San Martín de la Vega
San Martín de Valdeiglesias
San Sebastián de los Reyes
Santa María de la Alameda
Santorcaz
Fresno de Torote
Serranillos del Valle
Seseña
Sevilla La Nueva
Somosierra
Soto del Real
Talamanca de Jarama
Tielmes
Titulcia

Torrejón de Ardoz
Torrejón de Velasco
Torrejón de la Calzada
Torrelaguna
Torrelodones
Torremocha de Jarama
Torres de la Alameda
Tres Cantos
Valdaracete
Valdeavero
Valdelaguna
Valdemanco
Valdemaqueada
Valdemorillo
Valdemoro
Valdeolmos-Alalpardo
Valdepiélagos
Valdetorres de Jarama
Valdilecha
Valverde de Alcalá
Velilla de San Antonio
Venturada
Villa del Prado
Villaconejos
Villalbilla
Villamanrique de Tajo
Villamanta
Villamantilla
Villanueva de Perales
Villanueva de la Cañada
Villanueva del Pardillo
Villar del Olmo
Villarejo de Salván
Villaviciosa de Odón
Villavieja del Lozoya
Zarzalejo

**5. Si trabaja en Madrid capital
indique el Distrito**

- 1. Centro
- 2. Arganzuela
- 3. Retiro
- 4. Salamanca
- 5. Chamartín
- 6. Tetuán
- 7. Chamberí
- 8. Fuencarral-El Pardo
- 9. Moncloa
- 10. Latina
- 11. Carabanchel
- 12. Usera
- 13. Puente de Vallecas
- 14. Moratalaz
- 15. Ciudad Lineal
- 16. Hortaleza
- 17. Villaverde
- 18. Villa de Vallecas
- 19. Vicálvaro
- 20. San Blas
- 21. Barajas

6. Indique la institución en la que trabaja

- Administración Regional
- Administración Local (Madrid Capital)
- Administración Local (Gran Municipio)
- Administración Local (Municipio Mediano)
- Administración Local (Municipio Pequeño)
- Administración Local (Mancomunidad)
- Gran ONG
- ONG de Personas Mayores
- Asociación de Afectados
- Otras ONG
- Universidad
- Colegio Profesional
- Otros

7. Organización

8. Cargo

9. Años de experiencia en trabajo con personas mayores

Entre 1 y 6

Entre 7 y 11

10. Años de experiencia trabajando en soledad no deseada:

11. A su parecer, ¿Cuáles son los factores más relevantes que pueden conducir a una persona a experimentar soledad no deseada?

12. ¿Qué características tiene para usted una persona vulnerable a la soledad? (a nivel físico, psicológico y social)

13. ¿Qué variables o elementos cree que pueden proteger a las personas mayores de la soledad?

14. ¿Qué consecuencias cree que pueden ocurrir en una persona mayor que se sienta sola?

15. ¿Qué podría ayudar a que personas que se sienten solas puedan aprender a sacarle algo positivo a la soledad?

16. En la Comunidad de Madrid, ¿existen suficientes recursos para afrontar/evitar este fenómeno social?

17. En su municipio, ¿este es fenómeno social que les preocupa?

- Sí
 No

18. ¿Cuentan con programas específicos de prevención o intervención?

- Sí
 No

19. Si ha respondido si, descríbalos brevemente

20. ¿Qué responsabilidad han de asumir las instituciones?

21. ¿Qué responsabilidad ha de asumir la sociedad en general?

22. ¿Cuáles de las siguientes medidas le parecen MÁS importantes para combatir la soledad?

- El acompañamiento en casa con voluntariado.
- Acompañamiento en tareas fuera de casa (médicos, hospital, ocio, administrativas)
- Llamadas de servicios como la Teleasistencia
- Promover el uso de comedores sociales
- Facilitar la conciliación de las personas cuidadoras con jornadas laborales “amigables para la familia”.

23. ¿Cuáles de las siguientes medidas le parece la MÁS importante para combatir la soledad?

- Crear aplicaciones de móvil o ordenador con contenido para afrontar la soledad
- Ofrecer cursos sobre tecnología
- Teléfonos y dispositivos fáciles de usar
- Crear aplicaciones orientadas a las personas mayores
- Mejorar la accesibilidad de la tecnología
- Ofrecer ayudas económicas para el acceso a la tecnología

24. ¿Cuáles de las siguientes medidas le parecen MÁS importantes para combatir la soledad?

- Fomentar el respeto hacia las personas mayores
- Campañas intergeneracionales que impliquen a la sociedad en lucha contra la soledad de las personas mayores

- Campañas de sensibilización sobre el valor del cuidado
- Campañas de promoción de la familia cohesionada, con un alto nivel de calidad afectiva y empatía entre sus miembros.
- Cursos sobre la autogestión de la soledad con temáticas como: búsqueda de alternativas contra el aislamiento y preparación ante momentos vitales como jubilación o viudedad.
- Cursos sobre el valor de la autonomía para personas que deciden vivir solas
- Cursos de sensibilización para los profesionales que más están en
- Contacto con personas mayores (servicios sociales y sanitarios)

25. ¿Cuáles de las siguientes medidas le parecen MÁS importantes para combatir la soledad?

- Las necesidades y capacidades de las personas mayores deben ser consideradas en la planificación y ejecución de todas las iniciativas locales y autonómicas dirigidas a ellas y deben ser consultadas en todo aquello que les afecte
- Promoción de medidas que faciliten a las personas a envejecer en su propio domicilio.
- Medidas que aseguren ingresos económicos suficientes que aseguren la independencia de las personas mayores.
- Adaptar alojamientos y proporcionar servicios que permitan a las personas mayores que viven solas y con necesidades de apoyo, vivir con el mayor grado de autonomía
- Alternativas residenciales más acordes con las preferencias y gustos de cada cual
- Transporte adaptado y planificación urbana pensando en las necesidades de las personas mayores
- Promoción de la autonomía, la participación social y el contacto con familia y amigos de las personas mayores en residencia

- Favorecer la participación de las personas mayores con discapacidad, mediante programas adecuados de ayuda según sus necesidades

26. ¿Cuáles de las siguientes medidas le parecen MÁS importantes para combatir la soledad?

- Apoyo y creación de redes para combatir la soledad
- Facilitar que las personas mayores puedan acceder a la formación, cultura y vida social.
- Promover programas que aprovechen las habilidades y
- experiencia de las personas mayores
- Promoción del uso de comedores sociales en clubs de convivencia
- Favorecer la participación de las personas mayores con discapacidad, mediante programas adecuados de ayuda según sus necesidades

32. ¿Qué puede hacer la sociedad en su conjunto?

27. ¿Qué opina de cómo se trata el fenómeno de la soledad no deseada desde los MMCC?

33. Detección (destaque 3 elementos o acciones)

28. Sensibilización (destaque 3 elementos o acciones)

34. ¿Cómo detectar de forma centralizada, coordinada e integral, para la posterior derivación e intervención eficiente, a las personas que viven en situación de soledad no deseada?

29. ¿Cree que existe en la sociedad un respeto a las personas con más edad y experiencia?

35. ¿Qué herramientas podríamos utilizar para realizar esta detección de situaciones de soledad en personas mayores que residen en sus domicilios?

30. Prevención (destaque 3 elementos o acciones)

36. ¿Y en personas mayores que viven en residencias y otras instituciones?

31. ¿Qué puede hacer una persona para prevenir la SND?

37. Intervención (destaque 3 elementos o acciones)

38. ¿Serían adecuadas para todas las personas mayores o considera que en función de sus características les iría mejor una que otra?

De las 3 estrategias que ha señalado, ¿para qué colectivo de personas mayores serían más adecuadas?

39. ¿Qué agentes sociales, y qué espacios, son

prioritarios y han de implicarse para abordar la soledad no deseada?

40. Trabajo en red (destaque 3 elementos o acciones)

41. ¿Qué agentes, instituciones y organismos han de coordinarse para garantizar que la detección y derivación a programas de intervención, están siendo eficaces?

42. ¿Qué acciones concretas favorecen una correcta coordinación?

Muchas gracias por su valiosa colaboración, sin ella el presente estudio no sería posible. Si ha finalizado, puse "Aceptar" y luego "Listo" para enviar la encuesta.

Validación del cuestionario dirigido a profesionales

El cuestionario es compartido con redes profesionales del equipo investigador que trabajan en contacto con población mayor (Ayuntamientos y Proyectos de Soledad no Deseada).

1. Sexo: Mujer
Edad: 39
Ámbito: urbano- rural: Urbano (Distrito Salamanca)
Estudios: Universitarios
Tiempo: 18 minutos
Ámbito de actuación: Junta Municipal del Distrito de Salamanca. Proyecto de Soledad No Deseada
Comentarios/ dudas/ sugerencias: Cuestionario muy completo e integral

2. Sexo: Mujer
Edad: 43
Ámbito: urbano- rural: Urbano
Estudios: Universitarios
Tiempo: 21 minutos
Ámbito de actuación: Junta Municipal del Distrito de Salamanca. Programa de Alfabetización Digital
Comentarios/ dudas/ sugerencias: Buena herramienta para reflexionar acerca de este fenómeno. Sugerencia: Realizar otro cuestionario dirigido a la población en general, y no solo a quienes trabajamos con mayores.

3. Sexo: Mujer
Edad: 51
Ámbito: urbano- rural: Urbano
Estudios: Universitarios
Tiempo: 19 minutos
Ámbito de actuación: Centro de Servicios Sociales de Fuenlabrada.
Comentarios/ dudas/ sugerencias: En las medidas para combatir la soledad, le cuesta escoger solo las 3 más importantes.

Cuestionario dirigido a personas mayores

Tanto la soledad no deseada como el aislamiento son unos de los principales problemas sociales a los que se enfrenta la población mayor de Madrid actualmente. Según la OMS, "la soledad y el aislamiento social tienen efectos notables en la salud física y mental de las personas mayores". Ambos conceptos son complejos, pero habitualmente se define a la soledad como la insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales y, por su parte, el aislamiento hace referencia a la falta de contacto social.

Para conocer la soledad debemos saber más acerca de los factores que la conforman, conocer a las personas que la sufren y las características de la situación que les rodea.

Población diana

Personas mayores de 65 años residentes en la Comunidad de Madrid. Se realizará un estudio transversal con muestreo no probabilístico: bola de nieve.



Objetivos del cuestionario

- Conocer de primera mano, consultando a las propias personas mayores, cómo perciben la soledad no deseada, teniendo en cuenta diversas variables que pueden influir en la soledad no deseada y el aislamiento.
- Conocer el estado de estado de salud, física y psicológica, percibida de las personas mayores.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas con más frecuencia por las personas mayores.
- Identificar las medidas que consideran más importantes para combatir la soledad no deseada.
- Definir las características sociodemográficas de la población mayor que reside en la Comunidad de Madrid, que puede estar sufriendo soledad no deseada.
- Analizar y describir los factores protectores y de riesgo y vulnerabilidad, personales y de contexto, en la evolución y pronóstico y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.

Descripción

- **Variables sociodemográficas:** Sexo, lugar de origen, nacionalidad, estado civil, personas con las que convive y relación con ellas, edad, domicilio, nivel de estudios.
- **Salud física.** Se evalúa, por un lado, la salud percibida ya que es la que en los estudios aparece como más relevante para explicar las consecuencias a nivel físico, psicológico y social en las personas mayores. Se evalúa con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: muy mala, mala, regular, buena o muy buena (recogida del Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2018).
- Presencia de **enfermedades** físicas y/o psicológicas, consumo de medicamentos (recogida del Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2018), nivel de dependencia (recogida del Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2018).
- **Salud psicológica.** Se evalúa la frecuencia con la que han sentido ansiedad, depresión

o pensamientos de suicidio. Estas tres variables son claves ya que, por un lado, son consecuentes de la soledad no deseada y, por otro lado, la sintomatología ansiosa y depresiva es frecuente en personas mayores llegando a hablarse de un diagnóstico mixto entre ambas y además, la tasa de suicidios en personas mayores es superior al resto de grupos de edad.

- **Nº de visitas** (presenciales o telefónicas) en atención primaria y en el Centro de Servicios Sociales, y **grado de satisfacción**. El grupo de personas mayores es el que tiene mayor probabilidad de contacto con estos recursos, debido al incremento de problemas a nivel físico y otro tipo de pérdidas.
- **Presencia de barreras arquitectónicas**, que dificulten que la persona mayor pueda salir de su domicilio, aumentando el riesgo de experimentar aislamiento y sentimientos de soledad no deseada.
- **Conocimiento de los recursos sociales de proximidad y uso de los mismos.**
- **Ayudas recibidas antes, durante y después de la pandemia.** Preguntas recogidas en el estudio “Encuesta de impacto del COVID-19 en las personas mayores” (preguntas 30 a la 35).
- **Motivo** por el que vive solo/a. Item extraído del cuestionario del proyecto entrevistas a psicólogos colegiados mayores de 80 años.
- **Número de hijos/as y frecuencia de contacto**, físicamente o a través de nuevas tecnologías.
- **Frecuencia de contacto con otros familiares**, físicamente o a través de nuevas tecnologías.
- **Frecuencia de contacto con amistades**, físicamente o a través de nuevas tecnologías.
- **Frecuencia con la que considera que tiene contacto social de calidad.**
- **Momento del día en el que se siente más soledad.** Pregunta extraída del Barómetro del CIS de Febrero-Abril de 1998 y del cuestionario del proyecto entrevistas a psicólogos colegiados mayores de 80 años.
- **Intensidad del sentimiento de soledad.** Escala Likert de 0 a 10.
- **Motivos/caminos que conducen a sentir soledad.**

- **Pregunta para discernir si estamos ante una soledad percibida como una experiencia positiva.**
- **Estrategias de afrontamiento** ante el sentimiento de soledad, para personas mayores que residen en sus domicilios. Pregunta extraída del Barómetro del CIS de Febrero-Abril de 1998 y también del cuestionario del proyecto entrevistas a psicólogos colegiados mayores de 80 años.
- **Consecuencias de la pandemia a nivel físico, psicológico y social y percepción de la imagen que los MMCC muestran sobre las personas mayores.** Preguntas extraídas del estudio “Encuesta del impacto del COVID-19 en las personas mayores”.
- **Apoyos y estrategias con las que puede contar ante problemas o dificultades de la vida.** Preguntas de la Escala de Jong Gierveld y Van Tilburg (1999) (de la pregunta 53 a la 62).
- **Resiliencia.** Preguntas de la Escala breve de afrontamiento resiliente (BRCS). Versión española del Brief Resilient Coping Scale, versión abreviada (BRCS; adaptada al español en población mayor por Tomás et al. (2012) (de la pregunta 63 a la 66).
- **Grado de relevancia de las medidas** relacionadas con sociabilidad, nuevas tecnologías, campañas y formación, independencia y autodeterminación y participación social **para combatir la soledad** (preguntas de la 67 a la 71).

Descripción de las escalas

Escala de Jong Gierveld y Van Tilburg (1999)

Consiste en una escala de 11 preguntas, de las cuales 6 se dirigen a identificar la soledad social y los 5 restantes la soledad emocional. Todas ellas se responden en una escala de sí, no y más o menos. Las preguntas formuladas en negativo se corresponden con la soledad emocional y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un sí o con más o menos. Las preguntas formuladas en positivo se corresponden con la medición de la soledad social y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un no o bien con más o menos.

Sumando el conjunto de las puntuaciones, la soledad máxima sería 11 puntos y la mínima 0 puntos. Los autores han empleado puntos de corte en sus estudios para establecer los distintos grados en que es percibida la soledad. Así, se ha considerado que las puntuaciones de 0 a 2 significarían ausencia de soledad, las puntuaciones que van de 3 a 8 se podrían calificar como de soledad moderada, las puntuaciones 9 y 10 implicarían una soledad alta y la puntuación 11 una soledad extrema.

Encuesta del estudio de la COVID-19 en las personas mayores

Más de 1800 personas mayores de 65 años han participado en esta encuesta encargada por el Ayuntamiento de Madrid, para conocer los efectos que ha tenido la pandemia y el confinamiento en la salud y en el bienestar de la población mayor.

La muestra realizada entre los días 9 y 22 de septiembre de 2020, se ha basado en la realización de entrevistas telefónicas, asistidas por ordenador mediante el sistema CATI, a un total de 1.815 personas seleccionadas del Padrón Municipal. En el estudio se han evaluado aspectos tan importantes como los efectos físicos, psicológicos y sociales ocasionados por el virus, las prestaciones recibidas, las relaciones sociales o el uso de la tecnología.

Escala breve de afrontamiento resiliente (BRCS). Versión española del Brief Resilient Coping Scale, versión abreviada (BRCS; adaptada al español en población mayor por Tomás et al. (2012). Analiza la resiliencia, es decir, la tendencia a afrontar el estrés de una manera altamente adaptativa. La escala consta de 4 ítems que evalúan mediante una escala Likert de cinco puntos la manera de reaccionar ante situaciones difíciles.

Protocolo de entrevista a psicólogos mayores de 80 años del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

La entrevista semiestructurada que recoge breve historia de vida y/o laboral, Datos sociodemográficos, Escala de Barber, Preguntas para evaluar la soledad no deseada, Preguntas para evaluar la salud, Preguntas para evaluar las relaciones sociales y ocio, Preguntas para evaluar los servicios asistenciales que conoce, si hace uso de ellos y el grado de satisfacción.

Estudio sobre la Soledad no deseada en Personas Mayores (V-50)2

Personas mayores

La Comunidad de Madrid en colaboración con el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid está realizando el presente Estudio sobre la Soledad no deseada en personas mayores.

Agradecemos su valiosa participación desde su perspectiva experta, sin la cual sería imposible realizar la labor que con éste se pretende. El objetivo del estudio es obtener datos que arrojen luz sobre este fenómeno social y comunitario en la Comunidad de Madrid, para el desarrollo de una estrategia regional de prevención e intervención que ayude a combatirla y a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Su participación consiste en responder al siguiente cuestionario, cuya realización no le llevará más que unos minutos, además de aceptar los términos de colaboración descritos más adelante que nos permitan usar los datos recogidos para su posterior conversión en datos analizables y comparables entre distintas poblaciones.

Tanto la soledad no deseada como el aislamiento son unos de los principales problemas sociales a los que se enfrenta la población mayor de Madrid actualmente. Según la OMS, “la soledad y el aislamiento social tienen efectos notables en la salud física y mental de las personas mayores”. Ambos conceptos son complejos, pero habitualmente se define a la soledad como la insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales y, por su parte, el aislamiento hace referencia a la falta de contacto social.

El presente estudio se realiza gracias a la colaboración del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid a través de sus profesionales especializadas en atención a las personas mayores. En cuanto al cuidado de la información se informa que sus datos serán protegidos y nunca transmitidos a terceras personas o instituciones. Serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si tiene alguna pregunta o duda sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento con encuestas-copm@cop.es.

Gracias por su colaboración

1. Al Marcar “Acepto”, implica que declaras:

- Tengo más de 18 años.
- He leído y entiendo toda la información relacionada en relación a la participación en este proyecto.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información.
- Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Sí

No

2. Indique su sexo

Hombre

Mujer

Otro

3. Estado civil

casado/a o convive en pareja

soltero/a

separado/a o divorciado/a

viudo/a

4. ¿Si tiene hijos, indique cuántos?

5. ¿Con cuántas personas convive? Números del 0 al 15

6. Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior, qué relación mantiene con las personas con las que convive? (Marque tantas como sean necesarias)

- Pareja
- Hijos/as
- Amigos/as
- Hermanos/as
- Nietos/as
- Auxiliar
- Otros familiares
- Otro (especifique)

7. Indique su edad (en número)

8. Indique Municipio

9. Indique código postal

10. Indique su barrio

11. Indique su distrito

12. Escolaridad alcanzada

- Sin estudios formales
- Estudios primarios incompletos
- Estudios primarios completos
- Educación secundaria
- Bachillerato superior
- Formación profesional
- Estudios universitarios
- Otro (especifique)

A continuación, se incluyen una serie de preguntas sobre su estado y atención a su salud

13. ¿Cómo considera usted su salud física?

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy Buena

14. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración?

(Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o espera que dure 6 meses o más).

- Sí
- No
- No lo sé

15. Experimenta ansiedad o depresión

- Ninguna de las dos
- Leve- moderada ansiedad
- Leve- moderada depresión
- Leve- moderada ambas
- Alta ansiedad
- Alta depresión
- Alta ambas
- No lo sé

16. Ha experimentado pensamientos de suicidio:

- Frecuentemente
- En alguna ocasión
- Casi nunca
- Nunca
- No contesta o no lo sabe



17. Toma usted algún medicamento para el estado de ánimo? como por ejemplo: antidepresivos, ansiolíticos, etc.

- Sí
- No

18. ¿Hay algún impedimento que le complique salir de su domicilio? por ejemplo: escaleras sin ascensor, altibajos en el pavimento o aceras dañadas.

- Sí
- No

Sobre la pandemia

19. Durante la pandemia han cambiado las ayudas que recibía?

- Sí, han aumentado las ayudas que recibo
- Sí, han disminuido las ayudas que recibo
- No
- Otro (especifique)

20 ¿Qué consecuencias ha tenido la pandemia para usted? (puede marcar varias)

- Pérdida de memoria
- Dificultades para caminar
- Disminución de capacidad física
- Aumento de sentimiento de soledad
- Pérdida de relaciones
- Dificultades para dormir
- Depresión
- Tristeza
- Ansiedad
- Otro (especifique)

21. Los peores aspectos de la pandemia han sido (puede indicar varias opciones)

- No poder realizar mis actividades habituales.
- No poder ver a mis familiares o amigos
- Nada
- El aislamiento

- La soledad
- Aburrimiento
- Confusión, incertidumbre
- fallecimiento de seres queridos
- Escasez de alternativas para distraerme
- Ansiedad a salir a la calle
- Otro (especifique)

22. La pandemia ¿ha modificado sus hábitos? (puede marcar varias opciones)

- Salgo menos de casa
- He reducido mis actividades y encuentros sociales
- Evito ir a sitios en los que creo que va a haber mucha gente
- He dejado de hacer ejercicio fuera de casa
- Hago ejercicio en casa
- No he vistos modificados mis hábitos
- Otro (especifique)

23.Existe algún taller o recurso al cual no accede actualmente por motivo de la pandemia:

- No
- Sí talleres de memoria
- Sí, talleres de tecnología
- Sí, talleres de cuidado del cuerpo (gimnasia, yoga, Tai Chi, Pilates...)
- Sí, Bailes
- Otro (especifique)

24. Si dejó de percibir algún servicio indique el motivo:

- Paralización/suspensión del servicio
- Decisión propia
- Imposibilidad de acudir a su domicilio de las personas que lo prestaban
- Estuvo enferma/ingresada
- No lo necesitaba
- No lo sé
- Otro (especifique)

25. ¿Ahora recibe algún tipo de ayuda o apoyo?
(puede marcar varias)

- No recibo ninguna
- Tareas del hogar
- Compra
- Comida a domicilio
- Ayuda en la preparación de los alimentos
- Salir a la calle
- Acompañamiento para ir al médico
- Compañía
- Aseo personal
- Teleasistencia
- Apoyo Psicológico
- Otro (especifique)

26. Si en la pregunta anterior ha indicado que recibe ayudas, ¿De quién ha recibido las ayudas?

- Servicios Sociales del Ayuntamiento
- ONG
- Empresa privada
- Amigos / familiares
- Vecinos
- No lo sé
- Otro (especifique)

27. Si vive solo/a en domicilio marque el motivo
(puede marcar más de una opción)

- No vivo solo/a
- Disfruto de mi independencia
- Puedo valerme por mí mismo
- Me gusta vivir solo/a
- No tienen espacio mis familiares
- Ningún familiar puede hacerse cargo
- Enviudó o los hijos se han independizado
- No tiene hijos o alguien con quien vivir
- Por vivir cerca de sus hijos/as o familiares
- Las circunstancias le han obligado
- Otro (especifique)

28. ¿Con que frecuencia tiene contacto con sus hijos, si los tiene, o familiares, de forma física o a través de las nuevas tecnologías?? :

- Convivo en el mismo domicilio
- Varias veces en semana
- Alguna vez en la semana
- Cada dos semanas
- Alguna vez al mes
- Cada par de meses
- Varias veces al año
- Una vez al año
- No les veo
- No lo sé o no aplica

29. En cuanto a sus amistades ¿Con qué frecuencia tiene contacto con ellos físicamente o a través de nuevas tecnologías?

- Convivo en el mismo domicilio
- Varias veces en semana
- Alguna vez en la semana
- Cada dos semanas
- Alguna vez al mes
- Cada par de meses
- Varias veces al año
- Una vez al año
- No les veo
- No lo sé o no aplica

30. Con qué frecuencia considera que tiene contacto social de calidad (ya sea de forma personal, telefónica, videollamada, mensaje...)

- Nunca
- Alguna vez
- Ocasionalmente
- Todos meses
- Todas las semanas
- Diariamente

31. En alguna ocasión todos sentimos soledad, ¿cuándo se siente Ud. más solo/a?

- Todo el día
- Sólo por el día
- Sólo por la noche
- Los fines de semana
- Cuando se resiente mi salud
- En otras ocasiones (ocasiones especiales)
- Nunca

32. En caso de sentirse solo/a alguna vez, ¿Cuánta soledad siente? Por favor conteste de 0 a 10 el nivel de soledad que siente desde 0 no me siento solo/a en absoluto a 10 me siento absolutamente solo/a

Barra desplazable del 0 al 10

33. Si se siente solo/a ¿Sabría indicar por qué se siente solo/a? (puede marcar varias)

- Muerte de un familiar
- Enfermedad de larga duración de un familiar
- Distanciamiento de familiares
- Enfermedad propia
- Limitaciones funcionales de autonomía
- Ruptura sentimental
- No lo sé
- No me siento solo
- Otro (especifique)

34. ¿Cuándo se siente solo/a lo percibe como una experiencia positiva?

- Casi siempre
- Bastantes veces
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

35. Si vive en domicilio, ¿habitualmente, ¿Qué es lo primero que se le ocurre hacer cuando experimenta soledad?

- Salgo a pasear

- Llamo por teléfono
- Pongo la radio o la TV
- Voy a la iglesia y/o reza
- Voy al Centro de Mayores/Centro de Día
- Voy al bar, cafetería
- Salgo de compras
- Voy de visita con familiares o amigos
- Hablo con vecinos
- Practico un hobby (solitarios, labores, cocina, etc.)
- Me resigno
- Otro (especifique)

A continuación, se incluyen una serie de preguntas acerca de los apoyos y estrategias con las que puede contar ante problemas o dificultades de la vida. Por favor conteste sí o no en las siguientes afirmaciones:

36. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios

- Sí
- No

37. Echa de menos tener una relación de amistad de calidad

- Sí
- No

38. Siente una sensación de vacío a su alrededor

- Sí
- No

39. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad

- Sí
- No

40. Echa de menos la compañía de otras personas

- Sí
- No



41. Tiene suficiente gente en la que confiar completamente

- Sí
 No

42. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha

- Sí
 No

43. Echa de menos tener gente a su alrededor.

- Sí
 No

44. Se siente abandonado a menudo

- Sí
 No

45. Puede contar con sus amistades siempre que las necesite

- Sí
 No

Por favor indique seleccionando la opción que más se adapte a su caso

46. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles

1 (no refleja nada una reacción típica en mí) 5 (refleja una reacción muy típica en mí)

47. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción

1 (no refleja nada una reacción típica en mí) 5 (refleja una reacción muy típica en mí)

48. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles

1 (no refleja mi forma habitual de responder) 5 (refleja mucho mi forma habitual de responder)

49. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida

1 (no refleja mi forma habitual de responder)
5 (refleja mucho mi forma habitual de responder)

Por último, se incluyen una serie de preguntas sobre medidas relacionadas con sociabilidad, nuevas tecnologías, campañas y formación, independencia y autodeterminación y participación social. Por favor, marque las 3 opciones que considere más relevantes en cada pregunta

50. A continuación se le pide que marque las 5 medidas que le resultan más útiles para combatir la soledad:

- El acompañamiento en casa con voluntariado
- Acompañamiento en tareas fuera de casa (médicos, hospital, ocio, administrativas)
- Llamadas de servicios como la Teleasistencia
- Promover el uso de comedores sociales
- Facilitar la conciliación de las personas cuidadoras con jornadas laborales "amigables para la familia".
- Crear aplicaciones de móvil o ordenador con contenido para afrontar la soledad
- Ofrecer cursos sobre tecnología
- Teléfonos y dispositivos fáciles de usar
- Fomentar el respeto hacia las personas mayores
- Ofrecer campañas intergeneracionales que impliquen a la sociedad en lucha contra la soledad de las personas mayores
- Ofrecer campañas de sensibilización sobre el valor del cuidado
- Ofrecer campañas de promoción de la familia cohesionada, con un alto nivel de calidad afectiva y empatía entre sus miembros
- Desarrollar cursos sobre la autogestión de la soledad con temáticas como: búsqueda de alternativas contra el aislamiento y preparación ante momentos vitales como jubilación o viudedad
- Desarrollar cursos sobre el valor de la autonomía para personas que deciden vivir solas
- Promoción de cursos de sensibilización para



los profesionales que más están en contacto con personas mayores (servicios sociales y sanitarios)

- Las necesidades y capacidades de las personas mayores deben ser consideradas en la planificación y ejecución de todas las iniciativas locales y autonómicas dirigidas a ellas y deben ser consultadas en todo aquello que les afecte
- Promoción de medidas que faciliten a las personas a envejecer en su propio domicilio
- Medidas que aseguren ingresos económicos suficientes que aseguren la independencia de las personas mayores.
- Adaptar alojamientos y proporcionar servicios que permitan a las personas mayores que viven solas y con necesidades de apoyo, vivir con el mayor grado de autonomía
- Alternativas residenciales más acordes con las preferencias y gustos de cada cual
- Transporte adaptado y planificación urbana pensando en las necesidades de las personas mayores
- Promoción de la autonomía, la participación social y el contacto con familia y amigos de las personas mayores en residencia

Validación del cuestionario dirigido a personas mayores⁵

El cuestionario fue cumplimentado por 10 personas mayores de 65 años (de 66 a 90 años). Perfil heterogéneo en cuanto a género, ámbito de residencia (entorno rural y urbano) y nivel de estudios (desde primarios hasta universitarios). Algunas lo cumplimentan de manera online y otras mediante entrevista.

1. Sexo: MUJER
Edad: 68
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: PRIMARIOS COMPLETO
Tiempo: 40 MINUTOS

- Favorecer la participación de las personas mayores con discapacidad, mediante programas adecuados de ayuda según sus necesidades
- Favorecer la participación de las personas mayores con discapacidad, mediante programas adecuados de ayuda según sus necesidades
- Apoyo y creación de redes para combatir la soledad
- Facilitar que las personas mayores puedan acceder a la formación, cultura y vida social.
- Promover programas que aprovechen las habilidades y experiencia de las personas mayores
- Promoción del uso de comedores sociales en clubs de convivencia
- Otro (especifique)

Muchas gracias por su valiosa colaboración, sin ella el presente estudio no sería posible. Si ha finalizado, puse “Aceptar” y luego “Listo” para enviar la encuesta.

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Le costó con las preguntas iniciales de barrio y distrito ya que no viven en Madrid capital, en las preguntas sobre el centro de servicios sociales, al decir que no tuvo que responder de todas formas a la pregunta de la calidad de la atención aunque no había asistido, las preguntas del final se le hicieron muy pesadas.

2. Sexo: MUJER
Edad: 69
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: FORMACIÓN PROFESIONAL
Tiempo: 45 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Las preguntas iniciales de barrio y distrito por lo mismo que en el caso anterior. También tuvo que responder a

⁵ Se diseñó y testó un cuestionario a cumplimentar por personas mayores de la Comunidad de Madrid, aunque no se aplicó, tras valoración del equipo conjunto de coordinación del estudio al exigir, en algunos casos y para obtener información de un amplio perfil de personas mayores, la realización con una persona profesional de referencia.

la calidad de servicios sociales aunque no había acudido a ninguna cita, las de la frecuencia de relación con diferentes personas le parecieron repetitivas y la 67, 68 y 69 muy pesadas.

- 3. Sexo: HOMBRE**
Edad: 72
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: PRIMARIOS COMPLETOS
Tiempo: 30 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Las preguntas iniciales de barrio y distrito por lo mismo que en el caso anterior. También tuvo que responder a la calidad de servicios sociales aunque no había acudido a ninguna cita, y la 67, 68 y 69 muy pesadas.

- 4. Sexo: MUJER**
Edad: 70
Ámbito: urbano- rural: GUADALAJARA
Estudios: MAGISTERIO- TESINA
Tiempo: 32 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Se le pasó el cuestionario verbalmente y no se volcaron las repuestas en el survey al no ser una persona de la Comunidad de Madrid. Se le pasó el cuestionario para validar la comprensión de las preguntas, y conocer el tiempo empleado en la cumplimentación. Ella sí ha usado los servicios sociales, pero son los de Guadalajara. Se le ha hecho un poco pesado el cuestionario, aunque le parece interesante.

- 5. Sexo: MUJER**
Edad: 90
Ámbito: urbano- rural: MADRID- DISTRITO DE RETIRO
Estudios: MAGISTERIO
Tiempo: 37 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: “Echo de menos contemplar la faceta afectiva que tanto contribuye al sentimiento de soledad, estamos solos y aunque sabemos que nos quieren, no llenan el vacío sentimental por haber perdido a seres muy queridos”.

- 6. Sexo: HOMBRE**
Edad: 68
Ámbito: urbano- rural: RURAL
Estudios: Ingeniero
Tiempo: 38 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Se realiza verbalmente-entrevista, facilitando que

aporte más información de la recogida en el cuestionario. Las preguntas le parecen adecuadas y comprensibles.

- 7. Sexo: MUJER**
Edad: 67
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: UNIVERSITARIOS
Tiempo: 25 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Las preguntas se entienden bien.

- 8. Sexo: HOMBRE**
Edad: 66
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: UNIVERSITARIOS
Tiempo: 30 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Las preguntas se entienden bien.

- 9. Sexo: MUJER**
Edad: 76
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: PRIMARIOS
Tiempo: 30 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Comprensión de las preguntas, adecuados los contenidos.

- 10. Sexo: HOMBRE**
Edad: 72
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: SUPERIORES
Tiempo: 28 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Preguntas adecuadas y comprensibles.

- 11. Sexo: HOMBRE**
Edad: 69
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: PRIMARIOS
Tiempo: 34 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Cuestionario adecuado y pertinente a la situación de personas mayores.

- 12. Sexo: HOMBRE**
Edad: 71
Ámbito: urbano- rural: URBANO
Estudios: PRIMARIOS
Tiempo: 34 MINUTOS

Comentarios/ dudas/ sugerencias: Se realiza verbalmente-entrevista, facilitando que aporte más información de la recogida en

el cuestionario. Las preguntas le parecen adecuadas y comprensibles.

Guión entrevistas y grupos de discusión

1. Presentación

La Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia ha puesto en marcha un programa regional para abordar el problema de la soledad no deseada de las personas mayores, mediante la construcción de una Red de instituciones, entidades y profesionales con lenguajes y metodologías comunes y coordinadas en sus enfoques de actuación.

Según datos de la Dirección General, en la Comunidad de Madrid viven solas en su domicilio más de 276.400 personas mayores, lo que supone cerca del 25% del total de la población de 65 o más años. La soledad podría ser considerada en nuestra sociedad un problema creciente de salud pública, pero, además, la crisis sanitaria por la pandemia ha evidenciado de forma contundente el fenómeno de la soledad no deseada, que ya afectaba a las personas mayores, mostrando con mayor claridad la gravedad de la situación.

En el marco de la configuración del citado programa regional desde el Colegio Oficial de la Psicología estamos realizando el “Estudio Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid”.

El objetivo es obtener datos que arrojen luz sobre este fenómeno social y comunitario, para el desarrollo de una estrategia regional de prevención e intervención que ayude a combatirla y a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Como parte de la investigación, es fundamental contar con la opinión de profesionales expertos/as en este ámbito de actuación, siendo éste el motivo por el que contactamos con usted.

Esta participación consistirá en la realización de una entrevista semiestructurada en la que se le invitará a compartir con el equipo de proyecto su opinión experta sobre este problema social, así como las posibles estrategias, proyectos y/o actuaciones que conozca que estén

desarrollando para prevenir o intervenir ante la soledad no deseada en personas mayores y la valoración de las mismas, así como propuestas de mejora y para poder realizar un mejor abordaje de esta problemática.

Para poder analizar los datos, le pedimos autorización para poder grabar la entrevista realizada. En cuanto al cuidado de la información se informa que sus datos serán protegidos y nunca transmitidos a terceras personas o instituciones. Serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. La participación en este estudio es totalmente voluntaria.

2. Perfil profesional

- ¿Cuál es su titulación? ¿Especialización?
- ¿En qué institución trabaja? ¿Cuál es el objetivo de su institución?
- ¿En qué municipio o distrito trabaja?
- ¿Qué cargo tiene?
- ¿Cuántos años de experiencia tiene con las personas mayores?
- ¿Cuánta experiencia tiene trabajando en soledad no deseada?

3. Contenidos

3.1. Factores relacionados con soledad no deseada

¿Qué factores piensa que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a sufrir soledad no deseada? ¿Qué factores son más relevantes a la hora de sufrir soledad no deseada?

¿En qué medida la soledad puede afectar a las personas mayores? ¿Qué consecuencias puede provocar en la persona?

¿En qué medida ha afectado la pandemia a la soledad no deseada en mayores?

¿Qué elementos le parecen más relevantes que pueden actuar como factores protectores ante el problema de la soledad en personas mayores?

3.2. Adecuación de recursos y responsabilidad

¿Qué importancia cree que se le da a la soledad no deseada a las personas mayores socialmente? ¿Qué imagen se transmite en los medios de comunicación? ¿por qué?

¿Cree que la soledad no deseada es un problema que preocupa en su municipio y en la Comunidad de Madrid? ¿Por qué?

¿Cree que los recursos que hay Madrid para prevenir la soledad no deseada son suficientes?

¿Qué opina del papel de las instituciones y la sociedad en la prevención de soledad en mayores?

3.3. Medidas para combatir soledad

¿Qué medidas/programas conoce que se están desarrollando en la Comunidad de Madrid para combatir la soledad?

¿Cuáles específicamente se desarrollan en su municipio? ¿Cuál es su valoración?

¿Cree que las personas mayores tienen información suficiente de los programas que existen?, ¿Cómo se podría mejorar este aspecto?

¿Qué experiencias que han desarrollado otras entidades conoce que le parecen interesantes para prevenir la soledad en personas mayores? ¿Qué beneficios observa de dicha práctica? ¿Qué mejoras propondría?

3.4. Experiencias desarrolladas

¿Qué experiencias se han desarrollado desde su entidad que pueden ayudar a combatir la soledad en personas mayores?

¿Qué beneficios ha encontrado?

¿Y dificultades a la hora de llevarlo a cabo?

¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar o realizar de otra manera?

3.5. Acciones a desarrollar/ Propuestas de futuro

Desde su experiencia, ¿Qué medidas o aspectos le parecen prioritarios de cara a abordar el

problema de la soledad no deseada en personas mayores?

¿Qué puede hacer una persona mayor para prevenir la soledad no deseada?

¿Qué se puede hacer desde las instituciones?

¿Qué puede hacer la sociedad en su conjunto?

¿Habría diferencias en las actuaciones a llevar a cabo en función de las características de las personas mayores?

Detección

¿Cómo detectar de forma centralizada, coordinada e integral, para la posterior derivación e intervención eficiente, a las personas que viven en situación de soledad no deseada?

¿Qué herramientas podríamos utilizar para realizar esta detección de situaciones de soledad en personas mayores que residen en sus domicilios?

¿Y en personas mayores que viven en residencias y otras instituciones?

Coordinación

¿Qué agentes sociales, y qué espacios, son prioritarios y han de implicarse para abordar la soledad no deseada?

¿Qué agentes, instituciones y organismos han de coordinarse para garantizar que la detección y derivación a programas de intervención, están siendo eficaces?

¿Qué acciones concretas favorecen una correcta coordinación?

4. Cierre y despedida

- Resumir ideas principales destacadas.
- Preguntar si quiere comentar algo más antes de terminar.
- Agradecer su participación.

Anexo 2. Mejores prácticas

La identificación de buenas prácticas tiene como objeto el ser utilizado como material de referencia (externo e interno) en el presente Estudio para facilitar información complementaria y necesaria en la identificación de ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales y de las estrategias de prevención e intervención en materia de soledad no deseada. El acervo de conocimiento derivado de la implementación de programas, proyectos o servicios, con valoración exitosa por su eficacia e impacto, permite establecer lecciones aprendidas de gran interés para el diseño o revisión de propuestas de acción.

Criterios de selección de Mejores Prácticas

Identificación de las mejores prácticas, seleccionadas por: ámbito temporal, ámbito territorial (iniciativas de la UE, países miembros, administraciones públicas, organizaciones privadas, entidades sociales), innovación en la identificación del problema, las personas participantes e implicadas, las estrategias y procedimientos y/o los resultados.

- a. Vinculación a ejes de atención prioritaria a personas mayores
- b. Respuesta innovadora a la situación planteada
 - En el diagnóstico de la situación y la actualización permanente de información
 - En el establecimiento de hipótesis de mejora de la situación
 - En la definición de los objetivos
 - En la gestión de los procesos
 - En la financiación
 - En la obtención de los resultados
- c. Eje territorial: Propuesta de política, estrategia o programa para personas adultas mayores elaborada desde una lógica institucional central, o bien desde la generalización de prácticas exitosas territoriales
- d. Criterios temporales: desarrolladas desde 2010 hasta la actualidad, con especial incidencia en los cinco últimos años.

- e. Vinculación a factores de riesgo de personas mayores que sufren o pueden llegar a sufrir soledad no deseada y de la atención a sus necesidades, o en las que se distinga que se da respuesta a alguno/s de los ámbitos de análisis del estudio:
 - Necesidades de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y eliminar o reducir el impacto de la soledad no deseada en su bienestar físico y psicológico
 - Estrategias y procedimientos de acceso a los recursos comunitarios, prestados por las administraciones públicas y/u otras entidades de entorno
 - Estrategias de colaboración y cooperación interinstitucional, con entidades científicas, profesionales, del sector público y sociedad civil
 - Resultados e impacto de programas y servicios para la población mayor, que está o pudiera estar afectada por situaciones de soledad no deseada.

Se incluyen a continuación prácticas publicadas hasta 2022 de iniciativas que tienen en su mayoría al menos 5 años de implantación (tiempo suficiente para la obtención de resultados y la comprobación de su eficacia), aunque también se han incluido proyectos concretos desarrollados en época de pandemia, por su especial relevancia.

La búsqueda se ha centrado fundamentalmente en iniciativas del ámbito nacional, aunque se incluye una iniciativa concreta realizada en el ámbito europeo, además de una reseña específica sobre las experiencias internacionales más destacables. Existen muchas prácticas promovidas desde ayuntamientos y mancomunidades, cuyos objetivos y actividades resultan bastante similares por lo que se ha seleccionado una muestra que sirva como ejemplo de las respuestas más utilizadas. Las fundaciones y asociaciones son las encargadas de liderar la innovación en este ámbito territorial (sin duda el presupuesto municipal dedicado a este colectivo de población influye en este hecho), apelando, fundamentalmente, a un trabajo coordinado en el que la utilización de voluntariado o el diseño de estrategias intergeneracionales constituyen un rasgo de aplicación preponderante.

Vinculación a los ejes de atención prioritaria y de protección
contra la soledad no deseada en personas mayores

Respuesta innovadora en el diagnóstico de la situación,
en las hipótesis de mejora, en los objetivos, en el diseño
de procesos de gestión, en las fórmulas de financiación
y/o en los resultados obtenidos

Propuestas con diferente ámbito territorial, generalizados
al territorio de la Comunidad de Madrid

Desarrolladas desde el año 2010, especialmente en los últimos 5 años

Vinculación a factores de riesgo asociados a la soledad no deseada

1. Hilo de plata



EJES DE ACTUACIÓN PRIORITARIA

#Acompañamiento #Voluntariado

ENTIDAD PROMOTORA

Nagusilan.

TIPO DE ENTIDAD

Se trata de una Asociación de Voluntariado de Personas Mayores sin ánimo de lucro constituida en Donostia-San Sebastián. Forma parte del Consejo Vasco del Voluntariado y del Consejo Foral de las Personas Mayores.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Cuenta con el apoyo de la Fundación Kutxa, el Grupo Danobat, la red "Guztion artean" del Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Gipuzkoa y los ayuntamientos de toda la C.A.V.

ÁMBITO TERRITORIAL

Gipuzkoa, Bizkaia, Araba Navarra, y otras Comunidades Autónomas de España.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: Resurrección María Azkue, 32 bajo.
20018 Donostia-San Sebastián

Teléfono: 94 347 50 21

Email: info@nagusilan.org

DURACIÓN

Desde el año 2000 hasta la actualidad.

PÁGINA WEB

<https://nagusilan.org/>; <https://nagusilan.org/hilo-de-plata/>

PERSONAS DESTINATARIAS

El "Hilo de Plata" es un proyecto de acompañamiento a personas mayores en situación de soledad. No está solo dirigido a las personas a las que se acompaña, sino también a las que desarrollan el propio voluntariado, que también es mayor, y permanece activo en este periodo de crisis sociosanitaria en el que sus actividades se han visto muy restringidas.

PROPÓSITOS

El objetivo principal de este proyecto es acompañar a personas mayores en situación de soledad no deseada a través de conversaciones telefónicas gratuitas.

Los objetivos específicos de este proyecto son los siguientes:

- Mitigar la percepción de soledad de las personas mayores y mejorar su estado anímico.
- Ayudar a que las personas mayores estén activas y desarrollen habilidades personales al actuar como voluntarios.
- Impulsar la participación y cohesión social.
- Fortalecer las relaciones sociales entre mayores.
- Ser un complemento a los servicios públicos de ayuda a las personas mayores.
- Empoderar a las personas mayores al formar parte del cambio social.

SÍNTESIS

El Hilo de Plata es un servicio de acompañamiento telefónico gratuito para personas mayores en situación de soledad no deseada. Lo atiende un grupo de personas voluntarias de Nagusilan, de lunes a viernes en cuatro turnos diarios, dos de mañana y dos de tarde (de 10,00h a 13,00h y de 16,30-19,30 h).

Por un lado, se ayuda a personas mayores con la intención de paliar su soledad, romper su aislamiento o atenderles en sus preocupaciones concretas, ofreciéndoles: escucha, apoyo, orientación y seguridad, en la medida de las posibilidades del voluntariado. Por otra parte, la persona voluntaria entrega su tiempo de forma desinteresada y, a cambio, se ve enriquecida por la experiencia y crece su dimensión solidaria.

a) Características

- Gratuito y Altruista. El servicio prestado por el Hilo de Plata es gratuito.
- Inmediato. Las personas beneficiarias reciben respuesta inmediata (siempre que llamen al Hilo de Plata en su horario de atención) por parte de la persona voluntaria que recoge su llamada.
- Trato personalizado. En la mayoría de los casos, las personas beneficiarias tienen asignada una persona voluntaria que conoce su trayectoria vital y es la encargada de llamarle cuando la persona, por su edad avanzada, no puede encargarse de realizar ella misma la llamada.
- Anónimo y Confidencial. El voluntariado de Nagusilan que atiende el teléfono del Hilo de Plata guarda estricta confidencialidad sobre el contenido de las conversaciones realizadas. El secreto sobre las comunicaciones es absoluto. Solo en casos de emergencia grave se puede comentar un problema al equipo del proyecto, en vías de alertar a los Servicios Sociales correspondientes. El servicio del Hilo de Plata cumple con las normas recogidas en la Ley Orgánica de Protección de Datos.

b) ¿Cómo acceden los usuarios al proyecto?

El voluntariado de Nagusilan recibe las llamadas que se producen en el teléfono 900 habilitado a tal efecto, y también realiza llamadas a personas solas cuyos contactos los han facilitado los

Servicios Sociales, un familiar del entorno de la persona mayor y, en ocasiones, la propia persona interesada.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Después de su evaluación, el programa resulta exitoso para todas las personas participantes en los siguientes aspectos:

- **CON EL VOLUNTARIADO:** Se realizaron talleres cualitativos presenciales y on-line en grupos de 10 personas. El principal resultado fue la satisfacción del voluntariado mayor de haber sido útil y haber ayudado a otras personas mayores.
- **CON LAS PERSONAS USUARIAS:** Se realizó una encuesta de satisfacción vía telefónica al 30% de las personas usuarias como muestra representativa. Los resultados reflejaron que el grado de satisfacción con el Hilo de Plata fue de 3,77 sobre 4. Tras el confinamiento más del 95% de las personas usuarias continúan en el servicio.

RESULTADOS

Personas usuarias del servicio

Antes del Covid-19

Número de personas usuarias: 117 (85% mujeres y 15% hombres)

Número de personas voluntarias: 20 (85% mujeres y 15% hombres)

Número de llamadas realizadas y recibidas: 4.292 (12 meses)

Número de horas de voluntariado: 1.381 (12 meses)

Tras el Covid-19

Número de personas usuarias: 281 (84% mujeres y 16% hombres)

Número de personas voluntarias: 63 (79% mujeres y 21% hombres)

Número de llamadas realizadas y recibidas: 5.493 (6 meses)

Número de horas de voluntariado: 12.185 (6 meses)

545 solicitudes en 3 meses

Casi 300 personas acompañadas

Creación de red vía WhatsApp para el



seguimiento de la situación de las 800 personas voluntarias de Nagusilan.

5.493 llamadas de acompañamiento en 6 meses

Más de 6 horas de conversaciones telefónicas diarias de lunes a domingo.

2.185 horas de voluntariado de personas mayores ayudando a otras personas mayores.

ENLACES DE INTERÉS

https://bideoak2.euskadi.eus/debates/elkarlan2017/proyecto_hilo_de_la_plata.pdf

<http://nagusilan.org/wp-content/uploads/2020/06/nagusilan-junio-2020.pdf>

2. Programa hogar y café, viviendas compartidas entre personas mayores



EJES DE ACTUACIÓN PRIORITARIA

#Personas Mayores #Vivienda
#Acompañamiento

ENTIDAD PROMOTORA

Fundación Pilares para la autonomía personal.

TIPO DE ENTIDAD

Es una organización privada, sin ánimo de lucro, de ámbito estatal, cuya misión es defender la dignidad y los derechos de las personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, así como a sus familiares y entorno.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Subvencionado con el 0,7% de IRPF de la Comunidad de Madrid.

ÁMBITO TERRITORIAL

Comunidad de Madrid.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: C/ Escosura, nº 7, 28015 Madrid.

Teléfono: 911305228/ 640092293

Email: hogarycafe@fundacionpilares.org

DURACIÓN

Enero 2019-actualidad.

PÁGINA WEB

<https://www.fundacionpilares.org/>

<https://www.fundacionpilares.org/proyecto/hogar-y-cafe/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores independientes en las actividades de la vida diaria que dispongan de una vivienda (propia o alquilada) y que quieran compartir con una o varias personas mayores o que estén interesadas en entrar a vivir en una vivienda compartida con una o varias personas mayores.

PROPÓSITOS

El objetivo principal de este proyecto es facilitar y promover que las personas mayores que se sienten en soledad compartan vivienda, para dar respuesta a las necesidades de compañía, apoyo mutuo y eficiencia en los gastos, favoreciendo la permanencia en su domicilio o entorno, evitando la institucionalización innecesaria.

Objetivos específicos:

- Difundir la alternativa de viviendas compartidas entre personas mayores y sensibilizar hacia esta opción innovadora de convivencia para paliar la soledad.

- Identificar y establecer contacto con personas mayores que viven y se sienten solas y desearían hacerlo en compañía.
- Conocer las circunstancias de cada persona mayor interesada en el proyecto y llevar a cabo la gestión de las acciones oportunas para el inicio de la convivencia.
- Contar con la participación efectiva de las personas mayores en la toma de decisiones en todo el proceso.
- Facilitar, mediar y realizar un seguimiento a las convivencias que se lleven a cabo desde el programa.
- Generar una red de participación solidaria entre diferentes agentes sociales a nivel comunitario, para desarrollar sinergias con el proyecto y promover la participación social de las personas convivientes en las viviendas.

SÍNTESIS

a) ¿En qué consiste?

Dos o más personas mayores que residan en la Comunidad de Madrid comparten una vivienda (propia o en alquiler), en la que los dormitorios son privados y el resto de las estancias son compartidas.

b) Características

- Una de las personas mayores debe ser la titular de la casa y está dispuesta a acoger a otra persona mayor para compartir la casa o varias personas que alquilan juntas una vivienda para compartir.
- Los dormitorios son privados y el resto de las estancias son compartidas.
- El plan de vida se establece conjuntamente entre las personas que deciden compartir la vivienda, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias, mediante un acuerdo pactado que incluye las normas de convivencia, los gastos compartidos, las tareas domésticas, horas de descanso, animales domésticos.

c) ¿Qué rol desempeña la Fundación en este proyecto?

La Fundación Pilares realiza acompañamiento y asesoramiento técnico en el diseño del plan de vida, el cual se establece conjuntamente entre

las propias personas convivientes, mediante un acuerdo pactado que incluye sus gustos y preferencias, normas de convivencia, gastos compartidos, tareas domésticas, horas de descanso, pernoctas, animales de compañía. Además, se promueve que puedan conocerse previamente, para valorar si encajan y hay suficiente afinidad entre sí y, además, cuenten con un periodo de prueba de un mes de duración y la posibilidad de darse de baja y cesar la convivencia. Desde el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), se proporciona una atención personalizada y "a la carta" a las personas que quieren compartir vivienda y les ofrece un acompañamiento y apoyo personal a lo largo de todo el proceso, configurándose como una alternativa necesaria para paliar la soledad no deseada.

ELEMENTOS DE ÉXITO

La experiencia resulta interesante como modelo de convivencia alternativo y accesible. Se enfatiza el hincapié en la gestión de procesos que realiza la institución respecto a los y las usuarias del servicio, poniendo a cada persona y sus necesidades como centro primordial de intervención. Además, se han firmado convenios con otras instituciones para que se sumen a la iniciativa.

RESULTADOS

El Programa contempla un PLAN DE EVALUACIÓN, distribuido en tres fases consecutivas -de evaluación inicial, intermedia y final-, en el que se recopila y analiza información, entre otros, sobre

- Grado de consecución de los objetivos propuestos.
- Grado de ajuste de las actividades realizadas a la programación prevista y la estimación de su contribución al logro de objetivos (evaluación del proceso).
- Valoración de los destinatarios últimos y posibles mejoras.
- Valoración de las actividades realizadas (encuentros grupales, actos de difusión).
- Visibilidad y difusión del programa (web, redes sociales, seguimiento en prensa).
- Grado de satisfacción y valoración del programa por parte de los usuarios." Eficiencia de los

procedimientos de gestión del programa y propuestas de mejora continua. Se aplican instrumentos de valoración inicial integral: Entrevista individual, cuestionarios PRE-POST ad hoc, visitas a domicilio, valoración de la vivienda, comunicaciones vía telefónica, correo, WhatsApp, etc.

Resultados obtenidos:

- Personas interesadas: 106
- Historias de vida validadas: 58

- Encuentros grupales realizados: 15
- Media de edad de los participantes: 67 años
- Convivencias formalizadas: 2
- Convenios de colaboración firmados con otras entidades: 9

ENLACES DE INTERÉS

<https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2019/12/2019-NBPO5-HOGARYCAFE.pdf>

3. Mayores conectados



EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Personas mayores #Acompañamiento #Ayudas Tecnológicas

ENTIDAD PROMOTORA

Fundación Alicia y Guillermo.

TIPO DE ENTIDAD

Fundación dirigida a la atención a las personas mayores, tanto en su faceta física, psíquica y social, ayudándoles a adaptar sus capacidades físicas y cognitivas a las nuevas circunstancias que la edad va propiciando, procurando un envejecimiento digno, concienciando a la sociedad que las personas mayores de hoy fueron las jóvenes de ayer, que con su esfuerzo y su trabajo han contribuido a conseguir los logros sociales que ahora disfrutan las nuevas generaciones.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

El proyecto nace de la unión de Fundación Alicia y Guillermo, Fundación Pons y Fundación FDI en colaboración con la empresa tecnológica TDS Domótica e Inmótica para el proyecto #NingunaPersonaMayorSola, seleccionado en la convocatoria de #PorMadrid2020.

ÁMBITO TERRITORIAL

España.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: Calle Hermanos Gárate, 5, 3ºB, 28020, Madrid

Teléfono: 665 14 83 61 / 910 843 405

Email: info@fundacionaliciayguillermo.com

DURACIÓN

2020-actualidad.

PÁGINA WEB

<https://www.fundacionaliciayguillermo.com/>

<https://www.fundacionaliciayguillermo.com/conectados>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores vulnerables y situación de soledad no deseada.

PROPÓSITO

El objetivo principal de este proyecto es dotar de acceso a las nuevas tecnologías a las personas mayores más vulnerables, como forma de evitar la soledad no deseada y el aislamiento, así como ofrecer herramientas y recursos para mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Acercar las nuevas tecnologías a las personas mayores de forma adaptada, accesible y universal.
- Crear una plataforma por la que las personas podrían conectarse a talleres y otros contenidos, desde el dispositivo que les resulta más familiar y cómodo, la televisión.
- Facilitar que cualquier persona pueda acceder a los contenidos independientemente de donde se encuentre o si tiene dificultades para desplazarse a la fundación de forma presencial.
- Cuidar que en los talleres exista un espacio para la interacción social entre los/as participantes con el objetivo de reproducir el ambiente previo a la pandemia, adaptándose a la nueva realidad.

SÍNTESIS

a) ¿Qué es?

Se trata de un espacio digital adaptado a los hogares, de fácil acceso, en el que se ofrece una serie de contenidos y funcionalidades por y para las personas más vulnerables, y, entre las que existe una mayor brecha digital, con el fin de acercarles a la tecnología y todas sus utilidades. También está pensado su uso de forma colectiva en residencias, centros de mayores, clubes sociales, etc.

b) ¿En qué consiste?

- Se trata de un dispositivo que se conecta al televisor y da acceso a la plataforma con todos los contenidos.
- Ofrece un gran abanico de opciones, que van desde la activación cognitiva, al ocio, la cultura, fomento de hábitos saludables, como la actividad física, autocuidado, alimentación, y muchas cosas más, a través de talleres, actividades online y gran cantidad de contenido de interés.
- Favorece la construcción de comunidades de personas con intereses afines para compartir actividades y contenidos, y que de esta forma se integren en nuevas redes de amistad.

c) ¿Cómo se accede al programa?

Contactando directamente con la Fundación Alicia y Guillermo por vía telefónica, email o completando el formulario de su página web.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Resulta una respuesta innovadora que parte del acertado diagnóstico de la dificultad de la brecha digital de este colectivo, planteando una serie de opciones accesibles e integrales para que las personas que se incorporan en el programa comprendan y se conviertan en competentes digitales, y puedan disfrutar de un ocio recreativo de calidad.

ENLACES DE INTERÉS

<https://fundacionasispa.org/fundacion-alicia-y-guillermo/>

4. Madrid vecina



EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Ámbito comunitario #Redes de apoyo

ENTIDAD PROMOTORA

Fundación Grandes Amigos.

TIPO DE ENTIDAD

ONG de voluntariado que acompaña y apoya a las personas mayores solas desde 2003.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Privado- público: Ayuntamiento de Madrid y fondos propios de Grandes Amigos.

ÁMBITO TERRITORIAL

MADRID VECINA: se desarrolla dentro de la ciudad de Madrid en los barrios de Centro, Retiro, Arganzuela y Villaverde de los siguientes distritos: Centro, Chamberí, Retiro, Tetuán, Villaverde, Arganzuela, Usera y Salamanca.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Calle Embajadores, 206 duplicado, 1º C. 28045 Madrid. Legazpi

Teléfono: 91 359 93 05

Email: info@grandesamigos.org

MADRID VECINA: 681 264 882 / madridvecina@grandesamigos.org

DURACIÓN

2020-actualidad (inicio durante la primera ola de la pandemia por la COVID-19).

PÁGINA WEB

<https://grandesamigos.org/madrid-vecina/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores en situación de soledad no deseada.

Población en general.

PROPÓSITO

Grandes Amigos tiene varios programas dirigidos a prevenir (Grandes Vecinos) y abordar la soledad de las personas mayores (Acompañamiento afectivo). Con este programa se busca detectar y prevenir situaciones de soledad no deseada en las personas mayores a través del fortalecimiento de las redes de apoyo vecinal existentes.

Como objetivos específicos:

- Concienciar a toda la sociedad de la necesidad de estar pendientes y de integrar en el día a día a las personas mayores desde un trato igualitario, evitando el paternalismo.
- Prevención basada en la información y el conocimiento de la red de apoyos disponibles.
- Generar hábitos saludables en la población con carácter general a través de la socialización y las redes vecinales.
- Involucrar a la sociedad para que sea capaz de detectar situaciones de soledad y divulgadores de recursos de acompañamiento y socialización.

SÍNTESIS

El proyecto pretende identificar las redes de apoyo vecinales e institucionales existentes y fortalecerlas a través de la sensibilización y la coordinación para facilitar la detección de situaciones de soledad no deseada de las personas mayores.

Las redes de apoyo vecinal la componen vecinas/os, comerciantes, agentes sociales de las administraciones públicas, asociaciones vecinales, etc.

Una vez detectadas estas situaciones, se ofrece información y recursos que aborden esas situaciones. Al trabajar en red de forma coordinada, permite estar pendiente de las personas mayores, saber si están o se sienten solas, echarles una mano en lo que necesiten y facilitar su socialización y participación en la vida del barrio.

a) ¿Cómo funciona?

Todo el barrio puede participar en MADRID VECINA.

Además de ser una red de detección, se informa a las personas mayores de las diferentes opciones de acompañamiento, socialización y apoyo que necesiten.

Se incluyen indicaciones y guías para detectar soledad en mayores y un directorio de recursos para personas mayores disponibles en el barrio / distrito donde se lleva a cabo la sensibilización.

Asimismo, se puede mapear y ampliar la red de

apoyo vecinal localizando recursos amigables con las personas mayores para que aparezcan en el mapa de recursos del barrio.

b) ¿Cómo participar?

- Uniéndose al equipo de detección del barrio.
- Prestando atención a las personas mayores que viven alrededor para detectar posibles casos de soledad, informando a la persona mayor de esta iniciativa y contactando con la red vecinal.
- Participando en actividades puntuales de formación y/o sensibilización sobre la soledad y el envejecimiento.
- Informando sobre otras opciones de voluntariado disponibles en Grandes Amigos.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Constituye una iniciativa que pretende dar una respuesta integral basada en el ámbito comunitario, en el que cada barrio se compromete y corresponsabiliza de la situación de acompañamiento a personas mayores en situación de soledad (efectivas o potenciales).

RESULTADOS

Vinculados a la acción de sensibilización durante 2021:

Contactos recibidos totales	126
Personas mayores	58
Personas potencialmente voluntarias	53
Otros (profesionales, interesados, prácticas)	15
Adhesiones y puntos de información (comerciantes y agentes vecinales)	221
Retiro	91
Arganzuela	64
Villaverde	49
Centro	7
Bajas	10
Reuniones con agentes sociales (externas)	90
Difusiones y sesiones informativas	34 (al menos 207 participaciones)
Reuniones de equipo (internas)	49
Actividades comunitarias	22 (al menos 316 participaciones)
Sensibilización	77
Formaciones	18 (al menos 109 participaciones)

ENLACES DE INTERÉS

<https://grandesamigos.org/madrid-vecina/>

<https://grandesamigos.org/madrid-vecina-deteccion-prevencion-soledad/>



5. Contigo, programa de acompañamiento a personas mayores solas



EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Ámbito comunitario #Redes de apoyo
#Detección

ENTIDAD PROMOTORA

Ayuntamiento de Getafe (a través de la delegación de Personas Mayores), perteneciente a la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores desde abril de 2018. En Getafe también se han desarrollado otro tipo de iniciativas como, por ejemplo, Getafe Ciudad amigable con las personas mayores.

TIPO DE ENTIDAD

Organismo público local.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Ayuntamiento de Getafe.

ÁMBITO TERRITORIAL

Getafe (Comunidad de Madrid).

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: Casa Municipal del Mayor, sita en la calle Manzana 12, Getafe, Madrid.

Teléfono: 91 2027968

Email: casa.mayor@aytogetafe.org

DURACIÓN

Desde 2018.

PÁGINA WEB

<https://www.getafe.es/ayuntamiento-getafe-pone-marcha-nuevo-programa-contigo-acompanamiento-personas-mayores-solas/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores en situación de soledad. En concreto:

- Mayores o personas con discapacidad sin familia en domicilio.
- Mayores institucionalizados pero sin nadie que les acuda a visitar.
- Personas mayores que viven con su familia, pero por la actividad profesional de éstos o las cargas familiares que tienen, no les pueden dedicar un rato a pasear, ir al teatro o acompañarles a realizar actividades de ocio en general, por otro lado, carecen de un acompañante para realizar gestiones, trámites burocráticos o acompañarles al médico.
- Personas mayores hospitalizadas con familia, pero por su actividad profesional los familiares no pueden dedicarle tiempo para acompañarle durante su hospitalización: hablar, leerle/a una revista, escucharle, acompañarle a pasear, ayuda a relacionarse con otros pacientes

PROPÓSITO

El objetivo de este proyecto es crear una red de prevención y acción comunitaria dirigida a detectar y prevenir situaciones de riesgo y vulnerabilidad lo antes posible y responder gradualmente a las mismas, para establecer una respuesta completa, coordinada, transversal y gradual a la soledad no deseada. Se trata pues de apostar por la buena vecindad y su desarrollo como red de apoyo mutuo, detección y respuesta clave.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Detectar, lo antes posible, las situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores, con el fin de conocer sus necesidades reales y percibidas y ayudarles a cambiar esta situación y mejorar su calidad de vida, apoyando su reinserción en la sociedad y el entorno social.

- Colaborar con los diferentes dispositivos municipales y públicos (concejalía de mayores, Bienestar Social, centros cívicos, centros atención primaria, hospital, policía, protección civil etc.) a detectar y valorar los casos de aislamiento social en personas mayores.
- Detectar las causas de la situación especialmente los causados por problemas mentales que provocan que éstos se aislen de la sociedad y dejen de cuidar su salud (alimentación, higiene).
- Establecer de manera colaborativa con los y las técnicos del Ayuntamiento un protocolo que plantee los pasos a seguir para afrontar estos casos, siendo el objetivo final la normalización en domicilio.
- Construir un espacio de escucha compartida.
- Desarrollar un programa extenso de prevención de la soledad y el aislamiento.
- Proporcionar un servicio de acompañamiento e información a las personas mayores del municipio.
- Realización de intervenciones grupales e individuales.
- Realización de actividades intergeneracionales.
- Aumentar la participación dentro de la comunidad.
- Generar espacios de convivencia entre diferentes generaciones.
- Paliar los efectos negativos de la soledad y deterioro propio de la edad.
- Procurar retrasar el riesgo de dependencia.

SÍNTESIS

El trabajo que se plantea combina programa que va desde la generación de una red de detección lo más inmediata posible de situaciones de soledad a la intervención sobre estas situaciones con la colaboración de toda la comunidad y especialmente de las personas mayores y jóvenes en el desarrollo de acciones de voluntariado y compromiso que rompan con el aislamiento y proporcionen apoyo emocional y social.

Se trata de un programa que incluye la detección de la soledad no deseada en las personas

mayores mientras envejecen para poder así acompañarles en sus domicilios; estableciendo una coordinación entre instituciones para dar una respuesta, así como para desarrollar las acciones complementarias necesarias. Este programa cuenta con un teléfono de atención, donde bien las personas mayores que se encuentran solas o bien quienes conozcan a alguna persona en esta situación, pueden ponerse en contacto de forma gratuita en el 900 701 025. A través de este programa, se trata de implicar a todos los agentes sociales, desde vecinos; asociaciones; como los comercios, habiendo establecido a través de GISA una red de establecimientos amigos de las personas mayores; o centros de salud y el Hospital de Getafe; que podrán poner en conocimiento del Ayuntamiento estas situaciones, para que actúe.

Así mismo, para el desarrollo del programa de atención en soledad formado por voluntarios/as y ciudadanos/as activos en esta materia se siguen los siguientes pasos:

- Presentación del programa en la mesa y plataforma del voluntariado proponiendo el desarrollo de una intervención secuencial sobre esta materia
- Desarrollo de atenciones a personas sobre las que ya se está interviniendo o institucionalizadas.
- Campaña de captación de voluntarios-as (ficha inscripción, entrevista previa de disponibilidad)
- Formación de los miembros de esta red: en particular habilidades de comunicación y de ruptura del aislamiento. Establecimiento de una guía de buenas prácticas.
- Desarrollo del protocolo de activación del dispositivo de acompañamiento de voluntariado a las personas mayores diseñado en la mesa técnica de vulnerabilidad: llamada telefónica, primera visita, establecimiento sistema continuado.
- Desarrollo intervenciones: tipología intervenciones: acompañamiento sanitario, acompañamiento a tareas burocráticas, tertulia y conversación, otros.
- Evaluación y supervisión con la mesa técnica y según criterios técnicos: debriefing grupales.

a la comunidad de manera íntegra, para dar respuesta a una problemática acuciante y actual, enfatizando el compromiso de la institución local con sus vecinos/as.

ENLACES DE INTERÉS

<https://www.getafe.es/getafe-sigue-apostando-por-combatir-la-soledad-no-deseada/>

<http://www.getafealdia.com/noticias/getafe/4084/el-ayuntamiento-pone-en-marcha-el-programa-contigo-de-acompanamiento-a-personas-mayores-solas-/>

<https://www.lahoradigital.com/noticia/20130/madrid/getafe-recuerda-a-sus-mayores-que-pueden-acogerse-al-programa-contigo.aspx>

6. Programa Duplo

EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Centros residenciales #Intergeneracional



ENTIDAD PROMOTORA

Fundación Gregal.

TIPO DE ENTIDAD

Surgida en 2017, dirigida a prestar atención al envejecimiento y mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. Su propósito es promover la relación intergeneracional con el fin de obtener beneficios tanto para jóvenes como para las personas mayores que viven en residencias. Este proyecto se está desarrollando en colaboración con la Universidad Carlos III, la Fundación Balía, y las residencias Los Nogales Pacífico y Pontones, y Amavir Getafe y Usera, Vitalia Leganés y Sanitas Getafe, la Real Escuela de Arte Dramático (RESAD) y la residencia de mayores de Usera.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Propia.

ÁMBITO TERRITORIAL

Comunidad de Madrid.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: C/ Serrano, 41, planta baja B, 28001 Madrid

Teléfono: 915 75 92 86

Email: info@fundaciongregal.org

DURACIÓN

Desde 2017 a la actualidad (se encuentran en su cuarta edición).

PÁGINA WEB

<https://fundaciongregal.org/>

PERSONAS DESTINATARIAS

- Mayores institucionalizados residentes en una residencia de la Comunidad de Madrid, preferentemente pública o concertada.
- Jóvenes estudiantes mayores de edad matriculados en estudios oficiales de Grado de la Universidad Carlos III de Madrid; en estudios de Formación Profesional del Instituto Alarnes de Getafe; procedentes de la Fundación Balía de apoyo a la infancia y matriculados en estudios reglados; en la Real Escuela Superior de Arte Dramático.

Propósito

El objetivo principal de este proyecto es promover las relaciones intergeneracionales entre jóvenes y mayores.

Objetivos específicos:

- Reducir el aislamiento de personas mayores al estar en contacto directo con jóvenes.
- Potenciar el sentimiento de pertenencia en las personas mayores a un proyecto. En DUPLO éstas mayores son piezas fundamentales. El proyecto les “obligará” a mantenerse activos fuera de las dos horas diarias de presencia en el programa, pues tendrán que leer, escuchar música, etc. Todo ello será diseñado y repartido atendiendo a sus capacidades cognitivas, físicas e intelectuales.
- Ayudar a que los/as jóvenes comprendan mejor la situación de las personas mayores y obtengan un bagaje que les permita comprender mejor el envejecimiento y afrontar con más recursos el suyo propio y el de sus familiares.
- Favorecer la continuidad en los estudios de las/os jóvenes seleccionados, a través de la concesión de una ayuda para la financiación de sus estudios.
- Medir el impacto del programa sobre los dos grupos de beneficiarios, a través de un sistema de evaluación en el que todos los agentes implicados (coordinación; jóvenes; residencia; personas mayores) responderán a cuestionarios.
- Crear una conciencia social sobre el problema de la brecha intergeneracional.

SÍNTESIS

Grupos de 5 jóvenes realizan una serie de actividades con grupos de 12 mayores. Las actividades son la herramienta que facilita el vínculo generacional. Los programas de actividades se van adaptando a las preferencias del grupo. Por ejemplo, se realizan exposiciones de temas de interés, debates, teatro, lecturas de relatos, arteterapia, musicoterapia, yoga, meditación.

El programa Duplo está estructurado de manera que para poder ser llevado a cabo son necesarios unos 10 voluntarios/becarios por residencia. Según el número de residencias o instituciones en las que se implementa, se ajustan las plazas de la convocatoria. Aparte de los/as voluntarios/becarios, de 2 a 5 empleados de la Fundación llevan a cabo la labor de coordinación y

supervisión del programa.

El programa se lleva a cabo durante un curso escolar de octubre a junio. Durante el curso, los/as jóvenes tienen el compromiso de acudir 6 horas semanales a la residencia, distribuidas en tres días, de manera que la actividad pueda desarrollarse en la residencia todas las tardes, de lunes a viernes.

En el último curso, se ha incorporado una adaptación del programa base, DUPLO-TEATRO, con estudiantes de la Real Escuela de Arte Dramático (RESAD) y la residencia de mayores de Usera. Se creó un grupo de trabajo de 15 mayores y 10 estudiantes, durante dos horas y media diarias, cuatro días por semana, trabajaron juntos en el diseño, el guion, la construcción de elementos de decorado, ensayos, etc. de una pieza teatral basada en las historias de vida de las personas mayores. No se pudo realizar la puesta en escena debido a la pandemia.

Otro programa diseñado en la Fundación es DUPLO-SOFÍA, basado en dinámicas, lecturas y actividades relacionadas con la creación literaria (para todos los públicos). El objetivo es la creación de un texto conjunto para su publicación.

COVID-19

A raíz de la pandemia, el Programa Duplo ha trabajado fundamentalmente en tres direcciones:

- Fomentando el contacto a través de las nuevas tecnologías con las personas mayores: ante la imposibilidad de asistencia presencial a las residencias, se ha organizado un plan regular de contacto a través de llamadas telefónicas y videollamadas.
- Comunicación a través de cartas escritas.
- Desarrollando nuevas actividades de cara al curso 2020-21: tanto el personal de la Fundación como estudiantes becados han trabajado intensamente en el diseño de nuevas actividades para desarrollar en el momento en el que sea posible el retorno a la actividad presencial. Así, se han dejado programados talleres literarios, teatrales, dinámicas entorno a la inteligencia emocional, un festival de cine, programaciones especiales sobre historia del arte, entre otros programas.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Esta iniciativa plantea un ajustado y fundamentado diagnóstico de la situación, en el que la actualización permanente de información permite realizar mejoras en las estrategias de intervención. Conociendo muy bien el universo en el que operan, este consorcio de organizaciones ajusta su propuesta a las necesidades del colectivo, utilizando para ello una gestión de procesos adecuada, estandarizada y que les permite demostrar el éxito de su programa y la necesidad de continuidad. Además, se enfatiza la diversidad de actividades propuestas basadas en actividades artísticas y deportivas en las que se propicia el disfrute y ocio recreativo de calidad.

RESULTADOS

Los primeros resultados del proyecto de investigación en personas mayores confirman que aquellos que han intervenido en el programa Duplo experimentan un menor deterioro físico y cognitivo en comparación con un grupo control, definiendo la variable “deterioro significativo” como un deterioro de al menos un 10% de la situación basal en pruebas objetivas de estado físico, cognitivo o afectivo.

Evaluación interna a estudiantes, trabajadores de residencias y mayores:

En el curso 2018-19:

- El 84% de los/as estudiantes piensa que es muy necesario el programa Duplo.
- El 44% de los/as estudiantes está completamente satisfecho con el programa, y en 49% bastante.
- El 81 % de los/as estudiantes cree que es muy interesante relacionarse con mayores.
- El 60% de los/as profesionales de las residencias piensa que es muy necesario el

programa.

- El 60% de los/as profesionales está completamente satisfecho con el programa, y el 40% bastante.
- El 66% de las personas mayores está completamente satisfecho con el programa, y el 20% bastante.

En el curso 2019-20, la situación de pandemia solo ha hecho posible la evaluación por parte de estudiantes, arrojando los siguientes resultados:

- El 98% de los/as estudiantes cree que el programa es muy necesario.
- El 54% de los/as estudiantes está muy satisfecho con el programa, y el 40% bastante.
- El 85% de los/as estudiantes cree que es muy interesante relacionarse con mayores.

En cuanto a datos cualitativos, han reflejado lo siguiente:

- Consideran que la intervención les ha cambiado significativamente. En concreto, establecer un vínculo empático significativo con personas que al principio les parecía difícil, aumento de la flexibilidad y capacidad de adaptarse a las circunstancias en su relación con las personas mayores, mayor capacidad para poner límites y reconducir situaciones de tensión y una revalorización de su situación vital.

ENLACES DE INTERÉS

<https://fundacionregal.org/wp-content/uploads/2019/02/Resultados-INVESTIGACION-DUPLO-oct-18.pdf>

<https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2020/09/MaquetaDUPLO.pdf>

7. Cohousing Senior-Trabensol

EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Personas mayores #Ámbito comunitario
#Vivienda

ENTIDAD PROMOTORA

Trabensol.

TIPO DE ENTIDAD

Iniciativa cohousing senior pionera en España que ha nacido para hacer realidad una forma nueva de vivienda colaborativa dirigida a mayores.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Se trata de una cooperativa.

ÁMBITO TERRITORIAL

Torremocha del Jarama (Comunidad de Madrid).

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Cooperativa TRABENSOL.

Dirección: Calle Canal de Isabel II, 19. 28189 Torremocha de Jarama

Teléfono: 91 868 37 00 - 648 408 644 - 636 375 835 - 638 038 076

Email: info@trabensol.org

DURACIÓN

Desde 2013.

PÁGINA WEB

<https://trabensol.org/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores de 50 a 70 años que asuman sus valores (lo que implica, ser persona solidaria, dispuesta a poner a disposición de los demás, de forma altruista, sus capacidades); tener buena salud en el momento de su adhesión; contar con recursos económicos que hagan posible adquirir la participación en la propiedad del conjunto cooperativo y poder hacer frente a la cuota mensual.

PROPÓSITO

Vivienda colaborativa de cohousing que propone desarrollar:

- Un clima afectivo de amistad y cooperación.
- Un espíritu de solidaridad y tolerancia.
- Tener cubiertas las necesidades materiales que se vayan presentando con la edad o la pérdida de salud.
- Desarrollo de nuestras propias posibilidades, contribuyendo así a mantener en las mejores condiciones el cuerpo y el espíritu.
- Facilitar una vejez que pueda ser agradable y enriquecedora, permitiendo el cultivo de las cualidades y aficiones de cada una de las personas residentes.
- Considerar las relaciones humanas como fuente principal de bienestar. - Combinar vida de relación social con independencia personal.
- Pensar en las generaciones futuras con una forma de vida respetuosa con la naturaleza.
- Dulcificar la carga que para hijos y otros familiares pueda llegar a suponer nuestra atención.
- Utilizar los servicios públicos y sociales a los que tenemos derecho
- Prever que los costes económicos del propio bienestar puedan ser asumidos por la pensión y previsiones de un trabajador normal.

SÍNTESIS

Se trata de una cooperativa cohousing de vivienda colaborativa para personas mayores. Cada socio vive en su propio apartamento, con la riqueza de una vida en comunidad y con espacios y actividades compartidas.

En el centro se programan numerosas actividades diversas abiertas a sus vecinos para favorecer la inclusión y participación en la comunidad: culturales (charlas, conferencias, tertulias, audiciones musicales, audio y cine-fórum, teatro leído, visitas culturales, taller de pintura, coral, conversaciones en inglés), deportivas (excursiones, petanca, marcha, bádminton), lúdicas (excursiones, viajes, juegos de mesa, celebraciones, cenas compartidas), preventivas (yoga, meditación, horticultura, fisioterapia, terapia ocupacional, inteligencia emocional,

podología, etc.) y solidarias (red solidaridad popular, atención refugiados, entre otras). Además, el centro ofrece servicios comunes básicos como comedor, lavandería, limpieza de apartamentos y zonas comunes, etc.). También cuentan con un Sistema de Atención a la Dependencia, complementario del Sistema Público, cuyo objetivo es ofrecer una atención personalizada y de calidad a aquellos socios que pudieran entrar en dependencia sobrevenida. Cuando el socio deja el centro o fallece, se liquida a su favor o al de sus herederos la inversión realizada al inicio o se venden los derechos a una nueva persona residente. Además, los/as residentes pagan cuotas mensuales que rondan los mil euros para los servicios y mantenimiento. También se ha constituido un fondo solidario para atender a los y las socios que se puedan encontrar en situaciones de necesidad o riesgo de manera puntual.

Autogestionada democráticamente a través de un Consejo Rector elegido por los socios y una Asamblea General constituida como "el órgano supremo de expresión de la voluntad social" (Estatutos), lo que garantiza el respeto a la libre decisión y autonomía de sus socios y nos diferencia de las Residencias de Mayores convencionales.

Se trata de una iniciativa participativa, porque el funcionamiento y las actividades de la vida ordinaria del Centro se encauzan a través de un conjunto de Comisiones de Trabajo integradas por los propios socios. Inserta en las nuevas tendencias del "Consumo Colaborativo" y de la "Economía Social", el acceso a la vivienda se realiza en cesión de uso vitalicio, no en propiedad. La propietaria de las viviendas es

la Cooperativa, con lo que se evita cualquier tentación especulativa. También reivindica ante las Administraciones Públicas su pleno reconocimiento legal y su acreditación para la prestación de servicios sociosanitarios en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de la Ley de Dependencia.

ELEMENTOS DE ÉXITO

El éxito de Trabensol se refleja en que, en su corto espacio de vida, cuenta ya con una larga lista de espera integrada por asociados que pasarán a ser socios residentes cuando, por la razón que fuera, quedará libre algún apartamento. Esta iniciativa constituye una estrategia que está obteniendo éxitos y apoyos innegables en todo el mundo, ya que se consolida como una alternativa habitacional a futuro muy prometedora. Se podría decir que, tanto en el diagnóstico de la situación y el planteamiento de hipótesis de trabajo como en la gestión del propio proyecto, este tipo de experiencias debe ser tenidas en cuenta y fomentadas, generando sinergias a nivel público/privado de base cooperativa.

ENLACES DE INTERÉS

<https://trabensol.org/wp-content/uploads/2013/03/lineas-basicas.pdf>

<https://trabensol.org/wp-content/uploads/2013/03/MEMORIA.-Trabensol-un-proyecto-joven-hecho-por-mayores.pdf>

www.youtube.com/watch?v=nlzWhvsmtH8

8. Radars



EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Personas Mayores #Ámbito comunitario
#Redes de apoyo #Detección

ENTIDAD PROMOTORA

Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona.

TIPO DE ENTIDAD

Organismo público.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Público (Ayuntamiento de Barcelona).

ÁMBITO TERRITORIAL

35 barrios de Barcelona.

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

Dirección: Carrer de Ca l'Alegre de Dalt, 5, 08024 Barcelona

Teléfono 932 915 884.

Email: radarsgentgran@bcn.cat.

DURACIÓN

Desde 2008 hasta la actualidad

PÁGINA WEB

<https://ajuntament.barcelona.cat/serveissocials/es/canal/projecte-daccio-comunitaria-radars>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores en situación de soledad no deseada.

Personas mayores que viven solas o acompañadas pero que se sientan solas.

- Personas mayores que viven con otra persona en situación de dependencia.
- Personas mayores que quieran enriquecer sus relaciones personales.

PROPÓSITO

Proyecto que aborda la soledad no deseada de las personas mayores involucrando a toda la comunidad y creando una red sensible y respetuosa, a partir de la cual las personas mayores podrán volverse a vincular a la vida colectiva.

- Paliar soledad no deseada.
- Prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores.

Síntesis

Radars se articula mediante la creación de una red de barrio que cuenta con varios espacios de participación. La base de esta red la forman los radares, vecinos y vecinas, comercios y farmacias del barrio que, con una mirada sensible y respetuosa, están atentos a la dinámica diaria de las personas mayores de su entorno y, si detectan algún cambio importante, se ponen en contacto con Radars. En esta detección se implican también los centros de salud del barrio.

Una vez informados, desde Servicios Sociales se valora si hay que intervenir o no. Para paliar el sentimiento de soledad de estas personas, los voluntarios y voluntarias de la Plataforma de seguimiento telefónico de Radars las llaman de forma periódica y establecen una relación de confianza, que será un primer paso para promover su vinculación al territorio. Esta tarea se complementa con la coordinación entre diferentes recursos y entidades (casales, centros cívicos, entidades de voluntariado, etc.) y con la creación de nuevas iniciativas comunitarias que contribuyan a la inclusión de las personas mayores a su entorno más cercano. Los radares vecinales, comerciales y de farmacias son una figura clave en el proyecto.

Los espacios habituales de participación en el proyecto son:

- **Mesa Radars:** es el espacio de encuentro e intercambio entre vecinos y vecinas, personas voluntarias, servicios y entidades del barrio, donde se planifican las estrategias y acciones que se llevarán a cabo.
- **Plataforma de seguimiento telefónico:** realizan llamadas a las personas atendidas por Radars, con el objetivo de hacer un seguimiento de su situación y vincularlas al barrio.
- **Sensibilización y difusión:** para motivar un proceso de transformación en el barrio, es importante la tarea de dar a conocer el proyecto a través de varias acciones.
- **Acogidas y acompañamientos:** acciones puntuales para facilitar la participación de las personas mayores en las actividades y eventos del barrio.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Se trata de una iniciativa en la que se combina un buen diagnóstico de la situación de las

personas mayores, actuales u potenciales, con la definición de los objetivos y gestión de los procesos de articulación de todas las entidades intervinientes. Se plantea como un ejercicio de implicación en tareas de cuidado de los mayores de toda la comunidad, con base barrial. Se combinan elementos de acción concreta con la población meta pero también de sensibilización a nivel comunitario.

RESULTADOS

35 barrios comprometidos y en los que funciona la iniciativa. Se planea ampliar a 54 barrios en un futuro próximo.

Enlaces de interés

<https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/es/noticia/10-azos-de-proyecto-radars-la-red-vecinal-y-comunitaria-que-vela-por-el-bienestar-y-el-cuidado-de-los-mayores-ya-se-ha-consolidado-en-mzas-de-35-barrios-de-la-ciudad>

[Vídeos Radars](#)

9. Modelo frome de atención primaria mejorada

EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Ámbito comunitario #Salud

ENTIDAD PROMOTORA

Frome Medical Practice y Health Connections Mendip

TIPO DE ENTIDAD

El Modelo Frome de Atención Primaria Mejorada (FMEPC), también conocido como Compassionate Frome, es un proyecto en Frome, Somerset, que aprovecha las redes sociales existentes para mejorar los resultados de salud. Lanzado en 2013 como una colaboración entre Frome Medical Practice y Health Connections Mendip, se basa en la abrumadora evidencia de que la salud está fuertemente influenciada por factores sociales (incluso más que fumar, reducir el consumo excesivo de alcohol, reducir la obesidad y cualquier otra intervención preventiva).

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Fondos propios

ÁMBITO TERRITORIAL

Frome, Somerset (Reino Unido)

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

01373 468368

mendip.healthconnections@nhs.net

DURACIÓN

2013-actualidad

PÁGINA WEB

<https://healthconnectionsmendip.org/our-model/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores residentes en la localidad de Frome.

PROPÓSITO

Un objetivo importante es aumentar la cantidad de relaciones entre las personas y los servicios y actividades comunitarios, asegurando que las personas estén bien conectadas. Sin embargo, estar bien conectado no es necesariamente conectar bien. Más allá de la cantidad, conectar bien requiere relaciones de calidad.

Compassionate Frome se basa en este principio básico del diseño centrado en las relaciones, exhibiendo una serie de características que creemos que representan un diseño centrado en las relaciones efectivo:

- Las relaciones deben ser valoradas para que las personas las prioricen, y este valor depende de muchos factores. Al mapear tal variedad de servicios y actividades, y capacitar a Community Connectors y Health Connectors para navegar por ese rango, el proyecto ofrece a las personas el espacio y la agencia para encontrar oportunidades de acuerdo con sus intereses y si buscan formas emocionales, informativas, instrumentales o de otro tipo. apoyo.
- Las relaciones toman muchas formas. En el proyecto Compassionate Frome facilita los cuatro tipos de relaciones, o "círculos": intimidad, al capacitar a Community Connectors para referir a sus seres queridos; la amistad, ayudando a organizar grupos de apoyo entre pares; y participación e intercambio, alentando a los pacientes a participar en actividades y servicios comunitarios gratuitos y de bajo costo.
- La creación conjunta y el establecimiento de objetivos compartidos ayudan a cultivar relaciones sólidas y mutuas.
- Al trabajar con la población local para identificar y desarrollar servicios locales, y con los pacientes para establecer metas a través de prescripciones sociales, el Proyecto Compassionate Frome enfatiza la cooperación. Esto ayuda a construir relaciones más sólidas y mutuas entre el personal de Compassionate Frome y los miembros de la comunidad y entre los miembros de la comunidad a medida que colaboran en las soluciones.

SÍNTESIS

Compassionate Frome es parte del Modelo Frome más amplio de atención primaria mejorada. Funciona en tres pasos:

Paso 1: Mapeo de los activos de la comunidad

Desde hacerse amigo de los servicios a través de grupos de apoyo entre pares, cooperativas de ahorro y crédito y clases de ejercicios, el proyecto mapea más de 400 servicios y actividades en la comunidad local. Crucialmente, también identifica brechas.

Paso 2: ayudar a la población local a llenar los vacíos

Para construir capital social, el proyecto trabaja con la población local, grupos comunitarios y socios para identificar dónde agregarían valor los nuevos servicios y actividades. Luego ayuda a las personas a crear esos activos de manera sostenible, a través del apoyo en aspectos como contratación, legalidad y financiación. Los nuevos grupos hasta ahora incluyen grupos de apoyo de degeneración macular, accidente cerebrovascular y diabetes.

Paso 3: Señalización

La tarea final es garantizar que las personas se beneficien de estos servicios y actividades. Esto se logra a través de múltiples canales:

- Capacitación de “Conectores comunitarios” voluntarios para señalar a familiares, amigos y vecinos los servicios comunitarios que podrían ser útiles.
- Prescripción social: los pacientes se reúnen con los “Conectores de salud” para hablar sobre su salud, establecer objetivos y conectarse con los servicios y actividades de la comunidad. Los pacientes pueden autorreferirse o ser referidos por su médico de cabecera.
- Cafés parlantes: las personas que se sienten aisladas o desean conocer gente y aprender sobre los servicios y actividades de la comunidad pueden visitar un café local y conversar entre ellos y con un Community Connector.
- Cartas a pacientes adecuados identificados en registros de práctica.
- El sitio web de Health Connections Mendip.

- Un espacio de radio mensual.

ELEMENTOS DE ÉXITO**Impacto social**

El principal logro social del proyecto, confirmado en un artículo del British Journal of General Practice, es “reducciones altamente significativas en las admisiones no planificadas al hospital”, que desde abril de 2013 hasta diciembre de 2017 disminuyó en Frome en un 14 %. En Somerset, las admisiones de emergencia aumentaron un 28,5 % en ese tiempo. Además, a pesar de ser una piedra angular de la política de salud, hay poca evidencia de iniciativas sistemáticas que reduzcan las admisiones de emergencia.

Los mecanismos causales aquí no se conocen con certeza, pero es probable que combinen la mejora real de la salud a través de la conexión social con el hecho de que un porcentaje considerable de pacientes ingresan en el hospital por falta de apoyo social. De cualquier manera, los resultados se ajustan a la fascinante evidencia a la que se hizo referencia anteriormente.

Es importante reconocer que estos resultados no pueden atribuirse completamente al modelo aquí descrito. También han contribuido otras iniciativas de salud, como médicos de cabecera que llaman a los pacientes cuando han sido dados de alta del hospital. No obstante, el Modelo Frome de Atención Primaria Mejorada se considera parte integral de este impacto.

Impacto económico

Estos beneficios sociales también resultaron en una disminución dramática en los costos de atención médica. Mientras que estos aumentaron un 21 % en Somerset, en Frome cayeron un 21 %. Esto representa el 5% del presupuesto total de atención médica (a nivel nacional, las admisiones de emergencia representan casi el 20% del presupuesto de atención médica).

RESULTADOS

- 1,057 Community Connectors han tenido 21,140 conversaciones de señalización.
- 73.736 visitas al sitio web.

- Health Connectors ha atendido a 1469 pacientes en 3243 citas.
- El 95,6% de esos pacientes se sintieron más capaces de acceder al apoyo de la comunidad.
- El 94 % se sintió más capaz de gestionar su salud y bienestar.
- El 81% experimentó un aumento del bienestar.

ENLACES DE INTERÉS

<https://shiftdesign.org/case-study-compassionate-frome/>

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/feb/21/town-cure-illness-community-frome-somerset-isolation>

10. Monalisa (Movilización Nacional contra la soledad de las personas mayores)

EJES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

#Ámbito comunitario #Personas mayores #Intergeneracional

ENTIDAD PROMOTORA

La iniciativa parte de dos vertientes: por un lado, la reflexión en 2012 de Michèle Delaunay, la entonces ministra de Personas Mayores y Autonomía, sobre la soledad. Por otro lado, la petición de 30 organizaciones lideradas por la asociación Petits Frères des Pauvres para la movilización nacional de la sociedad con y para las personas mayores.

TIPO DE ENTIDAD

Público- privada

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Propia

ÁMBITO TERRITORIAL

Francia

LOCALIZACIÓN Y CONTACTO

<https://www.monalisa-asso.fr/contact>

DURACIÓN

2014- actualidad

PÁGINA WEB

<https://www.monalisa-asso.fr/>

PERSONAS DESTINATARIAS

Personas mayores de toda Francia

PROPÓSITO

El objetivo principal es erradicar la soledad que se estima sufren 5 millones de franceses, de los cuales 1,5 millones son mayores de 75 años. Los objetivos secundarios son tres:

- Tener un compromiso nacional que parte de una carta común.
- Fomentar la cooperación de los participantes a nivel departamental.
- Promover la implicación y la solidaridad de los ciudadanos.

SÍNTESIS

MONALISA ha logrado una colaboración sin precedentes entre diferentes actores para luchar contra la soledad. Estos son:

- La sociedad civil
- Las administraciones públicas
- Las asociaciones
- Los servicios sociales
- Las comunidades
- Los fondos de pensiones
- Las mutuas
- La Agencia del Servicio Cívico

El funcionamiento del programa se debe principalmente a las acciones comunitarias realizadas por los diferentes participantes, que a su vez se agrupan en equipos de ciudadanos/as. Estos equipos están compuestos por entre 10 y 50 personas y a cada uno se le asigna una persona de referencia. Cualquier persona puede crear su propio equipo y convertirlo en una asociación en su barrio, pueblo o ciudad. Cabe destacar que los equipos reclutan a personas jóvenes comprometidas con el Servicio Cívico para que participen en el proyecto.

MONALISA se encarga en todo momento de hacer un seguimiento del equipo. Tras la configuración del equipo, la asociación envía a una persona empleada o voluntaria de una organización sin ánimo de lucro para proporcionar asesoramiento. Esta persona enseña al equipo las claves del liderazgo y la gestión de grupos. Además, existe un Comité de cooperación en cada región que se reúne regularmente para garantizar la cooperación estratégica del programa.

Algunos elementos metodológicos y herramientas destacables del proyecto son:

- Llamadas telefónicas: colaboran con cuatro plataformas de teleasistencia y mensajería que son: S.O.S. Amitié; Solitud" écoute; Maltraitance Personnes Agées et maltraitance Personnes Handicapées au 3877; au bout du fil y Croix-Rouge Ecoute.
- Visitas a domicilio o en un establecimiento
- Transporte solidario: el equipo se ofrece a llevar en coche y a donde quieran a las personas mayores que lo deseen.
- Talleres de alfabetización digital
- Ayuda en trámites administrativos
- Salidas culturales o deportivas

Aparte de ofrecer estos servicios, MONALISA está llevando a cabo diferentes programas piloto. Un ejemplo es el experimento que está realizando un equipo desplazado a cuatro territorios de Francia (Hérault, Loire: Vallée de l'Ondaine, Haute-loire y Deux Sèvres) para investigar sobre la soledad en las zonas rurales. Estos territorios han sido seleccionados por contar con ciudades pequeñas de no más de 2.000 habitantes y con una población

envejecida. Para ello colabora con actores como la caja central de la Mutualidad social agraria, la Cruz Roja francesa, y Familles Rurales.

También se ha aliado con el Comisariado general para la igualdad de territorios (CGET), el grupo HUMANIS y la Caja de Depósitos y Consignaciones con el motivo de apoyar 15 proyectos bajo el nombre Movilizados en los barrios (Mobilisés dans les quartiers). La finalidad es hacer emerger las iniciativas locales que luchan contra el aislamiento social de personas mayores en el corazón de los barrios prioritarios del lugar.

Otro dato relevante es que MONALISA reconoce iniciativas innovadoras propuestas por los ciudadanos. De esta manera, premia cada año a 15 proyectos con una financiación de 2.400 euros, una ayuda económica importante para el inicio de los proyectos. De hecho, los ganadores reciben asesoramiento especializado por parte de consultores de FR Consultants para guiarles en el desarrollo de sus proyectos.

ELEMENTOS DE ÉXITO

Respecto al impacto en la agenda política, MONALISA ganó en 2014 el premio de la Fundación La France s'engage, el nivel más alto de reconocimiento de iniciativas sociales en Francia. Esto supuso que la iniciativa fuera incluida en la legislación francesa, en concreto en la ley de adaptación de la sociedad al envejecimiento. La primera parte de esta ley sobre la anticipación de la pérdida de autonomía se centra en la prevención del aislamiento de las personas mayores. La ley creó una conferencia de financiadores en cada departamento para coordinar la financiación de la prevención de la pérdida de autonomía en torno a una estrategia común. En este marco ya se financian acciones comunes de las cooperaciones departamentales de MONALISA, como por ejemplo la formación de voluntarios.

Además, el presidente de MONALISA representa a la asociación en el Alto Consejo de la familia, la infancia y la edad (HCFEA) del Gobierno de la República y el referente nacional de MONALISA es miembro del HCFEA en calidad de persona cualificada en el seno de la formación de la "Edad".

Principales ventajas o valor añadido

- Programa de larga trayectoria.
- Extendido por todo el país.
- Gran capacidad de influencia en la política francesa.
- Cobertura de diferentes temas relacionados con la soledad.
- Apoyo a proyectos innovadores.

Claves de éxito

- Sistema de gestión eficiente y claro.
- Apoyo y supervisión por parte de MONALISA de los equipos de ciudadanos.
- Descentralización de las iniciativas, pero con principios comunes

- Plena implicación de las administraciones públicas y del gobierno central
- Reconocimiento de iniciativas ciudadanas

RESULTADOS

La situación actual es que 522 organizaciones han firmado la carta MONALISA. Además, 66 departamentos de 101 repartidos por toda Francia están colaborando activamente en el proyecto y hay más de 850 equipos de ciudadanos organizados.

ENLACES DE INTERÉS

<https://www.soledades.es/inspiracion/experiencias/monalisa>



**Colegio Oficial
de la Psicología
de Madrid**



**Comunidad
de Madrid**