

Ecós del silencio. Un estudio de casos sobre la soledad en las personas mayores

Luis Miguel Rondón García

Universidad de Málaga
luismiguel.rondon@uma.es

Rosa Raquel Ruiz Trascastro

Universidad de Málaga
rosaraquelruiz@uma.es

Bibiana Navarro Matillas

Escuela Andaluza de Salud Pública
bibiana.navarro.easp@juntadeandalucia.es

Doris Otis Mohand

Investigadora

Artikulu honek adinekoen bakardadean eragiten duten faktoreak aztertzen ditu ebidentzian oinarritutako praktikaren ikuspegitik. Kasu-azterketa kualitatibo bat egin zen bakardadea jasaten duten 22 adinekoekin egindako elkarrizketa erdi-egituratu bidez, zortzi parte-hartzaileko foku talde batekin osatuta. Atlas-ti softwarea erabiliz egindako analisiak agerian uzten du bakardadea dimentsio desberdinak dituen meta-aldagai bat dela, testuinguru sozial zehatz batean kokatua. Dimentsio hauek bizi-zikloko egoera desberdinekin lotuta daude: erreserba kognitiboa, gizarte-laguntza, harreman sozialak, loturen galera eta bizitzarekiko gogobetetasunaren pertzepzioak, eta bakardadeari aurre egiteko azalpenak ematen dituzte. Azkenik, gizarte-zerbitzuen eginkizuna faktore erabakigarria da aipatutako gabeziak konpontzeko, eskaintzen dituzten baliabide sozialen bidez.

Gako-hitzak:

Bakardadea, adineko helduak, erreserba kognitiboa, gizarte-zerbitzuak.

Este artículo analiza los factores que influyen en la soledad de las personas mayores desde la perspectiva de la práctica de la evidencia. Para ello, se realiza un estudio de casos desde el paradigma cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas a 22 personas mayores en situación de soledad, que se complementa con un grupo focal de 8 participantes. En el análisis realizado con el software Atlas-ti, se infiere que la soledad es una metavariante con diferentes dimensiones, que se enmarca en un contexto social determinado. Estas dimensiones están relacionadas con distintas variables a lo largo del ciclo vital —reserva cognitiva, apoyo social, relaciones sociales, pérdida de vínculos, percepción de la satisfacción con la vida— y explican cómo se afronta de la soledad. Por último, el papel de los servicios sociales es un factor determinante para complementar las carencias indicadas, a través de los recursos sociales que se ofrecen.

Palabras clave:

Soledad, personas mayores, reserva cognitiva, servicios sociales.

1. Introducción

El objeto de estudio de este artículo son las personas mayores en situación de soledad no deseada. Se analizan las trayectorias individuales que conducen hacia los mecanismos de la dicotomía soledad/acompañamiento. Los objetivos son: a) analizar los factores determinantes de la soledad en las personas mayores; b) examinar su incidencia en la calidad de vida y c) conocer el papel de los servicios sociales como vector de apoyo a estas situaciones sociales.

Para comenzar, cabe señalar que el constructo de soledad está en continua revisión, debido a que, para referirse a esta experiencia de aislamiento social, se usan indistintamente conceptos diferentes, aunque relacionados (Dickens *et al.*, 2011; Peplau, 1998). Por su parte, Hirigoyen (2013) habla de la experiencia de la soledad positiva cuando es elegida y resulta gratificante. Tomando en consideración que la soledad se debe a la carencia de o a problemas en las relaciones sociales (Weiss, 1983), podemos distinguir entre:

- Soledad existencial: se caracteriza por ser abierta, ni impuesta ni sentida, y por no esperar nada a cambio (Roig, 2004). Algunos autores la consideran como autoextrañamiento (Karnick, 2005), en tanto que estas personas tienden a sentir que su vida carece de sentido. Según Rubio *et al.* (2002: 17), "las personas que experimentan este tipo de soledad es porque carecen de habilidades adecuadas de relación social en los ámbitos de la vida".
- Soledad social: se trata de un tipo de soledad ocasionada por la ausencia de una red social de forma perdurable con personas que generen sensación de confianza y seguridad.
- Soledad emocional: se refiere a la ausencia total de apego emocional que se ofrece en las relaciones íntimas. Tiene muchas consecuencias negativas y puede llegar a ser patológica e incluso asociarse con la morbilidad o la mortalidad (Peplau, 1988).

Según la tipología anterior, en términos generales, los sentimientos de soledad están asociados con una serie de factores psicológicos, sociales y personales, como la forma en la que la persona entiende sus relaciones sociales y las expectativas sobre aquellas, la pérdida de ilusión y de sentido de la vida o la dificultad para pedir o aceptar ayuda (Castro, 2010); el propósito, el valor, la autoestima o la autoeficacia (Baumeister, 2005); factores sociales, como ser mujer (Dahlberg *et al.*, 2015; Pinquart y Sörensen, 2001; Rico-Urbe *et al.*, 2016), tener edad avanzada (Dykstra, 2009; Dykstra, Van Tilburg y De Jong Gierveld, 2005; Scambler, *et al.*, 2005) o un nivel de estudios bajo (Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko *et al.*, 2005; Sundström *et al.*, 2009), o la cantidad y calidad del apoyo social percibido; también, con el aumento de problemas de salud, incluido el estado de salud mental (Losada *et al.*, 2012). Los trastornos del estado del ánimo y, en concreto, la depresión, es

frecuente en la población de personas de 65 o más años, donde alcanza una prevalencia de entre el 7% y el 36% (Koenig y Blazer, 1992) y llega hasta el 40% en personas hospitalizadas (Butler y Lewis, 1995). Por ello, se ha vinculado la soledad con un aumento de la mortalidad, la mala salud y un uso excesivo de servicios sociales. La relación entre la soledad y el uso de servicios sociales es compleja y multifacética, pero en general, se puede afirmar que la soledad puede ser un factor que impulse a las personas en situación de soledad no deseada a buscar más apoyo de los servicios sociales, ya sea por necesidad de contacto social, apoyo emocional o acceso a los recursos. Al mismo tiempo, un uso excesivo de estos servicios, sin una adecuada evaluación o intervención, podría no abordar las causas subyacentes de la soledad y, en algunos casos, incluso contribuir a un mayor aislamiento (Smith y Víctor, 2022).

2. Percepción de la soledad, soledad objetiva y subjetiva

A tenor del conocimiento adquirido, podemos distinguir dos dimensiones esenciales para comprender la génesis de la soledad: la soledad elegida y la soledad sobrevenida. Todas las personas, en algún momento de la vida, necesitan pasar tiempo a solas para alcanzar determinados objetivos. En este caso, la soledad no tiene connotaciones negativas, al tratarse de una situación elegida. Resulta evidente, pues, que la soledad, cuando se desea y se consigue, no constituye un problema para las personas, inclusive para las personas mayores.

Por otro lado, sentirse solo es algo mucho más complejo. Algunas personas, aun cuando viven en compañía de sus seres queridos, pueden sentirse solas por diversas circunstancias. En este sentido, la soledad es subjetiva, es una experiencia que se produce cuando las relaciones de afecto no son satisfactorias o no cubren las expectativas de la persona (Bermejo, 2005). Para prevenirla, nos interesa conocer cómo funciona la autoeficacia en el envejecimiento positivo, los procesos de socialización del mayor y, sobre todo, la reserva cognitiva que se van acumulando a lo largo del ciclo vital para afrontar el final de la vida. En este caso, la reserva cognitiva se refiere a la habilidad del cerebro para optimizar el rendimiento mediante el uso de redes neuronales o estrategias cognitivas alternativas (Stern, 2009). Muchos gerontólogos afirman que las personas mayores que envejecen con éxito son aquellas que se sienten felices, satisfechas con su pasado y cuentan con vínculos sociales, emocionales.

Según la inferencia anterior, las relaciones sociales, la interacción social, junto con las actuaciones que lleven a cabo las políticas del bienestar, pueden influir en una mejor calidad de vida de los adultos mayores, al proporcionar bienestar y percepción de calidad de vida para desarrollar un envejecimiento eficaz. De hecho, con la edad, los adultos buscan activamente las relaciones que son más gratificantes y disuelven

los lazos que lo son menos, al tener más libertad de elección una vez finalizados los compromisos de la vida laboral y adulta (Rondón, 2022).

A partir de estos argumentos, nos interesa indagar en la incidencia de la soledad en la calidad de vida de las personas adultas mayores, dado que la soledad se produce con más énfasis en aquellas personas que cuentan con poca reserva cognitiva adquirida para preparar esta etapa del ciclo vital, y con escaso apoyo familiar y participación social o comunitaria.

En otro orden de cosas, las prácticas discursivas ponen de manifiesto que atribuciones causales y el control percibido son variables explicativas de la soledad (Newall, 2015). Las personas solitarias suelen presentar sesgos cognitivos que generan expectativas sociales más pesimistas y modos de interacción social negativos que aumentan la soledad (Cacioppo y Hawkley, 2009). De este modo, conocer la experiencia de soledad de las personas mayores y averiguar en qué medida tiene relación con su comportamiento se considera relevante para comprender mejor la soledad.

Junto con estos factores, es imprescindible señalar el factor de género: unas 850.000 personas mayores de 80 años viven solas en España, y de estas, algo más de 662.000 son mujeres (INE, 2024). De aquí, deducimos el plus de género y su especificidad en la atención a las mujeres mayores que solicitan ayuda.

Las circunstancias descritas plantean la necesidad de realizar un estudio de casos, para identificar los factores individuales y sociales que propician la soledad entre las personas mayores.

3. Material y métodos

El paradigma cualitativo y, en concreto, el estudio de casos es la metodología más idónea para este estudio, al favorecer las sinergias entre quienes investigan y las personas destinatarias, atendiendo a la particularidad y complejidad de un objeto de análisis específico como el que aquí se aborda. Para identificar la soledad no deseada en personas mayores, se escogió como criterio la situación objetiva de vivir solo/a, entendida como una modalidad de convivencia (Victor *et al.*, 2005). También se tomó como criterio la expresión de sentimientos de soledad, la cual es subjetiva y está compuesta por la manera en que la persona percibe y evalúa esta situación de vivir solo/a (De Jong-Gierveld y Raadschelders, 1982).

3.1. Participantes. Población y muestra

La muestra del estudio se seleccionó con el apoyo de personas expertas en el ámbito de los servicios sociales de la provincia de Málaga y de la Fundación Harena, de Málaga. El número de participantes a quienes se entrevistó fue 22 ($N = 22$), de los cuales 12 eran mujeres y 10, hombres, con edades comprendidas de 74 a 91 años ($\bar{x} = 81,3$ años). En

cuanto al grupo focal, en él participaron 8 personas distribuidas con equidad de género, de edades comprendidas entre los 30 y 91 años¹.

El grupo muestral es considerado representativo; sus integrantes tenían edades de entre los 74 y los 91 años y vivían en un hábitat urbano o rural, ya sea en domicilios particulares unifamiliares o en residencias, con una razón de género de un 71% de mujeres frente a un 29% de hombres, siendo el 40% personas solteras; el 30%, personas viudas y el 30% restante, personas que vivían en pareja. Los criterios de elegibilidad fueron: tener 65 o más años y no tener patologías neurodegenerativas. A las personas residentes, se añadió el requisito de no llevar más de 6 meses en el centro.

En cuanto al universo de la investigación, según datos del INE (2024), el número de hogares andaluces formados por una única persona de 65 años o más es de 358.496, estando el 70,2% de estos hogares formado por mujeres, y el 29,8%, por hombres.

3.2. Procedimiento

Los instrumentos utilizados fueron, por una parte, una entrevista semiestructurada, individual y en profundidad, con un formato de historia de vida. Se realizó durante los meses de mayo y junio de 2024, de forma presencial e informado a las personas participantes en el estudio. Los lugares donde se llevaron a cabo entrevistas presenciales fueron dos: el domicilio particular de la persona entrevistada y las residencias.

También se utilizó el grupo focal, técnica que crea un espacio en el que reflexionar grupalmente y rescatar significados para una mejor comprensión de las categorías discursivas. Se organizó un solo grupo focal, en la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo de la Universidad de Málaga, el 5 de septiembre de 2024, de forma presencial y con dos horas de duración.

Posteriormente, se procedió al análisis de los datos con el software Atlas.ti versión 9, codificando, seleccionando los fragmentos discursivos, así como las interacciones de estos en torno al constructo de soledad. A partir de este análisis, se crearon las categorías conceptuales dentro de cada uno de los bloques de preguntas:

1. Satisfacción con la vida y autoeficacia.
2. Sentimientos de soledad y afectación a la calidad de vida.
3. Apoyo y relaciones sociales.
4. Ocio, tiempo libre y participación comunitaria.
5. Uso y satisfacción de los recursos de servicios sociales.

¹ Fragmentos extraídos de las entrevistas y del grupo focal se presentan más adelante como material empírico de análisis. La autoría de cada cita se atribuye a cada participante mediante la letra "P" seguida de un número, para preservar el anonimato.

4. Resultados

A continuación, analizamos los resultados de las categorías indicadas anteriormente, en función de los objetivos de la investigación.

4.1. Satisfacción con la vida y autoeficacia

En esta categoría, se indaga en la autoeficacia y la satisfacción con la vida, relacionadas con los antecedentes familiares e historia de vida de la persona, la percepción de los propósitos que la persona ha logrado; expresadas también en la existencia, o no, del deseo de cambiar algo de su pasado, así como su capacidad de solucionar los problemas, en este caso, relativos a la soledad. Con respecto a la categoría satisfacción con la vida, la mitad de las personas participantes responden que se sienten satisfechas, siendo las razones que más repiten el haber tenido un matrimonio feliz, una buena relación familiar, con hijas e hijos y el apoyo que les brindan. A esto, cabe añadir la capacidad para tomar las decisiones propias y conseguir la realización personal en el momento actual. Se destacan algunas respuestas:

Satisfecha con mi vida, sí, porque yo soy de las que siempre he sacado partido de todo lo que he hecho y donde he estado. (P1)

Sí, sobre todo por mi marido que he tenido y por los hijos que tengo, que son buenísimos. (P2)

Sí, con mi marido, ha sido un matrimonio muy bonito. Cuando íbamos a andar, la gente me decía "¡vaya, allí va el matrimonio!". (P7)

Por otra parte, la otra mitad de las personas consideran que no están satisfechas con su vida, ya sea con su familia o con la pareja, y que incluso han tenido una vida llena de dificultades a largo del ciclo vital:

Cuando eres joven, piensas que vas a hacer esto y lo otro, y luego llega un momento en el que hay problemas y las cosas no son como tú lo habías pensado. (P6)

¿Satisfecho? No. [...] Yo, probablemente, no encontré la persona adecuada a mí. (P10)

Con respecto a la categoría autoeficacia, las personas, en general, consideran que ya no son capaces de hacer todas las tareas cotidianas y atender a sus necesidades de autonomía personal como antes. Las razones por las que ya no se ven capaces suelen ser el deterioro de la salud física o mental, o problemas de movilidad. La baja autoeficacia se relaciona con sentimientos de ansiedad y preocupación en algunas de las personas entrevistadas, que pueden conducir hacia una soledad patológica o negativa. Destacamos los principales fragmentos discursivos al respecto:

La gestión de la casa me cuesta mucho hacerla, tengo este problema de bronquios que no me deja moverme mucho, hago lo que puedo. (P1)

Me muevo, pero no puedo estar limpiando y eso, los brazos me duelen, me quedo paralizada. (P9)

Para paliar esta falta de desenvolvimiento, la mayoría de las personas tienen una persona de referencia, ya sea familia de primer o segundo grado, vecindario o personas cuidadoras profesionales. Se destaca con especial énfasis la buena valoración de la relación con sus cuidadoras o cuidadores, lo cual mejora la experiencia de acompañamiento y reduce la soledad, aumentando la sensación de tranquilidad. Aquellas personas que viven en una residencia sienten que tienen todas las necesidades cubiertas, pero echan de menos los vínculos afectivos en la unidad familiar:

Yo metí a una chica, a una muchacha, vecina mía, y la quería como una hija y ella a mí. Y ella me ha cuidado como una madre. (P3)

Cuando verdaderamente no puedo, porque hay algunas mañanas que se levanta uno fatal, tengo mis vecinos, que son muy buena gente. (P10)

4.2. Sentimientos de soledad y afectación de la calidad de vida

En el segundo bloque de análisis, se indaga en la categoría sentimientos de soledad y se vinculan a diferentes aspectos tanto personales como sociales. Los resultados muestran que la mayoría de las personas entrevistadas atravesaron un duelo complicado derivado del fallecimiento de sus parejas y de personas cercanas en esta etapa. Este cambio vital implica el inicio de la vida en solitario. Se asocia también la salida de sus hijas e hijos de la casa familiar con el aumento de la soledad, vinculándose este "nido vacío" con episodios depresivos en sus vidas. Estos factores coinciden con algunos de los que se comentan en el apartado de marco teórico como factores causales de la soledad: el ya mencionado "nido vacío" y el fallecimiento del cónyuge o viudedad. Se destacan estos testimonios a este respecto:

Cuando mis hijas se fueron de la casa, que se fueron muy jovencitas, sí que fue un momento duro. (P19)

Al morir mi marido, estuve un tiempo muy mal... porque claro, te falta algo en la vida, pero bueno... Y cuando mi hijo se fue, también fue un momento triste. (P14)

Por otra parte, también existen algunas personas que no experimentan soledad no deseada. Estos casos se circunscriben, sobre todo, a mujeres solteras y sin hijos, a una historia de vida en soledad y al disfrute de la soledad deseada como una condición que les ha permitido tomar sus propias decisiones. Las siguientes declaraciones son de aquellas mujeres que contestaron que no se han sentido solas

habitualmente en su vida y que tampoco sienten soledad en el presente son:

No, no, yo no soy..., no sé cómo decirle, no me siento sola. De un momento que me acostumbre a estar sola, pues estoy conmigo. (P1)

Estoy acostumbrada a vivir sola, incluso cuando veo un sitio donde hay mucha gente, me molesta. (P6)

Con respecto a la dimensión del tiempo, la mayoría de las personas entrevistadas se sienten solas en la actualidad, especialmente aquellas cuyas parejas han fallecido muy recientemente o las que acaban de ingresar en una residencia —en este último caso, a pesar de estar acompañadas, se sienten solas—. No obstante, algunas de ellas intentan racionalizarlo:

Desde que mi marido falleció, [me siento] mucho más [sola], porque, al menos, estaba con él, pero, ahora, es completamente sola, lo veo por todos lados. (P18)

Yo me distraigo con lo que puedo, salgo a comprar, me doy una vuelta, limpio la casa... (P10)

Con respecto a los recursos y actividades que les pueden ayudar a combatir la soledad no deseada, la mayor parte coincide en que algunas de esas cosas son ver la televisión, los juegos de mesa, pasar tiempo con su familia y amistades, recibir visitas y estar físicamente con otras personas, ya sean profesionales familiares y personas cercanas, o mantener el contacto social a través del teléfono. Aquellas personas que conservan la movilidad señalan actividades como salir a dar un paseo o a realizar tareas sencillas, pasear a su mascota, ir a la iglesia o hacer la compra, entre otras. En cambio, los participantes en residencias valoran el contacto frecuente con el personal sociosanitario, conocer a nuevas personas y recibir visitas de familiares como recursos que les han ayudado a sentirse menos solos. Veamos los fragmentos discursivos seleccionados:

Me ayuda... estar distraída..., tener aquí compañía, porque yo no me puedo mover mucho y, al vivir en un piso, pues..., es más complicado... el salir a la calle, ver a mis hijos y todo... (P8)

Me ayuda ver la televisión, que me distrae mucho, y salir a pasear, sacar a mi perrillo... (P22)

He hecho amigas de aquí (en la residencia), he conocido a gente nueva y estoy contenta con ellas. Dibujamos, escribimos. (P2)

En la subcategoría que indaga en las necesidades percibidas para disminuir la soledad, los resultados se resumen, esencialmente, en más compañía. Algunas personas manifiestan que les gustaría ver más a sus familiares y pasar más tiempo con su compañía:

No sé..., no sé..., que vengan más mis hermanos a verme y nos juntemos como antes aquí..., que

echábamos unos días muy buenos aquí todos. (P13)

A mí me gustaría, sobre todo, tener a alguien aquí por las noches, porque yo lo paso muy mal, a mí me da mucho susto la noche. (P3)

Lo que más me fastidia de la edad es no poder salir. Me gusta mucho la música y, si hay un concierto, antes, me iba y cogía un autobús, y ahora me tienen que llevar. (P6)

En esta misma subcategoría de necesidades, varias personas expresan un deseo activo de tener una pareja sentimental, relación que ven como fuente de compañía, disfrute y motivación de vivir, aunque son escépticas con lograr este objetivo con la edad actual, al considerar que ya es tarde para encontrarla:

Aunque sea vieja [...], yo lo que quiero es encontrar una persona de mi edad, que me de la mano al salir a dar un paseo, andar, hablar, reírme [...] (P 3)

Sí, eso lo he valorado en un momento dado [buscar pareja], pero yo llevo ya quince años viviendo solo y eso es difícil, la convivencia es difícil. (P10)

Con respecto a la segunda categoría de este bloque, soledad y afectación de la calidad de vida, la mayoría de las personas entrevistadas se sienten infelices cuando hacen cosas en soledad, pero, después de cierto tiempo, son sentimientos normalizados a los cuales se acostumbran. Así, se puede ver que la soledad afecta al bienestar mental y sentimientos de disfrute relacionados con la interacción social:

Antes sentía soledad, pero ahora me he acostumbrado y estoy bien. (P11)

La verdad es que yo creo que me he acostumbrado ya..., antes sí era peor. (P12)

En términos generales, en el ámbito del bienestar mental, las personas consideran que la soledad afecta a su calidad de vida, algo que expresan mediante sentimientos de aburrimiento, monotonía y percepción lenta del tiempo. También cabe señalar que varias personas indican que la compañía solventaría dichos problemas y les ayudaría a sentirse mejor:

Sí..., es verdad que ahora me aburro más que antes, que, como no estaba sola en casa, tenía más movimiento y más cosillas que hacer... (P2)

Aunque me distraiga con cosillas, estoy aquí todo el día solo y eso, al final, va haciendo que me aburra y que todos los días sean iguales... (P4)

También hemos encontrado algunas personas que contestan que disfrutan estando solas, que encuentran bienestar y felicidad en la soledad. El perfil de estas personas es el de una mujer soltera y sin hijos ("nido vacío"), que ha tenido una historia

de vida de soledad por decisión propia, algunas con estudios universitarios o con trabajo fuera del hogar. En soledad, realizan actividades introspectivas, como leer o escribir, coser o viajar. Estas respuestas se han agrupado en la categoría de soledad deseada, que se relaciona con sentimientos de tranquilidad y bienestar:

Yo soy feliz, feliz, estando, como me ha visto la señorita cuando ha ido a buscarme, haciendo ganchillo, sentada en un sillón y con cuatro macetitas que me han regalado. (P1)

Yo estoy muy tranquila sola, hago lo que quiero, voy adonde quiero. (P5)

4.3. Apoyo y relaciones sociales

El cuarto bloque de preguntas se centra en la categoría de apoyo y relaciones sociales en las personas mayores que viven solas. La mayoría de las personas entrevistadas sienten la cercanía de su familia, de la que aseguran recibir funciones de apoyo y cuidados, así como la cercanía de sus amistades, sus vecinas y vecinos, y de las personas cuidadoras. Haber tenido cerca a la familia durante la vida adulta es un factor que se correlaciona con la calidad de la relación actual, especialmente en lo que se refiere a hijas e hijos, nietas y nietos, primas y primos y sobrinas y sobrinos. Esto muestra hasta qué punto la gestión de los vínculos y relaciones sociales, familiares a lo largo de las diferentes etapas determina el estado de la situación actual o final. Entre las actividades que comparten con la familia, se encuentran principalmente hablar por teléfono o internet, salir a dar un paseo y acudir consultas médicas. La frecuencia de los contactos varía mucho: hay personas que contactan con su familia prácticamente a diario y otras que solo lo hacen una o dos veces por semana, siendo el modo de contacto más habitual la llamada telefónica. La calidad de estos contactos, junto con su frecuencia y duración, son aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de medir el apoyo social.

Por otra parte, los participantes que no perciben cercanía con su familia argumentan como causas el fallecimiento de miembros con los que mantenían la relación más estrecha, la distancia a la que vive la familia o la poca unión familiar en el pasado que condiciona el presente la relación actual:

De familia no, yo tenía una hermana que se ha muerto. (P1)

No tengo hermanas, aquí no tengo familia. Me llaman por teléfono, es el único contacto que tengo con la familia; eso, durante un montón de años. (P6)

Con respecto a los grupos secundarios, alguna vez se señala como las personas de mayor confianza, junto con vecinas, vecinos y persona cuidadora, tanto a personal de los servicios sociales como

a las empleadas privadas, además de a personas voluntarias. Se mencionan cambios vitales, como el fallecimiento o el cambio de lugar de residencia, como la razón que lleva a la pérdida del contacto con amistades de apoyo y confianza, como ocurre en el caso de las relaciones familiares:

Yo tenía muchísimos amigos. Con la edad, unos se van muriendo, otros se van y no sé dónde están, ya no queda nadie. (P10)

En cuanto a las personas que son percibidas como especialmente cercanas, con las que se tienen sentimientos de máxima comodidad y confianza, se mencionan con mayor frecuencia a la cuidadora o a la hija, pero también a amigas y vecinas. Estas personas son una fuente de distracción, compañía y confesión, y alivian las situaciones de soledad, aunque en menor medida que la familia:

Siento cercanía y me han ayudado mucho..., sobre todo, una de mis hijas, porque, la otra no vive aquí y es más difícil, pero mi hija A. sí... Me hace la compra y me ayuda mucho en mis cosillas, me lleva al médico... (P15)

Sí, claro... Mi hija me llama una o dos veces por semana y estamos hablando un buen rato, y a mis vecinas las veo a diario, vaya, siempre están ahí para distraerme un ratillo y nos ayudamos en lo que podemos..., desde siempre... (P17)

Mis hijos vienen, unos u otros, todos los días, aunque sea cinco minutos, pero vienen a verme cómo estoy, a ver lo que he hecho y lo que no he hecho, me traen cosas. (P9)

Mi niña es más especial: alguna cosa que no le puedo contar a nadie, con ella, sí. (P2)

4.4. Ocio, tiempo libre y participación comunitaria

Este bloque pretende poner de manifiesto la incidencia en el bienestar de las personas mayores de actividades de ocio activo y participación comunitaria como medida de apoyo ante estas necesidades sentidas. Las actividades de ocio y tiempo libre que pueden reducir los sentimientos de soledad y se relacionan con el disfrute son muy amplias, como ver la televisión, salir a dar un paseo, leer y, especialmente para las mujeres, mantener actividades de costura o relacionadas con lo doméstico. Entre ellas, se encuentran actividades que, además, funcionan como recursos de entrenamiento cognitivo y envejecimiento saludable, como leer, escribir, jugar al ajedrez, dibujar, jugar a juegos de memoria y hacer ejercicio; al igual que actividades manuales. En general, la razón principal que limita la práctica de estas actividades es el deterioro de la salud, especialmente el dolor o pérdida de movilidad, en general, y en las manos, en particular. Esto implica que estos estímulos deben ser reforzados por las personas cuidadoras para

potenciar la estimulación y psicomotricidad, que va reduciéndose con el paso del tiempo. Los próximos testimonios construyen estos argumentos:

Salgo a pasear y poco más..., veo la tele... (P18)

Veo la tele y salgo a sacar al perro... Me doy mi paseito por aquí y me distraigo... (P18)

Me gusta mucho leer filosofía, los filósofos hermanos, contemporáneos. (P10)

Leer, bien [en] español o bien en inglés. Leo prensa, siempre tengo libros. (P6)

Le he hecho una colcha a mi nieta, de *crochet*, pero ahora tengo pocas ganas, porque el brazo este, desde que me vacunaron, me duele. (P2)

Las personas mayores entrevistadas responden, en general, que no tienen ningún proyecto futuro o actividad que les haga especial ilusión. En sintonía con el apartado anterior, otras personas se refieren a las mismas actividades de ocio mencionadas como fuente de ilusión, destacando actividades intelectuales, como la lectura y la escritura, las cuales generan desahogo y evasión, y también las manualidades:

Yo estoy escribiendo unos pasajes, de la vida actual, no de la mía, sino en general. (P10)

Voy a coger una libreta y un diccionario y a sacarme cosas del diccionario y a evolucionarlas [...]. Eso me ilusiona. (P1)

Con respecto a la categoría de participación comunitaria, los resultados indican que las personas mantienen pocas relaciones de participación en su contexto cercano, con escasa afiliación a asociaciones o grupos sociales. Se percibe, en general, escasas opciones de ocio y participación para personas mayores en los barrios y comunidades, las cuales se reducen a la oferta de los servicios sociales exclusivamente:

Aquí, es que no hay nada, a mí me encantaría; y yo, que hago tantos jabones y que alguien los vendiera. (P9)

Iba a trabajos manuales e iba a gimnasia que, por cierto, lo han quitado todo para los mayores. (P9)

Aquí no hay un centro donde uno pueda ir, aunque sea para echar una partida de cartas [...]. Los viejos estamos olvidados. (P10)

4.5. Uso y satisfacción de los recursos de servicios sociales

Por último, en conformidad con el tercer objetivo de esta investigación se indaga sobre el conocimiento, uso y acceso de los recursos que ofrecen los servicios

sociales dirigidos a la población mayor, como estrategia de lucha contra la soledad. Los resultados indican que las personas son críticas con los recursos que ofrecen los servicios sociales, e incluso se apunta a un desconocimiento de la utilidad de los servicios que se prestan. La mayoría optan por los recursos personales y sociales cercanos del medio connatural, y optan por los recursos sociales en las situaciones donde la soledad comienza a ser un problema. Y por supuesto, no se acude a ellos como recursos de prevención, sino cuando se producen los cambios, es decir, son más bien reactivos que preventivos. Por el contrario, también hay personas que los conocen y que son usuarias habituales, sobre todo, cuando sienten la soledad, o conocen a personas cercanas que los utilizan:

Sí, sí, lo[s] conozco de oídas, me han hablado de ellos, pero nunca me he planteado ir... No me gustan a mí esas cosas... (P 20)

Sí..., me suenan, pero, vaya, que a mí esas cosas no me gustan. Mi hija me ha dicho muchas veces, cuando estaba peorcilla, que si quería ir a una residencia, pero yo ahí no voy... Yo estoy bien, no estoy para eso... (P22)

Por otra parte, un recurso ampliamente conocido, bien valorado y por el que no se ha preguntado de forma directa es el servicio de teleasistencia. Se reconoce como un servicio útil y eficaz cuando lo han requerido; aunque principalmente se relaciona con atención en emergencias de salud. También se asocia este recurso con la compañía y la seguridad. Así mismo, se nombran actividades y salidas de ocio promovidas por los servicios sociales en algunos relatos, vinculándolos con un mejor ánimo y disfrute:

He llamado [al botón del servicio de teleasistencia], vinieron, me pusieron un calmante y me atendieron muy bien, y a mí me atienden muy bien y me miran muy bien. (P7)

Cuando no llamo yo, me llaman ellos y me dicen "¿Loli, cómo estás? ¿Cómo te encuentras?". Para la Navidad, para mi santo, me felicitan. (P5)

Yo he participado, porque aquí mismo han hecho talleres y hemos estado haciendo manualidades. Estas flores las hice yo. [...] Nos animaba mucho, pero como ya no se puede hacer, pues no se hace. Todo, todo [se ha parado]. (P5)

Otro de los recursos disfrutados y valorados muy positivamente son las visitas de personas cuidadoras profesionales y voluntariado a domicilio. De nuevo, aunque estos servicios son de atención de necesidades básicas, la buena relación con las profesionales con quienes interactúan genera sentimientos de confort y confianza. En esta misma línea, se nombran otras visitas que forman parte de los recursos brindados por asociaciones, como personas voluntarias, las cuales hacen una labor más ligada al ocio y el acompañamiento:

Ella viene de la ley de dependencia, viene todos los días dos horas. [...] El sábado, no. La relación es estupendamente, ella me mira muy bien. (P7)

Y cuando viene Mari, pues también salimos por la mañana, a la hora que ella llega, salimos y estamos una hora por ahí. (P5)

Esta persona viene de los servicios sociales. Ella viene al mediodía y otra viene por la tarde, a las ocho y media, y me pone la cena [...] Ellas hacen lo que pueden, ellas tienen buena voluntad. (P8)

Según los resultados obtenidos, el uso de este tipo de recursos sirve de ayuda para las personas, además de disminuir los sentimientos de soledad.

6. Discusión

A continuación, se examinará a la luz de los objetivos del estudio el material empírico recogido. En primer lugar, cabe señalar que la soledad, en el caso de las personas mayores, es una metavariante con diferentes dimensiones que, además, se enmarca en un contexto social particular. Por esta razón, es muy importante atender a la diversidad de situaciones e historias de vida de las personas mayores que experimentan soledad no deseada con un valor único en cada caso particular y entenderla como un problema de salud pública en general.

El perfil de las personas mayores entrevistadas que experimentan soledad tiene rostro de mujer, principalmente viuda y con hijas e hijos fuera del hogar, en sintonía con lo que apuntan investigaciones recientes (Aartsen y Jylha, 2011; Castro Blanco, 2015; Dahlberg *et al.*, 2015; De Jong Gierveld, 2003; Ferreira-Alves *et al.*, 2014; Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko *et al.*, 2005).

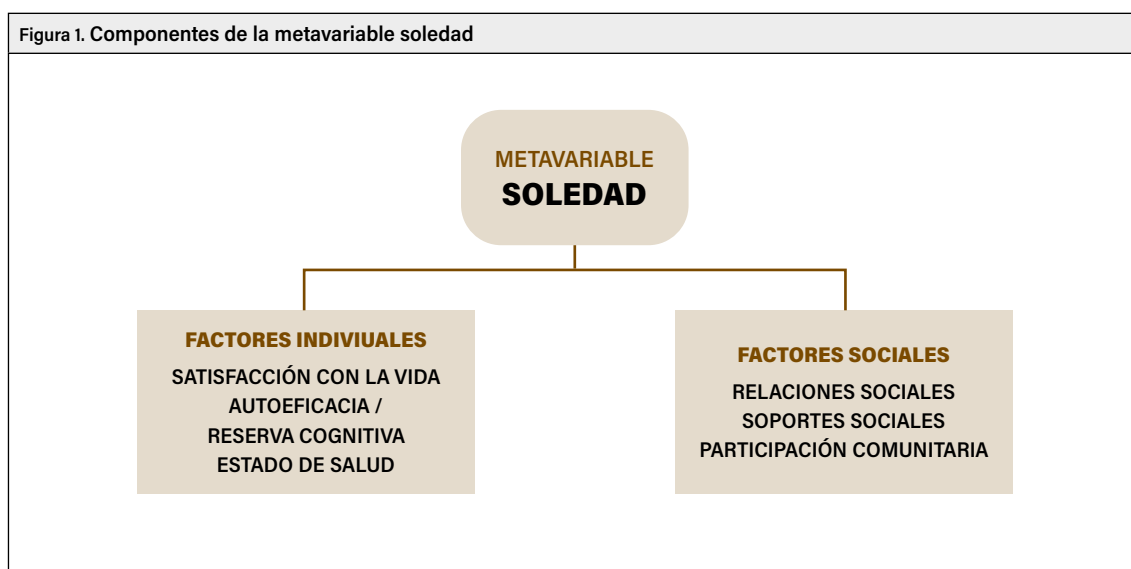
Es necesario tener en cuenta, además, que la mayoría de las personas entrevistadas están atravesando o han atravesado recientemente cambios vitales significativos propios de la edad, como el fallecimiento de su pareja, de amistades o de familiares, o bien el ingreso en una residencia, con los consecuentes sentimientos de pérdida y aumento en la soledad percibida y el efecto emocional, especialmente cuando esto se relaciona con el inicio de la vida en solitario. Hemos encontrado personas que no aceptan la soledad y para las cuales, por tanto, esta no es sentida, ni deseada, y representa un incumplimiento de las expectativas sociales:

Te jubilas; si tienes hijos, los hijos se van; enviadas; empiezan a fallecer amigos tuyos y empiezas a encontrarte cada vez más solo. (P2)

En esta línea discursiva, es necesario que estas experiencias sean tenidas en cuenta en el manejo de la soledad, ya que pueden generar emociones desagradables —como tristeza, desesperanza y desánimo—, que podrían derivar en sintomatología depresiva o ansiosa. Un abordaje integral de la salud que considere el desarrollo del ciclo vital es clave para estudiar la soledad sentida.

De esta manera, las variables que están correlacionadas con la soledad experimentada por personas mayores abarcan tanto la dimensión individual como la social. Pero a su vez, se relacionan entre sí para definir el constructo complejo de la soledad y pueden tener un efecto positivo o negativo en la soledad sentida por las personas mayores cuando se suma un número de factores suficiente, como refleja la figura 1.

A continuación, se explican los componentes de la metavariante soledad y sus interrelaciones con los factores individuales y sociales descritos en la mencionada figura.



Fuente: elaboración propia

6.1. Variables individuales

Durante la vejez, es habitual reflexionar sobre la propia trayectoria vital y el nivel de satisfacción que se siente con ella. Aquellas personas que se sienten insatisfechas con su vida, que creen que les han faltado metas por cumplir o que han tenido una vida llena de problemas expresan sentimientos de desesperanza, que pueden derivar en deterioro de la salud o procesos patológicos. En consecuencia, la satisfacción con la vida es fundamental para gestionar la soledad en esta etapa y debe ser tenido en cuenta por los actores y profesionales que trabajan en el sector.

En otro orden de ideas, la autoeficacia sentida también es un elemento crucial, en el sentido de que a menor autoeficacia, mayor es la sensación de dependencia, especialmente en aquellas personas con movilidad reducida o deterioro de la salud. Así, la falta de autoeficacia puede incrementar los sentimientos de soledad en personas que viven sin compañía.

Finalmente, la salud mental y física influye en la soledad, ya que, si los sentimientos de incapacidad y tristeza pueden derivar en situaciones de soledad patológica. Sentirse solo y estar aislado socialmente constituye, en este sentido, un factor de riesgo de mortalidad.

6.2. Variables sociales

En lo que respecta a las variables sociales, la compañía y las relaciones sociales de las personas mayores son el recurso más poderoso para disminuir la soledad, en conformidad con las propuestas argumentadas en el marco teórico. Las personas mayores desean pasar más tiempo principalmente con su familia, pero también con amistades y cuidadoras y cuidadores profesionales. Cuando más bienestar proporcionan estas personas es cuando las interacciones con ellas son de calidad. Así mismo, las relaciones sociales aumentan las oportunidades de ocio y disfrute, sirviendo de compañía para salir a la calle y facilitando la interacción con el entorno.

En este orden de ideas, hemos evidenciado que los grupos de referencia identificados se relacionan con diferentes funciones y sentimientos. Como se ha indicado, la familia es el vector principal, al ser reconocida como la red principal de afecto, cariño y compañía, que genera felicidad y distracción, y apoya también en las necesidades materiales y de salud. Las personas demandan ver más a sus familiares y pasar tiempo de calidad con ellos. Las amistades también son identificadas como un grupo que cubre las necesidades de compañía y afecto y además genera sentimientos de comodidad y confianza diferentes a la familia. Pero en todo caso, cuando los lazos sociales necesarios no existen o están deteriorados, deben crearse en los programas sociales.

6.3. Participación ciudadana y atención de los servicios

Las personas mayores entrevistadas desean participar más en su entorno cercano, acudiendo a talleres o actividades de ocio en centros de participación activa². Este tipo de espacios son clave para disminuir los sentimientos de soledad poner en valor los aportes de las personas mayores y dotar de significado a su experiencia acumulada. También representan un escenario ideal para construir relaciones sociales.

El ocio útil y saludable es uno de los recursos que protegen de la soledad, proporcionando bienestar, desahogo, evasión y entretenimiento; además, puede ser dirigido por las propias personas usuarias. En las entrevistas, se señalan actividades como la lectura, la escritura, la cocina o las manualidades, las cuales pueden considerarse una fuente de estimulación cognitiva y prevención del deterioro mental. No realizar actividades de ocio saludable y significativo se relaciona con sentimientos de aislamiento, soledad y pérdida de autonomía.

En cuanto a los recursos o servicios públicos, principalmente hay una necesidad de ampliar el conocimiento, acceso y uso de todos los recursos disponibles a las personas mayores, para que ellas puedan disfrutar de ellos. Algunas limitaciones al acceso a los recursos sociales son el incumplimiento de los requisitos o la demora excesiva en los tiempos de espera. A esto cabe añadir la necesidad de llegar a las personas en situación de aislamiento que no los solicitan por iniciativa propia, pero sí los demandan de forma implícita.

Por todo ello, es fundamental que los servicios de atención refuercen la detección de las situaciones de soledad entre las personas mayores que viven solas, así como de las repercusiones múltiples de la soledad en la salud y el bienestar social. Se plantea la necesidad de remarcar el abordaje interdisciplinar de la soledad de las personas mayores, un abordaje capaz de atender las distintas dimensiones del constructo soledad que se han presentado en este trabajo. Finalmente, es imprescindible que el sistema público de servicios sociales implemente más programas y recursos específicos para atender este problema.

7. Conclusiones

A continuación, se resumen las principales conclusiones del presente estudio:

- La soledad no deseada es un fenómeno social en crecimiento que necesita de una mayor atención de los servicios sociales y de la sociedad en su conjunto, ante los cambios sociales y familiares que acontecen.

² <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusionesociales/juventudfamiliarigualdad/areas/mayores/envejecimiento-activo/paginas/centros-dia.html>.

- La calidad de vida y, sobre todo, la satisfacción con el estado de la vida actual es una variable explicativa de la percepción de la soledad y de cómo se gestiona. Es un resultado de la evolución a lo largo todo el ciclo vital. Variables individuales, como el estado de salud física y psíquica, influyen también en la situación de cada sujeto durante el proceso de envejecimiento.
- Por otro lado, el apoyo social y las relaciones sociales con los grupos primarios y secundarios, por la calidad que ofrece el apoyo social que brindan, sirven de estímulos positivos para el afrontamiento de la soledad.
- Por último, el papel de los servicios sociales resulta esencial para paliar las situaciones de soledad a través de los recursos sociales que ofrecen —planes de actuación con personas mayores, de prevención de la soledad, servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia, personas cuidadoras—, especialmente cuando existen carencias en los vínculos familiares, sociales y comunitarios. Los participantes demandan más recursos públicos y, sobre todo, menos tiempo de espera en su adjudicación.

- AARTSEN, M. y JYLHA, M. (2011): "Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study", *European Journal of Ageing*, vol. 8, pp. 31-38.
- BAUMEISTER, R. F. (2005): *The cultural animal: human nature, meaning, and social life*, Oxford, Oxford University Press.
- BERMEJO, J. C. (2005): *La soledad en los mayores*, Madrid, Humanizar; Imsero
- BUTLER, R. N. y LEWIS, M. I. (1995): "Late-life depression: when and how to intervene", *Geriatrics*, vol. 50, pp. 44-46.
- CACIOPPO, J. y HAWKLEY, L. (2009): "Perceived social isolation and cognition", *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 13, n.º 10, pp. 447-454, <<https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>>.
- CASTRO BLANCO, M. P. (2010): "Soledad y envejecimiento: cómo evitar que este binomio se cumpla", en HARTU-EMANAK (ed.), *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento (X Jornadas)*, Bilbao, pp. 33-45.
- DAHLBERG, L.; ANDERSSON, L.; MCKEE, K. J. y LENNARTSSON, C. (2015): "Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study", *Aging & Mental Health*, vol. 19, n.º 5, pp. 409-417, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>>.
- DE JONG GIERVELD, J. (2003): "Social networks and social well-being of older men and women living alone", en ARBER, S.; DAVIDSON, K. y GINN, J. (eds.), *Gender and ageing: changing roles and relationships*, Maidenhead, Open University Press, pp. 95-110.
- DE JONG GIERVELD, J. y RAADSCHELDERS, J. (1982): "Types of loneliness", en PEPLAU, L. A. y PERLMAN, D. (eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, Nueva York, John Wiley and Sons, pp. 105-119.
- 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*, vol. 11, n.º 647, <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>>.
- DYKSTRA, P. A. (2009): "Older adult loneliness: myths and realities", *European Journal of Ageing*, vol. 6, pp. 91-100, <<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>>.
- DYKSTRA, P. A.; VAN TILBURG, T. G. y DE JONG GIERVELD, J. (2005): "Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study", *Research on Aging*, vol. 27, n.º 6, pp. 725-747, <<https://doi.org/10.1177/0164027505279712>>.
- FERREIRA-ALVES, J.; MAGALHÃES, P.; VIOLA, L. y SIMÕES, R. (2014): "Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 59, pp. 613-623, <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.010>>.
- HIRIGOYEN, M. F. (2013): *Las nuevas soledades: el reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*, Barcelona, Paidós.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2024): *Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil*, <<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=t20/p274/serie/prov/p02/l0/&file=02014.px>>.
- KARNICK, P. (2005): "Feeling lonely: theoretical perspective", *Nursing Science Quarterly*, vol. 18, n.º 1, pp. 7-12, <<https://doi.org/10.1177/0894318404272483>>.
- KOENIG, H. G. y BLAZER, D. G. (1992): "Epidemiology of geriatric affective disorders", *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 8, pp. 235-251.

- LOSADA, A.; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M.; GARCÍA-ORTIZ, L.; GÓMEZ-MARCOS, M. A.; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, V. y RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. (2012): "Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults", *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, vol. 146, n.º 3, pp. 277-292, <<https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>>.
- LUANAIGH, C. O. y LAWLOR, B. A. (2008): "Loneliness and the health of older people", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23, pp. 1213-1221, <<https://doi.org/10.1002/gps.2054>>.
- NEWALL, N. E. (2015): *Predictors and consequences of loneliness in older adults and the power of positive emotions* [tesis doctoral], University of Manitoba.
- PEPLAU, H. (1988): "Soledad", en PEPLAU, H.; WERNER, A. y ROUSTIN, S. (eds.), *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados*, Barcelona, Masson, pp. 95-110.
- PINQUART, M. y SÖRENSEN, S. (2001): "Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis", *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 23, n.º 4, pp. 245-266.
- RICO-URIBE, L. A. et al. (2016): "Loneliness, social networks, and health: a cross-sectional study in three countries", *PLoS ONE*, vol. 11, n.º 1, e0145264, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>>.
- ROIG, J. (2004): "La soledad en la sociedad contemporánea", *Revista Crítica*, n.º 914, pp. 20-25.
- RONDÓN, L. M. (2022): *Loneliness in older adults: effects, prevention, and treatment*, San Diego, Academic Press.
- RUBIO, R.; ALEIXANDRE, M.; LARA, R.; ELIPE, M. y SÁNCHEZ, H. (2002): "Satisfacción con las relaciones de pareja y soledad", en FERNÁNDEZ, J. (coord.), *Temas de Gerontología Social IV*, Granada, Universidad de Granada, pp. 445-456
- SAVIKKO, N.; ROUTASALO, P.; TILVIS, R. S.; STRANDBERG, T. E. y PITKÄLÄ, K. H. (2005): "Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 41, pp. 223-233, <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>>.
- SMITH, K. J. y VICTOR, C. (2022): "The association of loneliness with health and social care utilization in older adults in the general population: a systematic review", *The Gerontologist*, vol. 62, n.º 10, pp. e578-e596, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnab177>>.
- STERN, Y. (2009): "Cognitive reserve", *Neuropsychologia*, vol. 47, n.º 10, pp. 2015-2028, <<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>>.
- SUNDSTRÖM, G.; FRANSSON, E.; MALMBERG, B. y DAVEY, A. (2009): "Loneliness among older Europeans", *European Journal of Ageing*, vol. 6, pp. 267-275, <<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>>.
- VICTOR, C. R.; SCAMBLER, S. J.; BOWLING, A. y BOND, J. (2005): "The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain", *Ageing & Society*, vol. 25, pp. 357-375, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>>.
- WEISS, R. S. (1983): *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, Cambridge, MIT Press.