



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Educación Social

PROPUESTA PARA EVALUAR LA SITUACIÓN DE SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: un Estudio de caso

Presentado por:

Beatriz Martín González

Tutelado por:

Claudia Marcela Möller Recondo

Valladolid, junio de 2023

RESUMEN

El objetivo principal de este TFG es seleccionar una muestra de buenas prácticas con el fin de trabajar sobre y con el sentimiento de soledad que sufren las personas mayores. Para ello, se presenta el resultado de una investigación abordada con la metodología de Estudio de caso (en concreto, se ha trabajado, supervisada por Cruz Roja Valladolid, durante dos meses y medio con una persona mayor que vive sola), con el fin de ofrecer un posible diseño de evaluación para este tipo de situaciones, que contenga a la vez, un decálogo de recursos disponibles susceptibles de ser ofrecidos como soluciones de acompañamiento.

PALABRAS CLAVE

Soledad; Personas mayores; Recursos sociales; Buenas prácticas.

ABSTRACT REVISAR

The main objective of this TFG is to select a sample of good practices in order to work on and with the feeling of loneliness suffered by the elderly. For this purpose, the result of a research approached with the case Study methodology is presented (specifically, we have worked, supervised by Red Cross Valladolid, for two and a half months with an elderly person who lives alone), in order to offer a possible evaluation design for this type of situations, which contains, at the same time, a decalogue of available resources that can be offered as accompanying solutions.

KEYWORDS

Loneliness; Old people; Social resources; Good practices.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	6
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	7
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
4.1. Personas mayores y envejecimiento	8
4.1.1. <i>El contexto de las personas mayores en España</i>	9
4.1.2. <i>Factores de riesgo y de protección de las personas mayores</i>	11
4.2. La soledad no deseada	14
4.2.1. <i>Aproximación al concepto</i>	14
4.2.2. <i>El concepto en cifras</i>	16
4.2.3. <i>Repercusiones que tiene la soledad en la salud de las personas mayores</i>	21
4.3. Algunas intervenciones para paliar la soledad en las personas mayores	22
5. METODOLOGÍA	25
5.1. ¿Cómo abordar el trabajo con las personas mayores desde la mirada de la Educación Social?	25
5.2. Metodología general	26
5.3. Muestra	27
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	28
6.1. Resumen	28
6.2. Objetivos	28
6.3. Metodología	29
6.3.1. <i>El contexto</i>	29
6.3.2. <i>El Estudio de caso</i>	29
6.3.2.1. <i>Selección y definición del caso</i>	31
6.3.2.2. <i>Elaboración de una guía de preguntas</i>	31
6.3.2.3. <i>Localización de las fuentes y recogida de datos</i>	32

7. RESULTADOS	34
8. CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN

Las personas mayores se enfrentan a una serie de barreras sociales y ambientales que pueden afectar a su movilidad, memoria, salud, autoestima e incluso a la capacidad de utilizar la tecnología. Esta situación, junto con la pérdida de la red social, puede desencadenar en sentimientos de soledad y aislamiento. De hecho y como se verá más adelante, las personas mayores que viven solas en sus hogares se enfrentan a una mayor vulnerabilidad, tanto a nivel físico como mental, ya que la soledad afecta directamente a la salud y el bienestar, conduciendo muchas veces a un aumento de trastornos mentales y deterioros tanto físicos como cognitivos.

Es importante reconocer que la soledad de las personas mayores es un problema que afecta a todos y que requiere de actuaciones inmediatas, pero la solución no es solo conectar a estas personas con el mundo exterior, sino también crear un entorno que les permita disfrutar al máximo de su vejez.

Por ello, este Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG), evalúa la situación de una persona mayor que vive y se encuentra sola en su hogar. Para ello, se estudiaron algunos ejemplos de buenas prácticas, en relación con la temática, y se contrastaron con los resultados obtenidos de un Estudio de caso paradigmático, con el fin de ofrecer un posible diseño de evaluación para este tipo de situaciones, que contenga a la vez, un decálogo de recursos disponibles susceptibles de ser ofrecidos como soluciones de acompañamiento y, de esta forma, proporcionar información valiosa a los profesionales del ámbito social y otros proveedores de servicios que trabajen con personas mayores en situación o riesgo de soledad.

El Trabajo se divide en ocho partes: Introducción, Objetivos, Justificación, Marco teórico, Metodología, Propuesta de intervención, Resultados y Conclusiones, finalizando con las Referencias bibliográficas y los Anexos.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este TFG es seleccionar una muestra de buenas prácticas con el fin de trabajar sobre y con el sentimiento de soledad que sufren las personas mayores. Por tanto, se presenta el resultado de una investigación abordada con la metodología de Estudio de caso (en concreto, se ha trabajado durante dos meses y medio con una persona mayor que vive sola), con el fin de ofrecer un posible diseño de evaluación para este tipo de situaciones, que contenga a la vez, un decálogo de recursos disponibles susceptibles de ser ofrecidos como soluciones de acompañamiento.

Como objetivos más específicos, este TFG propone:

- Identificar, a través de una revisión sistemática de la literatura sobre el tema, los factores de riesgo (como la depresión, la ansiedad, la pérdida de algún familiar o amigo, etc.) que pueden presentar las personas mayores que sienten soledad y cómo esto puede incidir en su bienestar físico, psíquico, emocional y social.
- Revisar las estrategias e intervenciones que se han llevado a cabo para reducir la soledad en las personas mayores, con el fin de ver hasta qué punto han resultado exitosas y pueden ser útiles para generar una propuesta de intervención.
- Analizar el sentimiento de soledad en función de las variables geográficas, de edad y de género, con el fin de ofrecer nuevas perspectivas sobre esta problemática.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la problemática de la soledad que sufren las personas mayores presentando los resultados de un estudio basado en un caso real.

Por otra parte, y teniendo en cuenta esta problemática, el TFG pretende trabajar con uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, el ODS 3: Salud y Bienestar,



con la idea de visibilizar la problemática de la soledad que sufren las personas mayores, las que con la pandemia COVID-19 han estado sometidas a mucho aislamiento social y a las que deberíamos garantizar una vida sana, promoviendo su bienestar. Las emergencias sanitarias, como la derivada de la citada pandemia, son un riesgo mundial y se ha comprobado que la preparación ante ellas es vital.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

En ocasiones, me he encontrado con visiones catastróficas sobre lo que significa la soledad y todo lo que trae consigo, identificándola, en muchos casos, como una enfermedad o incluso, como decía la “Asociación CONECTADOS SIN BARRERAS”, una epidemia del siglo XXI. A la vez, las personas tendemos a asociar la palabra soledad con determinados colectivos, reduciendo e individualizando el problema a un perfil determinado como, por ejemplo, el de las personas mayores.

Sin embargo, debemos ser conscientes de que no solo son las personas mayores las que sufren soledad. Este sentimiento está al orden del día y así nos lo señala Palomeque en uno de sus tweets: “los ancianos mueren solos de pena; los niños crecen en guarderías porque los padres trabajan 12 horas al día; los hermanos se distancian por la emigración; los amigos son "virtuales"” (Palomeque, 2022). En resumen, todos sentimos soledad en algún momento de nuestra vida, siendo esta no una enfermedad o epidemia, sino un sentimiento y un problema de todos del que ninguno podemos librarnos tan fácilmente.

No obstante, este TFG se va a centrar en la soledad que sufren las personas mayores y lo hará por dos motivos. El primero, porque cuando tuvimos que vivir la pandemia durante meses, aislados en nuestras casas, mi abuela, que padecía de Alzheimer y a la que íbamos a ver todos los días, pasó de estar acompañada diariamente por su familia a estar sola, encerrada en su habitación de la Residencia, sin ver ni tener contacto con nadie. E igual que ella, muchas más personas mayores han tenido que enfrentarse a vivir solas sin tener a alguien que les pudiera ayudar en el día a día y con quien hablar, ya que muchos no sabían usar los dispositivos electrónicos para hacer videollamadas con sus familiares o amigos. El segundo motivo es porque, según el Instituto Nacional de Estadística (2021), España tiene más de dos millones de personas de más de 65 años viviendo solas, siendo casi la mitad de los 4,7 millones de hogares unipersonales, y estas son cifras que nos deben llevar a reflexionar sobre varios temas anidados.

Creo que realmente no podemos hacernos una idea de lo que han pasado estas personas, ni yo misma puedo hacerme una idea de lo que pasó mi abuela durante aquellos meses. Por ello, el conocimiento ante esto nos obliga a pensar en si tenemos herramientas, recursos o propuestas para combatir la soledad no deseada en estas personas. La respuesta es sí, existen numerosos Programas llevados a cabo por distintas entidades e instituciones y un Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, entre otros, pero, el problema es que todavía no contamos con recursos más masivos que aborden este problema a gran escala. No obstante, ser conscientes de esto es el primer paso para desafiar y combatir a esta soledad cada vez más creciente en nuestra sociedad. Es por

ello por lo que, este TFG se dirige tanto a las personas mayores como a la soledad, aportando alternativas para combatirla.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Este punto se va a estructurar en función de tres apartados. En primer lugar, se reflexionará sobre lo que significa ser una “persona mayor” y su relación con el envejecimiento, cuyo por qué se verá más adelante. En segundo lugar, se abordará la soledad, puesto que, aparte de los motivos mencionados en la “Justificación”, es un factor de riesgo: según los datos del INE (2021), en 2020 en España había 2.131.400 de personas (un 43,6%) que tenían 65 o más años y vivían completamente solas y de ellos, 1.511.000 personas (un 70,9%) eran mujeres. Y, en tercer y último lugar, se presentarán algunas intervenciones que se han realizado, por parte de distintos organismos, entidades e instituciones, para paliar la soledad, con el objetivo de que este punto sirva como puente que nos lleve a la presentación del Estudio de caso con sus resultados, que coronan este Trabajo.

4.1. Personas mayores y envejecimiento

No podemos hablar de las personas mayores sin remitir a lo que significa el envejecimiento, ya que ambos conceptos están conectados, al tratarse de una fase del ciclo vital en la que son sus principales protagonistas.

Generalmente, solemos usar el término “viejos” o “personas de la tercera edad” para referirnos a las personas mayores. Sin embargo, el respeto es uno de los principios básicos para saber tratar a estas personas y, actualmente, ambos conceptos no son del todo acertados, porque el concepto de “viejos” tiene una connotación negativa en nuestra sociedad, pudiendo considerarse como una ofensa y el concepto de “persona de la tercera edad”, como dice la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2022), remite a las personas de más de 65 años, las cuales empiezan a presentar cambios fisiológicos (pérdida de agilidad, elasticidad de la piel, deterioro de los sentidos, etc.), cambios en la salud (aumenta la prevalencia de enfermedades) y cambios a nivel psicológico (deterioro cognitivo, etc.). El problema es que no podemos encasillar en el mismo concepto a una persona de más de 65 años que se encuentre completamente sana y a una persona de 80 años que tenga algún tipo de demencia y/o deterioro. Por lo que, a lo largo de este trabajo, se hará referencia a este colectivo con el término de “persona mayor”.

A continuación, se comenzará haciendo una delimitación teórica sobre algunas de las definiciones que transitan alrededor de los conceptos de “persona mayor” y “envejecimiento”.

Empezando por la persona mayor, la OMS en su “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” (2015) habla de “persona adulta mayor” y la define como toda persona que tenga más de 60 años. De hecho, establece una clasificación por rangos de edad donde las personas de 60 a 74

años se consideran de edad avanzada, las personas de 75 a 90 años viejas o ancianas y las de 90 años en adelante son grandes viejos o grandes longevos.

Naciones Unidas (en adelante ONU) establece el límite en los 60 años y, además, fija los principios básicos en favor de la tercera edad que fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991): independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

La Real Academia Española no habla de persona mayor, sino de “persona de la tercera edad” y la define como: “período avanzado de la vida de las personas en el que normalmente disminuye la vida laboral y activa” (Real Academia Española, 2023). De hecho, al mismo tiempo que siguen apareciendo términos para referirnos a las personas mayores, esta institución también define la palabra “envejecer” de varias formas:

“hacer viejo a alguien o algo (1), dicho de una persona o de una cosa: hacerse vieja o antigua (2), dicho de un material, de un dispositivo o de una máquina: perder sus propiedades con el paso del tiempo (3) y permanecer por mucho tiempo (4)”. (Real Academia Española, 2023)

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO), en el “Libro Blanco del Envejecimiento Activo”, definía el envejecimiento como:

“un proceso lento, en el que transcurre ya más de un tercio de nuestra vida y durante el que se debe garantizar a las personas mayores el derecho a gozar de oportunidades de formación y empleo, el de participación activa en la vida familiar y social a través de actividades de voluntariado, el aprendizaje permanente, la expresión cultural y el deporte”. (Libro Blanco de Envejecimiento Activo, 2011, p. 17)

Además, dentro del concepto “envejecimiento” hay varios tipos, entre los cuales se destaca el “envejecimiento activo/saludable”. Según la OMS, el envejecimiento activo es: “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015, p. 5). Así lo refleja también la Comisión Europea en su documento “Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador” (2010), donde habla de la importancia del envejecimiento activo como un factor clave para el porvenir, que debe garantizar el acceso a cualquier actividad y a la igualdad de oportunidades para todos, sin distinción por edad.

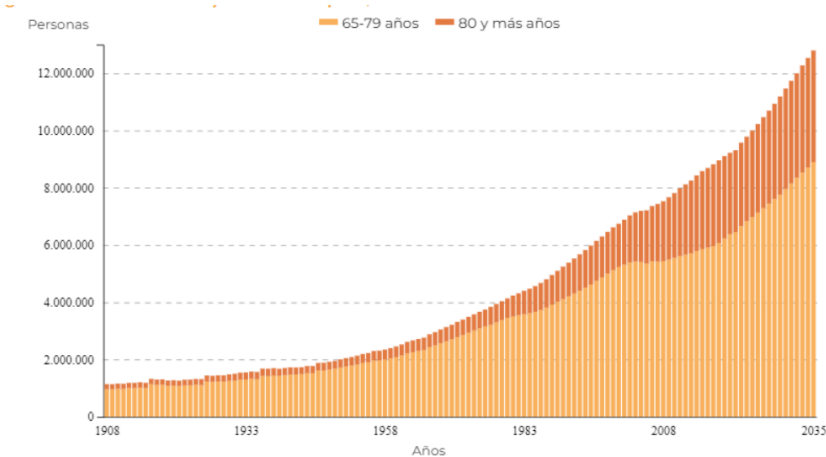
4.1.1. El contexto de las personas mayores en España

Una vez delimitados los conceptos es importante hacer un breve recorrido para observar la situación actual en la que se encuentran las personas mayores en nuestro país.

Según Pérez Díaz et al. (2022) en el Informe “Envejecimiento en red”, en España, el 1 de enero de 2021 había 9.310.828 de personas mayores, es decir, el 19,65% del total de la población. Por lo que, actualmente la edad media está en 43,81 años cuando en 1970 estaba en 32,7. De hecho, el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) dice que en 2035 podríamos llegar a tener 12,8 millones de personas mayores, es decir, el 26,5% del total de la población.

Figura 1

Población de 65 años y más años. España, 1990-2035



Fuente: Pérez Díaz, Ramiro Fariñas, Aceituno Nieto, Muñoz Díaz, Bueno López, Ruiz-Santacruz, Fernández Morales, Castillo Belmonte, De las Obras-Loscertales Sampérez & Villuendas Hijosa, 2022

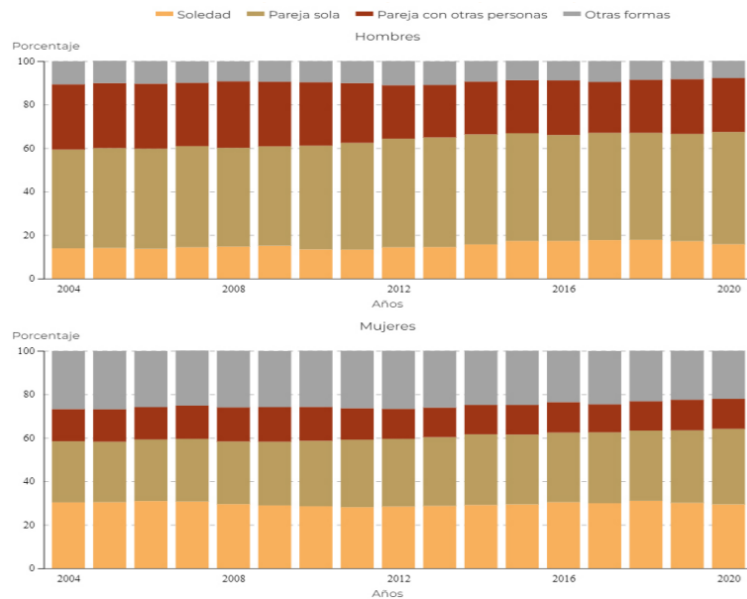
Este gráfico se completa con un dato importante: las mujeres representan el 30% de la situación de “vejez”, fenómeno que se acentúa cuando aumenta la edad.

En cuanto a la esperanza de vida, según el INE (citado en Pérez Díaz et al., 2022), la de las mujeres es mayor que la de los hombres, siendo ellas de 85,06 años y ellos de 79,59 años. De hecho, la esperanza de vida es de los indicadores que mejor refleja las condiciones sanitarias, sociales y económicas de un país. A pesar de que haya bajado 1,25 años con respecto al 2019 por la pandemia, se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX y sigue siendo así.

Pero ¿Por qué se habla y se muestran estos datos? Pues bien, esto se hace porque más de la mitad de las personas mayores que se acaban de mencionar, según Pérez Díaz et al. (2022), viven o tienen riesgo de vivir en soledad. De hecho, en los últimos años ha habido un incremento de los hogares unipersonales en gente de 65 y más años y, como se acaba de mencionar, este fenómeno es más acentuado en las mujeres: 29,4% frente a un 15,8% de los hombres. A continuación, se muestra una gráfica donde vemos los porcentajes de personas que viven en soledad, con su pareja, con más personas o de otras formas:

Figura 2

Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo. España, 2004-2020



Fuente: Pérez Díaz, Ramiro Fariñas, Aceituno Nieto, Muñoz Díaz, Bueno López, Ruiz-Santacruz, Fernández Morales, Castillo Belmonte, De las Obras-Loscertales Sampérez & Villuendas Hijosa, 2022

4.1.2. Factores de riesgo y de protección de las personas mayores

Ahora bien, para llevar a cabo una intervención es necesario saber con qué factores de riesgo y de protección podemos encontrarlos. Para ello, en este punto se va a mostrar la percepción de algunos autores, de instituciones representativas, como la OMS, y se estudiará la legislación existente que pretende mitigar, en la medida de lo posible, estos factores.

En primer lugar, se ha realizado un estudio comparativo atendiendo a diferentes autores que abordan la temática, a saber:

Tabla 1

Factores de riesgo y de protección según diversos autores

FACTORES DE PROTECCIÓN	
Valls-Pedret et al. (2015)	Una dieta mediterránea mejora la función cognitiva, reduciendo el riesgo de demencia.
González & Cardentey (2015)	Los vínculos familiares y la buena interacción con el entorno mejoran la calidad de vida.

Llorente-Barroso et al. (2018)	El uso de las nuevas tecnologías, porque ayuda a aprender y ofrece nuevas oportunidades en la toma de decisiones y en la participación social.
Álamo et al. (2021)	La práctica de actividades físicas, la participación en los quehaceres y la vida del hogar y/o el buen clima psicológico y social de la familia y su entorno próximo.
FACTORES DE RIESGO	
Ng et al. (2017)	La mala salud y un estatus económico bajo influye en la satisfacción con la vida y el estilo de vida en la vejez.
Islas-Granillo et al. (2019)	Problemas de salud bucodental (como la pérdida de dientes).
Álamo et al. (2021)	Las caídas, la mala nutrición, el deterioro cognitivo y las demencias, estado confusional agudo o alteraciones sensoriales, depresión, la soledad y el aislamiento, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, etc.

Nota: Elaboración propia

Debemos tener en cuenta que estos factores de riesgo y de protección no son universales ni únicos para todas las personas mayores, sin embargo son importantes de tener en cuenta para trabajar de manera conjunta y multidisciplinar, logrando beneficios saludables en nuestra población mayor para de este modo alcanzar un envejecimiento activo y saludable, potenciando todos aquellos factores protectores que hemos mencionado y disminuyendo el impacto que puedan tener los factores de riesgo en su salud, para que así puedan disfrutar de una mejor calidad de vida.

Desde el punto de vista institucional, se podrían hacer varias menciones, sin embargo, me ha parecido interesante remitir a la OMS, ya que la ONU, cuando declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable, le solicitó que se encargara de liderar su puesta en práctica, por lo que se podría inferir que se trata de una Organización representativa con respecto a lo que este TFG quiere abordar. Esta “Década” es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende recoger los esfuerzos de gobiernos, la sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, mundo académico, medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables.

De esta forma, algunos de los factores de riesgo que establece la OMS (2022) son: pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda, cuello o cualquier otra zona del cuerpo, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión, soledad y ansiedad, la demencia o síndromes geriátricos (fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes, úlceras...), entre otros. En cuanto a los factores de protección, estos pueden ser: dieta equilibrada, realizar actividad física con regularidad y abstenerse de consumir tabaco, buenos entornos físicos y sociales (disponibilidad de edificios y transportes públicos seguros y accesibles, así como de lugares por los que sea fácil caminar), independencia y autonomía, dormir bien o activar la mente y seguir aprendiendo, también entre otros.

Enumerados los factores de riesgo y de protección que podemos encontrarnos, es importante subrayar que debemos ser conscientes de que las personas mayores son miembros de pleno derecho en nuestra sociedad y merecen el absoluto respeto de sus derechos humanos fundamentales, ya que es un colectivo que puede verse sometido a situaciones de abuso, desprotección y violación de sus derechos. Esto es lo que debe tener en cuenta cada legislación si pretende dar soluciones a los problemas que vive actualmente este grupo de personas. Por ello, es necesario establecer un marco jurídico que les proteja.

A continuación, se recoge en una Tabla algunos datos importantes:

Tabla 2

Algunos ejemplos del sistema de protección jurídica de las personas mayores

A nivel internacional	En la “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea” (2016) en el capítulo III, artículo 25, se reconoce y respeta el derecho que tienen las personas mayores a una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.
A nivel nacional	En la “Constitución Española de 1978” se aprobó dentro del capítulo III, el artículo 50 que dice así: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio” (Constitución Española, 1978, p. 8), es decir, este artículo establece garantías de suficiencia económica y un sistema de servicios sociales.

	En el Boletín Oficial del Estado destaca la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En esta Ley, cualquier persona mayor en situación de dependencia tiene derecho a acceder de forma igualitaria a las prestaciones y servicios marcados en la Ley, entre los cuales destacan el servicio de Teleasistencia, de Ayuda a domicilio, el servicio de Centro de Día y de Noche, entre otros y, además de esto, se ofrecen distintos tipos de prestaciones económicas en función del servicio/s, de los cuidados y de la asistencia personal necesitada.
A nivel autonómico	Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. Con esta Ley se garantiza el respeto y la defensa de los derechos de estas personas, promoviendo su desarrollo y fomentando la participación, con el fin de atenderles de manera integral, sobre todo a las personas que estén en situación de dependencia.

Nota: Elaboración propia

4.2. La soledad no deseada

4.2.1. Aproximación al concepto

Lo primero que debemos tener claro antes de analizar los conceptos que rodean a este fenómeno es que, cuando hablamos de soledad no estamos refiriéndonos a un fenómeno reciente, sino a un sentimiento que, probablemente, lleva en nuestra sociedad muchos años y al que se le ha estado prestando poca atención e interés, tanto social como científica, política y económicamente.

La soledad puede tener muchas connotaciones y ser entendida de múltiples formas, ya que es un sentimiento complejo ligado a múltiples aspectos, causas y significados, lo cual ha ido variando en el espacio, en el tiempo y en los contextos. De ahí que este término también pueda ser considerado como algo positivo si nos referimos a él como “tiempo para nosotros”, “tiempo para reflexionar”, “tiempo para el trabajo individual en nosotros”, etc. Sin embargo, en este TFG prestaremos atención a su connotación negativa, es decir, a sus efectos no deseados.

La primera definición que se dio fue en el año 1953 desde la Psicología y de la mano de Sullivan (citado en MOAILabs, 2021), quien la describía como una experiencia muy desagradable que tenía relación con la necesidad de intimidad en las relaciones interpersonales.

Años después, en 1973, se realizó otra aportación por parte del científico social Robert Weiss, quien definió el concepto como la respuesta que tenemos ante la ausencia de una relación en particular. Además, este autor estableció dos tipos de soledad, la emocional y la social. La primera

se refiere a la ausencia de relaciones de apego, estando relacionada con sensaciones de vacío y el deseo de alguien especial con quien compartir la vida. La segunda se refiere a la carencia de relaciones de afecto, generando un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento, y falta de pertenencia a un grupo o red social.

Ya entrados en los años 80, a este autor le siguen algunos otros como Peplau y Perlman (1981), quienes destacan tres características básicas para definir la soledad: resultado de deficiencias en las relaciones interpersonales (1), una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social (2) y una experiencia estresante y displacentera (3).

Justo un año después, Young (citado en Montero López & Sánchez Sosa, 2001) entiende la soledad como la ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, identificando tres tipos: la soledad crónica, que dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales; la soledad situacional, vinculada a situaciones estresantes, como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos y la soledad transitoria que es la más común y son pequeñas apariciones del sentimiento de soledad.

Otro de los autores que más destaca en el Estudio de la soledad es Jong Gierveld, quien en 1998 la definió como una experiencia individual desagradable. Además, diseñó una Escala de la Soledad, donde establecía que esta era la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que realmente se tienen. Por lo que, a mayor diferencia entre lo esperado y la realidad, más soledad se experimenta. Quizás en esta definición podemos ver cierto parecido con la de Sullivan.

En 2004, Muchnik y Seidmann (2004) señalaron que la soledad es una realidad que expresa una ausencia, y sentir esta ausencia deriva en emociones que, dependiendo de la percepción que se tenga de la situación, pueden ser positivas o negativas. Aquí vemos lo que señalábamos al principio del punto, no siempre la soledad es negativa y así lo reflejan estas autoras.

Hay otros autores como Bermejo que entienden la soledad como una sensación de malestar emocional cuando nos sentimos incomprendidos o rechazados por los demás o cuando no tenemos compañía para realizar actividades.

Para terminar con esta primera parte de la revisión bibliográfica es importante destacar que una de las definiciones más recientes y actuales que hay sobre el concepto la ofrecen Yanguas et al., para quienes la soledad es: “esa experiencia de aislamiento, de ausencia, de separación, de repudio, de no pertenencia, de desconexión... que podemos sentir de mayores o que nos puede «acompañar» desde la infancia, a lo largo de toda nuestra vida, y con la que es difícil convivir” (Yanguas et al., 2020, p. 50).

Desde el punto de vista institucional, el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (en adelante SoledadES) señala que la soledad significa:

“la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea”. (<https://rdra.es/46f791>)

Finalmente, y para cerrar este apartado, la Real Academia Española la define como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o como “el pesar o la melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de algo o de alguien” (Real Academia Española, 2023).

4.2.2. El concepto en cifras

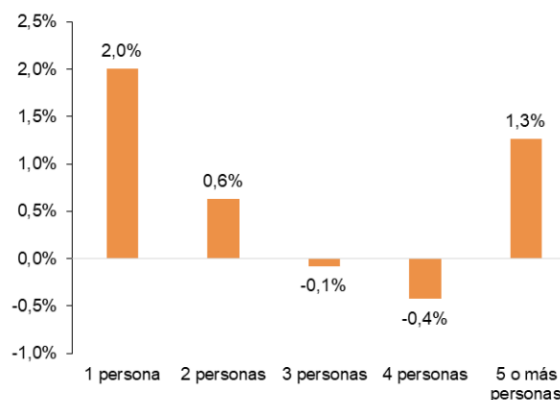
En este punto no se va a realizar un mero recuento de personas, sino que vamos a ir un paso más allá y para poder realizarlo, primero vamos a delimitar tres grupos de soledad. Según Puga (2020), existe la soledad residencial, que remite a las personas que viven solas; la soledad social, que integra a las personas que tienen escasos o ningún vínculo social y la soledad emocional, que incluye a las personas que se sienten solas.

No obstante, es importante saber que a medida que aumenta la precisión, también aumenta la dificultad en la aproximación, debido a la escasez de datos. Así pues, en función de lo que nos permitan las fuentes, en este punto se intentará hacer un recuento lo más cercano a la actualidad.

En primer lugar, hablaremos de la soledad residencial. En este caso, según la “Encuesta continua de hogares” (2021) publicada por el INE, 4.889.900 personas vivían solas en 2020, siendo el 10,4% del total de la población; dato que ha subido 2,0% desde el año 2018.

Figura 3

Variación en el número de hogares 2019-2020 según tamaño



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2021

Según el INE (2021), de 4.889.900 que vivían solas en 2020, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.511.000 (un 70,9%) eran mujeres. Por ello, los hogares unipersonales de personas de 65 y más años aumentaron un 6,1% en 2020.

Tabla 3

Hogares unipersonales por edad y sexo

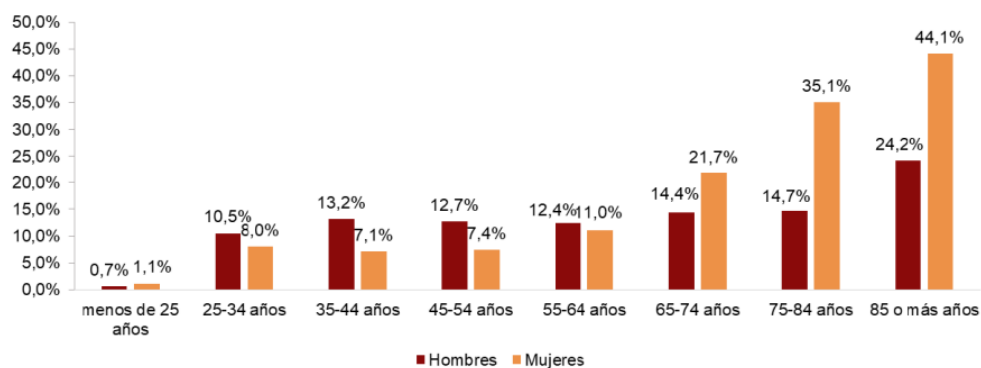
Edad	Sexo	Año 2020	Año 2019	Variación absoluta	Variación relativa
Total	Total	4.889.900	4.793.700	96.200	2,0%
Menos de 65 años	Total	2.758.500	2.784.500	-26.000	-0,9%
	Hombre	1.629.700	1.647.200	-17.500	-1,1%
	Mujer	1.128.800	1.137.300	-8.500	-0,7%
65 y más años	Total	2.131.400	2.009.100	122.300	6,1%
	Hombre	620.400	556.800	63.600	11,4%
	Mujer	1.511.000	1.452.300	58.700	4,0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2021

A lo largo de la vida, la presencia de la soledad residencial es muy distinta. Por lo general, durante todo el curso de vida adulto, algo más del 10% de los hombres viven solos, duplicándose esta cifra llegados a los 85 años o más. Por el contrario, la soledad residencial escasea algo más en las mujeres a lo largo de su vida adulta, siendo poco más del 7%. Sin embargo, a partir de los 60 años, la cifra se duplica o triplica.

Figura 4

Tasa de soledad residencial por edad y género



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2021

Según Rueda (2018), la soledad no entiende de personas, ni de tiempos, ni de espacios. El aumento de los hogares unipersonales es una tendencia predominante en la población de todas las edades. El INE en sus proyecciones sobre los hogares unipersonales para los próximos quince años estiman que estos aumenten aún más, superando en 2031 los 5,5 millones en España. Además, en esta proyección, este tipo de hogares será mayor en Asturias, Castilla y León y el País Vasco. A continuación, se reflejan los datos de la Comunidad Autónoma de Castilla y León,

puesto que la intervención que se presentará más adelante se hará, concretamente, en la provincia de Valladolid.

Tabla 4

Hogares de una sola persona en Castilla y León. Proyección de 2018 a 2033

	2018	%	2033	%
TOTAL NACIONAL	4.705.381	25,43	5.867.135	28,87
CASTILLA Y LEÓN	295.976	29,12	338.075	33,99
Ávila	19.248	29,08	20.966	33,87
Burgos	45.422	30,38	52.006	34,77
León	59.225	29,62	66.283	34,55
Palencia	19.623	29,38	22.060	34,56
Salamanca	41.068	29,12	49.321	35,29
Segovia	17.239	27,79	18.434	30,50
Soria	11.362	30,37	12.632	33,85
Valladolid	59.893	27,49	72.367	32,62
Zamora	22.897	30,23	24.006	35,21

Fuente: Rueda, 2018

En segundo lugar, la soledad social. Como dijo Puga: “puedo vivir solo y tener una amplia red de amigos, y viceversa” (Puga, 2020, p. 38). Con esto se quiere señalar que medir los apoyos sociales es mucho más complejo que contar los hogares unipersonales. Por lo que, no se disponen de tantos datos tan exactos. Sin embargo, el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Carlos III lideró y financió en 2021 un proyecto de investigación llamado “*Quality of Life an Ageing in Spain, Sweden and Portugal (QASP)*”, enfocado a estudiar la soledad y la buena salud mental de las personas mayores que, en este caso, se centra en mayores de 50 años.

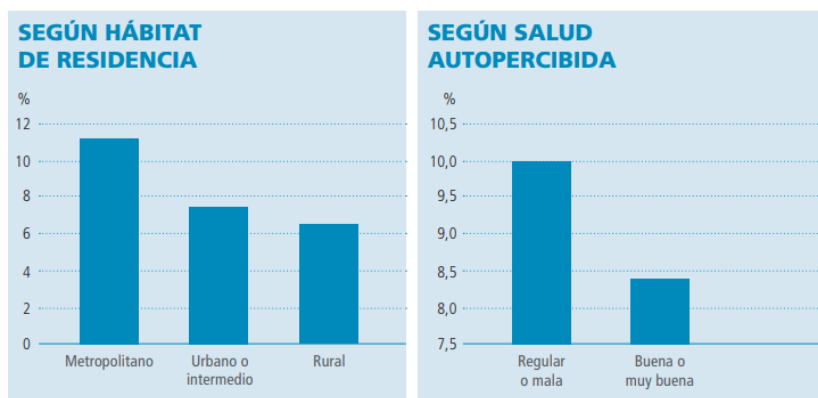
Según el QASP (2023), en España, una de cada cinco personas mayores se siente muy sola, lo que equivale al 20% del total de la población. Esta soledad social está estrechamente asociada a la mala salud mental, ya que, también en España, una de cada cuatro personas mayores de 65 años sufre depresión y presenta una calidad de vida un 17 % menor que el resto de población.

Al contrario que la soledad residencial, la social no tiene un perfil determinado, por lo que es mucho más difícil predecirla, aunque es cierto que, entre la población observada (50 y más años), quienes declaran niveles altos de soledad social son principalmente mujeres, de edad elevada, bajo nivel educativo y renta, con problemas de salud física y mental, deterioro cognitivo y sensorial y, consecuentemente, bajos niveles de calidad de vida.

De hecho, según Puga (2020), las dimensiones que en mayor medida discriminan el efecto de la soledad social son el lugar de residencia del individuo y su estado de salud:

Figura 5

Tasas de soledad social según residencia y estado de salud



Fuente: Yanguas, Pérez-Salanova, Dolores Puga, Tarazona, Losada Baltar, Márquez González, Pedroso Chaparro & Pinazo, 2020

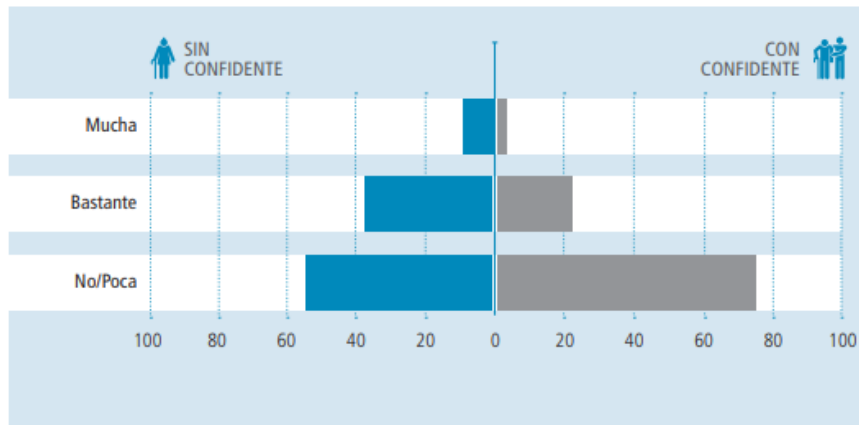
En tercer y último lugar, remitimos a la soledad emocional. El determinar en cifras cómo se siente una persona es difícilmente cuantificable, ya que se trata de un aspecto más cualitativo que cuantitativo. No obstante, según Puga (2020), existe un instrumento para medir el grado de soledad emocional, el cual se puso en práctica con personas de más de 50 años en el Estudio SHARE. Este instrumento remite a la Escala de soledad de tres ítems que, a través de una encuesta, cuyas respuestas son “a menudo, a veces, nunca o casi nunca”, mide con qué frecuencia una persona siente que le falta compañía o se siente excluido/aislado.

En este Estudio se halló que casi 3 millones de personas mayores de 50 años en España sufren una moderada soledad emocional (2.943.636 individuos), lo que equivale al 23% del total de la población y casi 500.000 se sienten muy solas (457.376 individuos), lo que equivale al 3,6% del total de la población.

Al igual que la soledad social, la emocional es difícilmente predecible, ya que es un fenómeno transversal en distintas edades, géneros, clases sociales... Pero, según Puga (2020), las circunstancias que en mayor medida aumentan la probabilidad de sentirse solo, e incluso de sentirse muy solo, son la baja conectividad social y la mala salud, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres.

Figura 6

Escala de la soledad emocional

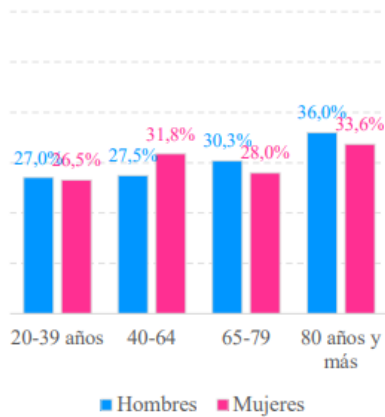


Fuente: Yanguas, Pérez-Salanova, Dolores Puga, Tarazona, Losada Baltar, Márquez González, Pedroso Chaparro & Pinazo, 2020

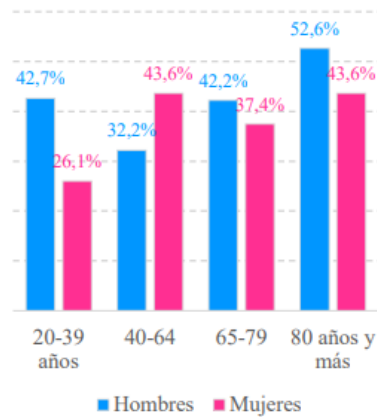
Según el Informe de MOAILabs (2021), aunque la soledad emocional afecta a cualquier tipo de personas, esta aumenta con la edad y, por lo general, empiezan a sufrirla más los hombres y las personas sin estudios. De hecho, este tipo de soledad es más intensa que la social y así lo demuestran las cifras:

Figura 7

Soledad social por edades



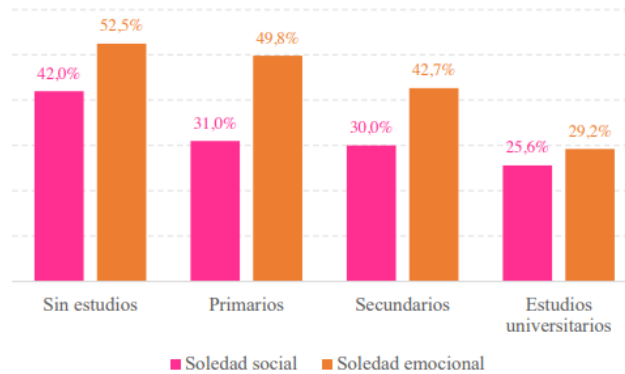
Soledad emocional por edades



Fuente: MOAILabs, 2021

Figura 8

Porcentaje de personas que experimentan soledad social y emocional por nivel de estudios



Fuente: MOAILabs, 2021

4.2.3. Repercusiones que tiene la soledad en la salud de las personas mayores

Como se ha dicho en el punto anterior, la soledad puede tener graves consecuencias sobre la salud de las personas:

Tabla 5

Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores según varios autores

Tormstad et al. (2017)	Mala salud, sentimiento de desesperanza e insatisfacción con la vida, padecimiento de cualquier enfermedad crónica y necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria.
Dahlberg et al. (2018)	Dificultades de movilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo y angustia.
Lorenzo (2022)	A nivel fisiológico e inmunológico, segregación de cortisol o más conocido como la hormona del estrés (eleva la presión arterial pudiendo ocasionar problemas de salud cardiovascular como la hipertensión, resfriados, neumonía, etc.) A nivel psicológico y emocional, disminución de la autoestima y el humor, perdiendo las ganas de interactuar con el entorno, hostilidad, resentimiento, miedo y tristeza, problemas de salud mental como la ansiedad, mayor riesgo de distimia y depresión, mayor deterioro cognitivo y mental.

	<p>A nivel conductual, riesgo de caer en adicciones como el alcohol, insomnio, trastornos alimenticios y mayor riesgo de sufrir accidentes domésticos.</p> <p>A nivel social, aislamiento y déficit en las interacciones sociales.</p> <p>A nivel de mortandad, mayor riesgo de morir prematuramente. Un riesgo que podría competir con el del tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo.</p>
--	---

Nota: Elaboración propia

Tabla 6

Efectos de la soledad en la salud psicológica y física de las personas mayores según el informe de MOILabs

SALUD PSICOLÓGICA	SALUD FÍSICA
Es un factor predictivo de los síntomas depresivos.	Empeora la función vascular.
Aumenta los problemas de sueño.	Aumenta la presión sistólica.
Empeora el funcionamiento cognitivo y aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer.	Aumenta la probabilidad de sufrir accidentes vasculares recurrentes.
Agrava los problemas de salud mental.	Disminuye la expresión de genes relacionados con la respuesta antiinflamatoria y aumenta la sobreexpresión de genes proinflamatorios.
Aumenta la tasa de institucionalización.	Amplifica la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), esencial en los procesos de estrés;
Aumenta la mortalidad.	Eleva los trastornos del sistema inmunitario y empeora la nutrición.
Algunos autores (Cacioppo et al., 2002; Cacioppo et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2015; Holt-Lunstad et al., 2010) consideran que la soledad funciona como un riesgo para la salud, similar a factores de riesgo clásicos ya establecidos como la obesidad, el colesterol, etc., además de generar sufrimiento y disminuir la calidad de vida.	Acentúa la obesidad.
	Amplifica el declive motor.
	Aumenta la reducción de la actividad física y la capacidad funcional.
	Influye en la relación entre genes y medio ambiente.

Fuente: MOAILabs, 2021

4.3. Algunas intervenciones para paliar la soledad en las personas mayores

Según Briones et al. (2022), antes de la pandemia por Coronavirus, la soledad ya era considerada como un problema de salud pública que iba en aumento. De hecho, la soledad se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares, con el Alzheimer, con accidentes cerebrovasculares e insomnio, así como con depresión y ansiedad. Según estos autores, hubo algunas investigaciones en el año 2017 como la de Landeiro et al. y Rook y Charles que decían que los efectos de la soledad sobre la salud son tan grandes que pueden incluso compararse con los factores de riesgo que trae el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, la inactividad física o la hipertensión

arterial. Como consecuencia de esto, existen algunas intervenciones para trabajar con la soledad, de las cuales la mayoría provienen de instituciones y/u organizaciones no gubernamentales, como Cáritas, Cruz Roja y Fundación “La Caixa”.

En 2010, Cáritas llevó a cabo un proyecto piloto llamado “Cerca de ti”, en colaboración con Cruz Roja, con el objetivo de conocer las posibilidades de las personas mayores que se sienten solas, para ofrecerles un acompañamiento a través de la comunicación por teléfono. Los resultados implicaron la mejora en la calidad de vida al ampliar y fortalecer la red social de las personas mayores y la red de voluntarios dispuestos a colaborar en dicho proyecto.

En 2012, Cruz Roja lanzó el Programa “Enrédate”, que buscaba reducir el sentimiento de soledad a través del refuerzo de la red social de las personas mayores, y que se implementó a través de la realización de actividades que abordaban y abordan diferentes necesidades. Por ejemplo, en Valladolid, donde realicé mis prácticas correspondientes al Grado de Educación Social, hay actividades para el envejecimiento saludable, para adquirir conocimientos sobre las nuevas tecnologías y para conocer la cultura de nuestra ciudad a la vez que establecemos nuevas relaciones sociales. Así y según mi experiencia en prácticas, este Programa está teniendo muy buenos resultados: las personas mayores, así como sus familias, están muy contentas y cada vez se une más gente.

Por otra parte, la Fundación “La Caixa” lleva a cabo dos Programas para paliar la soledad de las personas mayores: el Programa “Vivir bien, sentirse mejor” (2015) que busca facilitar que dichas personas puedan desarrollar un proyecto de vida que favorezca su bienestar personal y, para ello, se plantean conocimientos, estrategias, técnicas y habilidades psicoemocionales a través de sesiones divididas en tres itinerarios: el primero; “Vivir como yo quiero”, el segundo; “Vivir en positivo” y el tercero; “Vivir bien cada día”. El otro es el Programa “Siempre Acompañados” (2016) que también cuenta con la participación de Cruz Roja y los ayuntamientos, que buscan combatir situaciones de soledad a través de relaciones de apoyo y bienestar entre las personas mayores. Primero se detecta a la persona con posible situación de soledad, después se realizan intervenciones psicoeducativas y luego intervenciones comunitarias, con el fin de empoderarles y enseñarles a gestionar sus sentimientos.

Por último, destaca la Fundación INTRAS, quien ha encabezado el proyecto MOAILabs (2021-2023) con el objetivo de crear el primer Laboratorio europeo transnacional dedicado a la I+D+I contra la soledad no deseada de las personas mayores, incorporando un enfoque propio de innovación abierta y participativa y co-produciendo soluciones innovadoras con el conocimiento científico-técnico y la experiencia de las personas. Proyecto premiado por el Ministerio de Hacienda del gobierno de España, como el mejor en la convocatoria INTERREG de ese período.

Además, aparte de las instituciones, hay autores y/o profesionales que también trabajan en el ámbito ofreciendo otras propuestas de intervención.

León Aguilera et al. (2021), crearon el Programa “Acompañamiento Telefónico Mayor (ATM)” en Santiago de Chile y durante la pandemia del Coronavirus, como un dispositivo de intervención para paliar la soledad. Este Programa consistía en llamar todas las semanas a las personas que estaban o se sentían solas. Los resultados concluyen en que el acompañamiento telefónico es una herramienta beneficiosa para la soledad percibida y, en menor medida, para la soledad social.

Por otro lado, Briones et al. (2022), llevaron a cabo un Programa de intervención multidisciplinar durante la pandemia COVID-19 en España dentro de una Residencia de personas mayores en Cuenca. Este Programa consistió en que diversos profesionales de la Neuropsicología, la Terapia Ocupacional, el Trabajo Social, la Fisioterapia y la Enfermería realizaran una serie de actividades como tareas de estimulación cognitiva, videollamadas, actividades expresivas, actividades de ejercicio, etc., para ver hasta qué punto la situación de soledad, depresión y aislamiento social mejoraba. Los resultados indicaron que trabajar técnicas como la terapia de reminiscencia, la orientación a la realidad, la musicoterapia, el uso de las videollamadas o la participación en actividades de grupo mejoraban los resultados en relación con la soledad y la depresión.

También existen iniciativas en diferentes ciudades para paliar la soledad, entre las cuales destacan, en Barcelona, el Instituto Municipal de Servicios Sociales (en adelante IMSS) y, en Valladolid, el Plan Municipal desde 2019 a 2022. El primero ofrece una variedad de recursos, servicios y Programas destinados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años, poniendo su foco en temas como la salud y el cuidado, la soledad, la actividad física, la educación financiera, la cultura y el ocio, los huertos urbanos, el respeto y no discriminación y el voluntariado y los Programas intergeneracionales. Se destaca el tema de la soledad con la estrategia “Barcelona contra la soledad”, que ofrece Programas como:

Tabla 7

Programas que ofrece el IMSS de Barcelona para paliar la soledad de las personas mayores

“Vivir y convivir”	Ofrece alojamiento a jóvenes en el domicilio de personas mayores que sienten soledad, con el objetivo de hacerles compañía y alcanzar un bienestar común.
“Radars”	Es un proyecto que crea una red entre los vecinos y vecinas, comercios, farmacias, equipamientos y centros de salud del barrio para cuidar a las personas mayores de su entorno y si detectan cualquier problema se ponen en contacto con los Servicios Sociales.

“Vincles BCN”	Se trata de ofrecer a la persona mayor una Tablet con una aplicación que le permite comunicarse e interactuar a través de videollamadas o mensajes de voz con su familia y amigos, así como con el resto de las personas mayores que forman parte del grupo de usuarios Vincles.
“Bajamos a la calle”	Una vez por semana, las personas mayores que viven solas y tienen problemas de movilidad salen a la calle acompañados de una persona voluntaria.

Nota: Elaboración propia

Según el IMSS (2023), esta estrategia pretende reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores que tienen dificultades para salir de su casa, bien sea por las barreras arquitectónicas o por la movilidad. Se ha detectado que estos Programas han mejorado el estado de salud percibida y la salud mental, dando lugar a una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión.

El segundo, le encontramos en nuestra ciudad, Valladolid, la cual destaca, entre otras cosas, por ser una Ciudad Amigable con las Personas Mayores, llevando a cabo un Plan Municipal desde 2019 a 2022. Dicho proyecto está promovido por la OMS para generar servicios y espacios que faciliten un envejecimiento activo y saludable.

Como conclusión ante esta revisión, al no existir un enfoque único para abordar la soledad, se considera necesario adaptar las intervenciones a las necesidades de los individuos, los grupos específicos o el grado de soledad experimentado, así como, en el caso que nos ocupa, el contexto en que se produce.

5. METODOLOGÍA

5.1. ¿Cómo abordar el trabajo con las personas mayores desde la mirada de la Educación Social?

Autores como Belchi et al. (2017) dijeron que se podía promover el envejecimiento saludable y aumentar la participación de las personas mayores mediante el desarrollo de intervenciones socioeducativas que provocasen y proporcionaran un impacto significativo en su desarrollo social. Por ello, se puede decir que la intervención socioeducativa tiene como propósitos trabajar para visibilizar la heterogeneidad del colectivo de personas mayores y, por tanto, la diversidad de necesidades que presentan.

La intervención socioeducativa con personas mayores, según Pérez de Guzmán, la podemos entender como:

“acción profesional diseñada, con un fin en sí misma, derivada de un análisis o diagnóstico de la realidad previo. Utiliza procedimientos metodológicos adecuados y de calidad y trata de conseguir una mejora y transformación social y educativa (a nivel individual, grupal y/o comunitario)” (Pérez de Guzmán, 2019, p. 136).

Otros autores como Limón et al. (2021) también analizaron el trabajo de la Educación Social con las personas mayores tras la COVID-19 y están de acuerdo en que es una disciplina que ha favorecido la intervención socioeducativa con personas mayores.

En este sentido, desde la Educación Social se aborda el trabajo con personas mayores poniendo especial atención en los siguientes aspectos:

- El primero, la atención a las necesidades particulares que presentan las personas mayores en función de distintos factores como la residencia, patologías, entorno cercano, etc.
- El segundo, tal y como señala Pinazo-Hernandis (2020), la potenciación y el mantenimiento de los factores de protección como el fomento de la actividad física, un sueño de calidad, evitar el deterioro cognitivo realizando talleres, tertulias, terapias grupales, participación en asociaciones, voluntariados, acciones de apoyo social, etc, y evitar la soledad y depresión, entre otras cosas.
- El tercero, la contribución para mitigar todas las imágenes negativas y prejuicios acerca de la vejez y las personas mayores que puedan alimentar el edadismo, el rechazo y el miedo a envejecer.
- El cuarto y último aspecto, la intervención en el uso de expresiones negativas, especialmente en los medios de comunicación, como abuelo/a, viejos/as, personas de la tercera edad, etc. Con ello, estaríamos contribuyendo a la sensibilización de la sociedad en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 como son el ODS 10: reducción de las desigualdades, ODS 3: salud y bienestar y el ODS 4: educación de calidad (UNESCO, 2017, p. 1).

5.2. Metodología general

Este Trabajo tiene una metodología general y una específica que se presentará en el próximo apartado vinculado con la propuesta de intervención propiamente dicha.

En cuanto a la metodología general y en relación con la investigación concreta, se realizó una revisión sistemática que incluyó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más prestigiosas y representativas como Scopus, Wos y Google Académico. Para ello, se utilizaron palabras clave como “adultos mayores”, “personas mayores”, “soledad” y “salud”.

Para la selección de los artículos se determinaron los siguientes criterios de inclusión: textos publicados en los últimos 5 años, escritos en idioma inglés o español y disponibles íntegramente.

Por otro lado, los criterios de exclusión establecidos fueron: artículos dirigidos a personas menores de 60 años, que no trataran sobre el sentimiento de soledad y todos aquellos que no se ajustasen a los objetivos planteados.

También, se buscó más información y datos en el Observatorio Estatal de la Soledad, IMSERSO, OMS, ONU, entidades, instituciones y/u organismos con fines sociales, como Fundación “La Caixa” (entre otras), proyectos que se hubieran llevado a cabo para paliar y/o estudiar la soledad, como el proyecto de MOAILabs, y para obtener datos estadísticos se usaron las bases del Instituto Nacional de Estadística y se escogieron los derivados del citado MOAILabs y de la Fundación “La Caixa”.

Finalmente, gracias a las prácticas realizadas en el Proyecto “Enrédate” para paliar la soledad de las personas mayores, en Cruz Roja Valladolid, se diseñó una propuesta de intervención en torno a un Estudio de caso (una persona que se encuentra en una situación grave de soledad) con el objetivo de ayudarlo en el proceso de duelo y afrontamiento.

5.3. Muestra

Existen muchas clasificaciones sobre las personas mayores que, en función de la disciplina desde donde se hagan, van desde lo social a lo sanitario y viceversa. Por ejemplo, una de las más conocidas es la anteriormente mencionada de la OMS (2015), la cual establece una clasificación por rangos de edad donde las personas de 60 a 74 años se consideran de edad avanzada, las de 75 a 90 años viejas o ancianas y las de 90 años en adelante son grandes viejos o grandes longevos. Sin embargo, en el ámbito médico hay otro tipo de clasificaciones que, sin querer poner el foco en otra disciplina, resulta interesante mencionarlas para mostrar y evidenciar que hay otros tipos de concepciones o visiones. En este caso, se destaca, muy por encima, la clasificación que hace Caño et al. (2020) en la “Revista Médica y de Enfermería Ocronos”, la cual les divide en cuatro bloques: persona mayor sana (1), persona mayor enferma (2), persona mayor frágil o de alto riesgo (3) y paciente geriátrico (4).

No obstante, este trabajo se va a centrar en una clasificación en concreto y es la que establecieron Limón et al. (2021) en su artículo “Educación social de personas adultas y mayores: desafíos ante la COVID-19”:

“a) personas mayores que residen en hogares multigeneracionales... b) personas mayores que viven solas... pero presentan una elevada vulnerabilidad ante los efectos del distanciamiento físico y el aislamiento social, mostrando serias dificultades para acceder a información, alimentos, medicamentos y otro tipo de suministros esenciales, al tiempo que manifiestan sentimientos profundos de soledad y desesperanza y trastornos similares a los de un cuadro de estrés postraumático y c) personas mayores que viven en residencias

y que han experimentado deterioro acusado de su bienestar físico y mental...” (Limón et al., 2021, p. 142).

Por tanto y para verlo de manera más clara, esta clasificación quedaría resumida de la siguiente manera:

- a) Personas mayores que residen en sus hogares o con sus familiares.
- b) Personas mayores que viven solas y que necesitan de ayuda debido a la presencia de una elevada vulnerabilidad ante el aislamiento social, la soledad y desesperanza, pudiendo mostrar serias dificultades para acceder a la información, los alimentos, los medicamentos, etc.
- c) Personas mayores que viven en residencias.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1. Resumen

Se realizó una investigación abordada con la metodología de Estudio de caso durante dos meses y medio, supervisada por Cruz Roja Valladolid, con una persona mayor. Por tanto, se muestran los resultados para con ellos intentar cubrir sus necesidades vitales, visibilizando actuaciones que contribuyan al acercamiento de los servicios y recursos de los que se dispone en la comunidad y de los que, en especial estas personas, son sujeto de derecho.

6.2. Objetivos

Se trata de mostrar, a través de un Estudio de caso, un proceso de trabajo sobre y con el sentimiento de soledad que sufre una persona mayor que vive sola en su domicilio, identificando una serie de buenas prácticas para trabajar con dicho sentimiento.

En cuanto a los objetivos específicos, se propone:

- Dar visibilidad, a través de una entrevista, a la experiencia subjetiva de la soledad en las personas mayores: cómo la viven y cómo la afrontan, ya que no es algo universal, sino que cada persona tiene sus propias percepciones.
- Identificar los factores de riesgo que trae consigo la soledad y que pueden afectar a la calidad de vida y el bienestar.
- Ofrecer los recursos existentes y necesarios para mejorar el bienestar personal, social y emocional.
- Proporcionar, a través del estudio de un caso real, información valiosa (como las intervenciones efectivas) a los profesionales del ámbito social y otros proveedores de servicios que trabajen con personas mayores en situación o riesgo de soledad.

6.3. Metodología

6.3.1. El contexto

En el marco del Proyecto “Enrédate” de Cruz Roja Valladolid, se realizó la visita a un domicilio de una mujer, cuyo nombre es Carmina, que se encuentra en una situación grave de soledad.

La historia de Carmina con Cruz Roja empezó en el año 2022, porque la Trabajadora Social del CEAS Esgueva se puso en contacto con el equipo del citado Programa “Enrédate”, alertando sobre la depresión que padecía. Ante esto, el equipo de Cruz Roja le empezó a llevar a diversas actividades que realizaban, como los paseos saludables. Hasta entonces ella se estaba bien físicamente, pero se encontraba deprimida, se sentía sola, necesitaba compañía y tener sus días ocupados. Sin embargo, aproximadamente en diciembre del año 2022, dejó de acudir a Cruz Roja porque se murió su marido y poco después tuvo una caída y se fracturó varias vértebras. A partir de aquí, se perdió todo el contacto con ella hasta hace unos meses, cuando una camarera de un bar del barrio dio el aviso a Cruz Roja de que la fueran a ver porque necesitaba ayuda.

Es aquí cuando empieza a desarrollarse todo el protocolo de actuación que tienen en Cruz Roja para ir a un domicilio particular. Este protocolo empieza por el aviso de la Trabajadora Social, de la familia o conocidos o por demanda directa (cuando es la propia persona la que llama a Cruz Roja). En este caso, la demanda de Carmina llegó por dicha camarera.

A partir de este momento, el educador social del Programa “Enrédate” se puso en contacto con Carmina para ver qué servicios o recursos necesitaba y es ahí cuando se decide o no ir al domicilio particular, ya que, si la persona está bien de movilidad puede acercarse a la sede de Cruz Roja, pero, si no es así, el profesional acude al domicilio.

Tras esto, se produjo la primera visita al domicilio de Carmina, y se mantuvo una conversación informal para conocerla.

6.3.2. El Estudio de caso

Algunos investigadores como McKernam, J. dan una aproximación a la definición de esta metodología, diciendo:

“El estudio de caso es una recogida formal de datos presentada como una opinión interpretativa de un caso único, e incluye el análisis de los datos recogidos durante el trabajo de campo y redactado en la culminación de un ciclo de acción, o la participación en la investigación” (citado en Monroy Cornejo, 2009, p. 41)

Sin embargo, según el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2010), la historia de esta metodología se remonta al año 1870, cuando un profesor de la Universidad de Harvard llamado Christopher Columbus Langdell empezó a enseñar leyes a sus estudiantes a

través de la lectura de casos en vez de libros, consiguiendo que en el año 1914 esta metodología se convirtiera en un método de enseñanza.

En la actualidad, según la psicóloga Rovira (2018), el Estudio de caso es un método de investigación que normalmente se usa en las Ciencias de la Salud y Sociales y está considerado como una técnica cualitativa, ya que se centra en el estudio exhaustivo de un fenómeno y/o persona. Además, se la distingue por presentar diversas características que, según Gloria Pérez Serrano, son: particular, descriptiva, heurística e inductiva.

En cuanto a sus beneficios, estos son múltiples. Según Monroy (2009):

- Se pueden enfocar hacia un solo individuo o cosa (por ejemplo, una persona o una escuela), lo que permite un análisis profundo y consistente del mismo; así mismo permite una amplia recopilación de la información.
- Su desarrollo se realiza con diferentes técnicas y métodos de recogida de información, que pueden ir desde observaciones personales, pasando por encuestas y entrevistas.
- Reproduce el mundo de los participantes a través de una descripción detallada de los acontecimientos.
- No suelen ser apropiados para probar hipótesis; sin embargo, sus resultados pueden usarse como base de estudios posteriores.
- Presenta una imagen más completa y precisa del entorno y la acción.
- Los datos son representativos.

Para implementar esta metodología, Rovira (2018) señala que se deben seguir los siguientes pasos:

1. Selección y definición del caso: consiste en seleccionar el, o los casos y definirlos.
2. Elaboración de una guía de preguntas: primero se realiza una pregunta global y después se desglosa en preguntas más variadas. Estas preguntas sirven para orientar la recolección de datos y para determinar que se quiere averiguar.
3. Localización de las fuentes y recogida de datos: se deben seleccionar los instrumentos para la obtención de datos (técnicas de observación, entrevistas, pruebas y tests psicológicos, etc.).
4. Análisis e interpretación de los datos obtenidos/resultados. Este paso coincide con el punto 7 que se muestra más adelante.
5. Elaboración de un informe: de manera cronológica se detallarán todos los datos del Estudio de caso (los pasos seguidos, cómo se ha obtenido la información y el porqué de las conclusiones extraídas). Este paso coincidió con la realización de la Memoria del Prácticum II del Grado en Educación Social y en ella se recogen pormenorizadamente los

datos que complementan a los presentados en este TFG, como es la elaboración de dicho informe.

6.3.2.1. Selección y definición del caso

El caso está representado por Carmina, mujer vallisoletana, 75 años y sin hijos. Viuda desde hace 5 meses. Vive sola. Le gusta coser y bordar. Apenas tiene vínculos sociales. Recibe el servicio de Atención Domiciliaria. Presenta problemas físicos derivados de una caída. Posibilidad de un pequeño grado de depresión por la muerte de su marido. Situación de soledad grave, ya que presenta soledad residencial, soledad social y soledad emocional.

6.3.2.2. Elaboración de una guía de preguntas

Tal y como señaló Rovira (2018), uno de los pasos es elaborar una guía de preguntas en torno a las cuales podremos guiar un poco nuestro Estudio de caso. Algunas de estas preguntas están relacionadas con los objetivos que se pretenden conseguir y son una pequeña guía para evitar desviarnos de ellos.

Tabla 8

Guía de preguntas

PREGUNTA GLOBAL	- ¿Cómo podemos trabajar la soledad con esta persona?
PREGUNTAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo podemos dar visibilidad a la experiencia subjetiva de la soledad de esta mujer? - ¿Qué recursos podemos ofrecerle? o ¿Qué recursos necesita? - ¿Cuáles son los factores de riesgo que pueden estar afectando a su calidad de vida y bienestar? - ¿Qué podemos hacer para reducir la soledad de esta persona? - ¿Puede servir la información recopilada en este estudio a los profesionales del ámbito social y/o cualquiera que trabaje con personas mayores en situación o riesgo de soledad? - Que pesa más ¿Sacrificar la libertad que tienes en tu casa por la seguridad que tendrás en una Residencia (en cuanto a cuidados)? o ¿Sacrificar esa seguridad que tendrás en la residencia por la libertad que tenemos en nuestro hogar (al poder ponernos nuestros horarios, salir y entrar siempre que queramos, etc.)?

	- En una Residencia ¿Qué va a pasar con el sentimiento de soledad? ¿Aumentará, disminuirá o se mantendrá igual?
--	---

Nota: Elaboración propia

6.3.2.3. Localización de las fuentes y recogida de datos

Para recoger los datos se ha usado la técnica de la observación y dos instrumentos: uno cualitativo, la entrevista, y otro cuantitativo, la Escala ESTE I.

La observación, según Van Dalen y Meyer (citado en Díaz Sanjuán, 2011), trata de una técnica que tiene un papel fundamental en cualquier proceso de investigación, porque proporciona uno de los elementos claves; los hechos. Además, Díaz (2011) completa esta definición añadiendo que, a través de estos hechos, nos preguntamos qué es lo que sucede y porqué, recogemos información y la registramos para, posteriormente, analizarla.

Las ventajas de emplear esta técnica, según Díaz (2011) son que podemos obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad, podemos ver conductas y situaciones que solo se consiguen a través de la observación y no se necesita la colaboración del sujeto.

En este caso, la observación llevada a cabo es directa, porque he estado en contacto con la persona, es participante, porque se acude a su domicilio una vez por semana y se obtienen los datos “desde adentro”; es no estructurada, porque no se han usado fichas ni tablas ni cualquier otra herramienta; es de campo, porque se realiza en el lugar donde ocurren los hechos (en la casa de Carmina) y es individual, porque solo se realiza a una persona.

La entrevista, según Díaz et al. (2013), es un instrumento cualitativo de gran utilidad para cualquier investigación en la que se quiera o necesite recabar datos, ya que es un instrumento que adopta la forma de un diálogo coloquial. Además, señalan que la entrevista es más eficaz que el cuestionario porque aporta información más completa y durante el proceso ayuda a aclarar posibles dudas.

En este caso, se realizó una entrevista semiestructurada formada por 5 preguntas abiertas, donde la entrevistada ha podido compartir con la entrevistadora todos los datos que ha considerado necesarios. En este punto, se ha considerado necesario mostrar las respuestas a cada pregunta realizada y explicar la intención de cada una de ellas (Ver Anexos 1 y 2).

Se eligió la entrevista semiestructurada porque tiene más flexibilidad que la estructurada, ya que, aunque parte de preguntas planeadas, estas se pueden ir ajustando a la persona entrevistada y a las respuestas que esta vaya dando. En cuanto al tipo de preguntas, estas fueron abiertas porque de esta forma se permite que la entrevistada aporte la información que quiera.

A esta entrevista le acompañó una herramienta conocida como Mapa de empatía, que según Galiana (2021), es una especie de guía que suelen usar mucho las empresas para definir las características de sus clientes. En este caso, se ha usado para definir las características de la persona objeto de este estudio.

Este Mapa se divide en varias áreas: PIENSA (recoge lo que la persona está pensando); HACE (recoge las acciones); SIENTE (refleja su estado emocional) y DICE (lo que expresa con palabras). Después, hay otras dos áreas: ESFUERZOS (miedo, frustraciones y obstáculos) y RESULTADOS (deseos, necesidades y obstáculos).

Se eligió esta herramienta porque nos ayuda a hacernos las preguntas necesarias para entender cuáles son las necesidades de la o las personas con las que queremos trabajar. De esa forma se puede empatizar mucho mejor con ellos/as y ofrecerles servicios mucho más personalizados.

Por último, la Escala ESTE I que, según Rubio (2001), fue creada en el año 1999 por la Universidad de Granada y en el año 2009 fue revisada. Se trata de un instrumento cuantitativo y sirve para medir la soledad en las personas mayores, evaluando principalmente los déficits en el ámbito familiar, conyugal, social y derivada de estas situaciones la crisis existencial.

La elección de esta Escala para medir la soledad de Carmina está relacionada con los tres tipos de soledad que este Trabajo detectó de forma cualitativa: soledad residencial, social y emocional.

Esta Escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo, 5=Siempre).

Los ítems de la Escala se agrupan en los cuatro factores mencionados y se muestran a continuación:

Tabla 9

Ítems que corresponden a cada factor de la escala

Factor	Ítems	Puntuación
Soledad Familiar	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 28	
Soledad Conyugal	3, 4, 5, 6, 7	
Soledad Social	15, 16, 18, 22, 23, 24, 25	
Crisis existencial	14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Fuente: Rubio, 2001

La puntuación en cada factor se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, teniendo en cuenta que los ítems sombreados en la Tabla 11 tienen la puntuación invertida, de tal forma que las puntuaciones serán desde Nunca=5 hasta Siempre=1 en esos casos.

Tabla 10

Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor

	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis existencial
Baja	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
Media	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
Alta	52 a 70	19 a 25	27 a 35	36 a 45

Nota: Para observar las respuestas a esta Escala, ver Anexo 3.

Fuente: Rubio, 2001

7. RESULTADOS

Los datos obtenidos en el análisis que se muestra a continuación resultan de computar la primera conversación informal, la entrevista y la observación directa.

Tabla 11

Análisis de la situación de Carmina

PERFIL DE LA PERSONA	
VESTIDO E HIGIENE PERSONAL	Poca higiene, ya que está en la cama la mayor parte del tiempo, con el pijama y sin casi aseo.
CUIDADO DE LA SALUD FÍSICA	Ha sufrido una caída reciente y toma medicamentos para el dolor.
AFICIONES E INTERESES	
<ul style="list-style-type: none"> Le gusta coser y bordar 	
DATOS SANITARIOS	
SALUD FÍSICA	Movilidad reducida debido a la caída. Tiene muchos dolores en la zona lumbar, debido a una fractura de vertebras.

SALUD MENTAL	Tiene un pequeño y leve inicio de depresión.
SALUD EMOCIONAL	Tras conversar con ella y realizarle la entrevista se llega a la conclusión de que presenta soledad. Además, ella manifiesta sentirse sola.
DATOS SOCIALES	
MODELO DE CONVIVENCIA	Vive sola
SITUACIÓN FAMILIAR	No tiene apenas familia y es viuda reciente.
RELACIÓN CON EL ENTORNO	Tiene vínculos sociales, pero en estos momentos no sale de casa por una caída. De vez en cuando un vecino baja a verle o alguna amiga/o.
RECURSOS O AYUDAS DE LAS QUE DISPONE	Recibe Atención Domiciliaria.
DATOS DE LA VIVIENDA	
VIVIENDA ADAPTADA	Poca adaptabilidad. Vivienda pequeña, con pasillos estrechos y poca luminosidad.
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	Vive en un cuarto sin ascensor.
HIGIENE DE LA VIVIENDA	No está limpia, las persianas bajadas y la casa sin ventilar.
OBSERVACIONES	
El médico le ha recomendado operarse. La operación es complicada y arriesgada, por lo que, puede salir muy bien o no, a lo que Carmina, tras mucho tiempo ha decidido, operarse.	

Nota: Elaboración propia

Tras este análisis, se llega a la conclusión de que esta mujer presenta los tres tipos de soledad de los cuales se ha hablado anteriormente. En este caso, presenta soledad residencial porque vive sola, soledad social porque no se puede relacionar tanto como antes con sus vínculos sociales y/o afectivos y soledad emocional porque dice sentirse sola tras la muerte de su marido.

Con la aplicación de la Escala ESTE I también se obtuvieron los siguientes resultados:

- Soledad familiar: 38 puntos
- Soledad conyugal: 21 puntos
- Soledad social: 18 puntos
- Crisis existencial: 29 puntos

Así, vemos cómo también presenta un nivel medio de soledad familiar, un nivel alto de soledad conyugal, un nivel medio de soledad social y un nivel medio de crisis existencial.

Con el análisis inicial anteriormente mostrado y el uso de los instrumentos cualitativos y cuantitativos, se detectaron varias necesidades, a las cuales se pretende dar respuesta con buenas prácticas. Cada pequeña actuación y/o buena práctica se apoya en los objetivos específicos que se han trabajado con la usuaria.

En este caso, se plantean diferentes propuestas de intervención a necesidades detectadas o ya existentes, las cuales se llevan a cabo con el apoyo de los profesionales de referencia de la Cruz Roja.

Tabla 12

Necesidades detectadas y sus propuestas de actuación

NECESIDAD DETECTADA	PROPUESTA DE ACTUACIONES/BUENAS PRÁCTICAS
1. Apenas puede salir a la calle a pasear por su estado físico.	Todas las semanas que voy a verla se le anima a salir a pasear durante 20 min, intentando, en la medida de lo posible por su estado físico, aumentar el tiempo de paseo conforme avancen las semanas. (Ver Anexo 4)
2. Necesita compañía y relacionarse con gente nueva, porque dice no tener contactos ni vínculos sociales.	<p>- Se le ha asignado un voluntario de Cruz Roja que va a verla todos los miércoles por la tarde durante 1 hora y media. Además, yo acudo todos los martes por la tarde: aparte de para hacerle el seguimiento semanal de esta intervención, para hacerle compañía.</p> <p>- Cuando su físico mejore, se le llevará todos los jueves por la tarde a Cruz Roja, donde se imparte cada semana una charla sobre un tema distinto. Allí podrá conocer a gente nueva, ya que acuden muchas personas mayores que, como ella, se sienten solas y necesitan tener tareas y ocupaciones.</p>
3. Necesita poder ir al médico cómodamente sin	Ante esta necesidad se le ha asignado dentro del “Servicio de productos de apoyo” que presta Cruz Roja, una silla de ruedas

<p>esforzarse físicamente demasiado.</p>	<p>para poder ir con facilidad y sin esforzarse mucho, ya que para ella ir andando hasta el hospital supone demasiado esfuerzo y, en consecuencia, un empeoramiento de su estado físico.</p>
<p>4. Falta de autonomía debido a su estado físico. Esto la impide en innumerables ocasiones poder hacerse la comida y la cena ella sola, poder levantarse a abrir la puerta, poder hacer las labores del hogar e incluso poder asearse ella sola.</p>	<p>Junto con el educador social y la trabajadora social de Cruz Roja y la médica de cabecera, ante la demanda de Carmina de que quizás se vaya a una Residencia temporalmente hasta que su estado físico mejore, se le han facilitado todas las alternativas que tiene a su disposición dentro de la ciudad.</p> <p>Puesto que se la considera una persona autónoma y no tiene ningún tutor legal, en el caso de irse a una Residencia debe ser ella quien lo decida. Por ello, se le ha comunicado todas las alternativas que tiene en la localidad, tanto residencias como Centros de Día y si quiere ir a una residencia pública debe ponerse en contacto con su Trabajadora Social (CEAS Esgueva), quien se lo gestiona y si decide irse a un centro privado se le ha dado una guía sobre diversos centros de día y residencias que se encuentran en nuestra localidad. (Ver Anexo 5)</p>
<p>5. Necesita un andador para poder moverse “cómodamente” tras el postoperatorio.</p>	<p>Como al momento de cerrar esta investigación no sabe si se irá a una Residencia, se baraja la posibilidad de quedarse en su domicilio, pero teniendo algo que le ayude a moverse. Por ello, dentro del “Servicio de productos de apoyo” se dejan andadores por un periodo de 3 meses, prolongable hasta otros 3 meses. Se le gestionó este servicio. (Ver Anexo 6)</p>
<p>6. Necesita que alguien le acompañe al médico.</p>	<p>Se le ha asignado otro voluntario a mayores del que ya tenía para que le acompañe expresamente al médico siempre que lo necesite y así evitar que vaya ella sola o incluso que no vaya.</p>

Nota: Elaboración propia

Finalmente y teniendo en cuenta lo expuesto, se ha realizado un seguimiento semanal con visitas al domicilio (Ver Anexo 6).

8. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

Tabla 13

Mapa de empatía

OBSERVA	DICE -Cuando me voy a recuperar -Yo quiero estar bien	PIENSA - Piensa que no se va a recuperar -Piensa que la operación la va a dejar peor - Piensa que no puede seguir en esa situación	ESCUCHA
	HACE -Se esfuerza todo lo que puede por estar bien -Hace caso a las pautas que le ha dicho el médico	SIENTE - Se siente débil e incapaz - Siente tristeza por la muerte de su marido y soledad porque vive sola y no tiene a nadie que le ayude	
MIEDOS/FRUSTRACIONES/OBSTÁCULOS Tiene miedo de no recuperarse y de no ser la misma persona de antes, la cual podía hacerse sus comidas, limpiar su hogar, salir a comprar y a pasear por todo Valladolid sin ningún problema. Uno de los mayores obstáculos es su estado físico.		DESEOS/NECESIDADES/OBSTÁCULOS Desea recuperarse y empezar a ir a Cruz Roja a conocer a gente nueva con la que poder establecer relaciones y vínculos sociales. Tiene la necesidad de salir de su hogar, hacer vida normal y conocer gente.	

Nota: Elaboración propia

Este Mapa de Empatía se ha realizado a modo de resumen y con vistas a esclarecer un poco más las necesidades de Carmina, ya que esta herramienta permite conocer y entender en profundidad a la persona objeto del Estudio de caso.

Tras la puesta en marcha de una serie de actuaciones y/o buenas prácticas para mejorar su sentimiento de soledad (Ver Tabla 12), se concluye lo siguiente:

En la primera y segunda necesidad detectada, a pesar de su estado físico y de que había muchos días en que no se había podido levantar de la cama, sí que se ha llevado a cabo con bastante éxito,

ya que Carmina ha pasado de no recibir apenas visita a recibir dos visitas semanales con dos personas distintas y poder salir a la calle. Esto le ha ayudado mucho emocionalmente, ya que se mostraba siempre muy contenta y, de hecho, ella misma lo transmitía con sus palabras de agradecimiento.

En la tercera necesidad detectada, se ha observado que Carmina estaba contenta con el Servicio de silla de ruedas que se ha puesto a su disposición, ya que eso le ha permitido en innumerables ocasiones poder acudir al médico, porque ha habido algunas veces que no ha ido al médico porque no podía desplazarse andando de los dolores que tenía.

En la cuarta necesidad, Carmina siguió las pautas que se le dieron y contactó con la trabajadora social del CEAS Esgueva para hablar con ella sobre cómo gestionar su traslado a una Residencia de forma temporal tras la operación, en caso de que al final decidiera que sí quería ir.

En cuanto a la quinta necesidad, se le ha gestionado el servicio para que pueda optar a un andador y, en este caso, se ha puesto a su disposición el andador que ella ha elegido en función de sus propias necesidades para cuando ella necesite usarlo.

La sexta necesidad fue detectada justo antes de acabar la Intervención, por lo que, no se ha podido comprobar si ha tenido buenos resultados, pero se dejó el servicio gestionado y para su disposición cuando ella quiera.

Cuando se planteó esta investigación, lo que se quería investigar o de la hipótesis que se partía era la de cómo se podía trabajar la situación de soledad con esta persona, de manera que, sirviera como guía o ejemplo para abordarla en más personas mayores y/o para abrir nuevos campos de investigación a todos aquellos profesionales del ámbito de lo social que trabajen con esta problemática. Por ello y tal y como se muestra en los objetivos de la investigación, se creyó conveniente mostrar la experiencia subjetiva de una persona (mediante un Estudio de caso) e identificar los factores de riesgo, para poner en marcha los recursos de los que dispone la Comunidad para este colectivo. De tal forma que, al final, el resultado tras alcanzar estos objetivos haya sido la puesta en marcha de una serie de buenas prácticas que pueden servir como guía porque son generalizables y derivan de un caso representativo.

Para concluir, en los resultados obtenidos se mostró que Carmina presentaba una salud física, emocional y mental algo deterioradas, vivía sola, rodeada de barreras arquitectónicas y, además, ella manifestó no tener ningún vínculo social con nadie.

La literatura relevada señala que, quienes declaran niveles altos de soledad social son principalmente mujeres, de edad elevada, bajo nivel educativo y renta, con problemas de salud física y/o mental, deterioro cognitivo y sensorial y, consecuentemente, bajos niveles de calidad

de vida. A priori, todos estos factores coincidían con los que presentaba Carmina. Además, otra parte de la literatura relevada dice que, una de las circunstancias que en mayor medida aumentan la probabilidad de sentirse solo es la mala salud, pero ¿qué te sientas solo, significa que estás solo? O ¿es el estado de mala salud, el cual repercute en el estado emocional, que puede estar bastante deteriorado (en el caso de Carmina tras la muerte de su marido), lo que hace que percibas que estás solo?

Tras hacerle el seguimiento durante estos meses e implementar las buenas prácticas, los resultados señalan que Carmina, aunque se sienta sola y exprese verbalmente que no tiene vínculos sociales, la realidad muestra que sí que tiene un amplio abanico de personas que se preocupan por su bienestar. Por lo tanto, se descubrió que no es que ella no tuviera ningún vínculo social, sino que su mal estado de salud física le estaba perjudicando notablemente en la vida social que había estado llevando hasta el momento de su caída y todo esto le influía en su estado emocional, el cual hacía que ella se sintiera sola.

Por lo tanto, ante un problema como la soledad hay que tener siempre presente que este puede generar un impacto grave en el bienestar físico, psíquico, emocional y social de cualquier persona, pero, sobre todo, en las personas mayores y que resulta muy importante escuchar las necesidades de cada persona para poder hacer frente a la situación. Por lo tanto, lo que se pretende es que este Trabajo, en el que se han aportado soluciones y/o propuestas, como las buenas prácticas, a las que se les suma el Estudio de caso y el tratamiento individualizado, sirva como ejemplo para abrir nuevas líneas de investigación, con el fin de que no solo se saque a estas personas al mundo exterior, sino que se las conecte con ese mundo exterior para crear un entorno que les permita disfrutar de su vejez al máximo, ya que muchas personas mayores no conocen las herramientas, los recursos y los servicios que se les ofrece en sus localidades y los cuales pueden mejorar considerablemente sus condiciones y calidad de vida. Por tanto, escuchar, hablar y acompañar pueden y deben ser las palabras claves que encadenen las apuestas que contengan las herramientas que enfrenten a la tan temida soledad y todas sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álamo Vega, A., Ávila Álamo, M. A. y Góngora Ávila, C. (2021). Principales factores de riesgo en la tercera edad. Su prevención. *Didáctica y Educación*, 12(1), 147-157.
- Belchi, G., Martínez de Miguel, S. y Escarbajal, A. (2017). El educador social en la promoción y construcción de la ciudadanía activa en personas mayores. *RES Revista de Educación Social*, 24, 681-688. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/documentos/998.pdf>
- Bermejo, J. C. (2010). La Soledad en los mayores. <https://www.scribd.com/document/151986431/JC-Bermejo-La-Soledad-en-Los-Mayores>
- Briones Peralta, M. G., Escribano Sotos, F., Pardo García, I., Hernández Luengo, B., Valiente López, G., Morcillo Sanz, M. y Jiménez Bascañán, A. (2022). Efecto de un programa de intervención multidisciplinar sobre la soledad y el aislamiento en personas mayores institucionalizadas confinadas durante la pandemia por COVID-19 en España. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 36(1), 5-16.
- Calidad de vida y Envejecimiento en España, Suecia y Portugal. [QASP]. (2023). <https://qaspresearch.wixsite.com/blog/about>
- Caño Labarga, N., San Martín Cabañes, M., Angulo Hernando, S., Paniago Bartolomé, N., Ceballos Cornejo, M. y Toro Sánchez, J. (2020). Envejecimiento, Clasificación De Las Personas Mayores Y Principales Escalas De Valoración. *Revista OCRONOS*, 3(1), 22. <https://revistamedica.com/envejecimiento-clasificacion-personas-mayores-escalas-de-valoracion/>
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2016). Diario Oficial de la Unión Europea. <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=EN>
- Comisión Europea. (2010). *Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrado*. EUROPA 2020. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/478_Europa2020_100303.pdf
- Constitución Española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

- Dahlberg, L., Agahi, N. y Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Díaz Sanjuán, L. (2011). Textos de Apoyo didáctico. La observación. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Díaz Veiga, P., Yanguas, J., García, A., Galdona, N. y Sancho M. (2015). Programa de Personas Mayores “Vivir bien, sentirse mejor”. Obra Social “la Caixa”. https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/660546/vivir_como_yo_quiero_es.pdf/c973662c-193f-445e-b059-109a0f17427f
- Díaz-Bravo, L. P., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200750572013000300009&lng=es&tlng=es
- Galiana, P. (2021). Qué es y cómo hacer un mapa de empatía. La Escuela de Negocios de la Innovación y los Emprendedores [IEBS]. <https://www.iebschool.com/blog/que-es-mapa-empatia-agile-scrum/#:~:text=Un%20mapa%20de%20empat%C3%ADa%20o,est%C3%A1n%20relacionados%20con%20sus%20emociones>
- González, R., y Cardentey, J. (2015). El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba. *Revista habanera ciencias médicas*, 14(6), 887-889. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n6/rhcm18615.pdf>
- IMSERSO. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco, 1.ª ed.* Madrid: IMSERSO. https://imserso.es/documents/20123/102884/8088_8089libroblancoenv.pdf/358004b5-399a-236b-bf30-bb88e8946059
- Instituto Municipal de Servicios Sociales en Barcelona. (2023). Recursos y servicios para una vejez activa, autónoma y digna. https://ajuntament.barcelona.cat/serveissocials/es/noticia/recursos-y-servicios-para-una-vejez-activa-autonoma-y-digna_1265754
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2021). Encuesta continua de hogares. https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. (2010). Historia del Método de casos.

https://sitios.itesm.mx/va/dide2/tecnicas_didacticas/casos/historia.htm#:~:text=En%201870%20Christopher%20Columbus%20Langdell,el%20t%C3%A9rmino%20%22Case%20System%22.

Islas-Granillo, H., Borgues-Yañez, S., Navarrete-Hernández, J., Veras-Hernández, M., Casanova-Rosado, J., Minaya-Sánchez, M., Casanova-Rosado, A., Fernández-Barrera, M., y Medina-Solís, C. (2019). Indicadores de salud bucal en adultos mayores con y sin presencia de multimorbilidad: un estudio transversal. *Clin Interv Envejecimiento*, 14, 219-224. <https://doi.org/10.2147/CIA.S170470>

Laboratorios de Inteligencia Colectiva y Tecnología Sociosanitaria para combatir el aislamiento y la soledad de las personas mayores [MOAILabs]. (2021). *MOAILABS: Collective intelligence and socio health technology laboratories to combat isolation and loneliness in elderly people*. <https://www.moailabs.eu/el-proyecto/>

León Aguilera, D., Gómez Maldonado, E., Urrutia Quiroz, B. y Rojas G, N. (2021). Soledad en personas mayores: una propuesta de intervención a través del acompañamiento telefónico en Santiago de Chile. *Universidad de Costa Rica*, 13(13), 117-144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8371488>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 67, de 8 de abril de 2001. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2003/04/08/pdf/BOCYL-B-08042003.pdf>

Limón Mendizábal, M^a., De-Juanas Oliva, A. y Rodríguez-Bravo, A. E. (2021). Educación social de personas adultas y mayores: desafíos ante la covid-19. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 78, 129-149. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/384812/484483>

Llorente-Barroso, C., Pretel-Jiménez, M., Abad-Alcalá, L., Sánchez-Valle, M., y Viñarás-Abad, M. (2018). Administración electrónica y comercio electrónico como instrumentos para un envejecimiento activo. *Aula Abierta*, 47(1), 87-96. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.87-96>

- Lorenzo, N. (2022). La soledad en los mayores: causas y soluciones. El blog de AEGON. <https://blog.aegon.es/salud-mental/soledad-personas-mayores/#Como-afecta-la-soledad-a-la-salud-de-nuestros-mayores>
- Monroy Cornejo, S. H. (2009). El Estudio De Caso: ¿Método o Técnica de Investigación?. *Revista de la Asociación Mexicana de Metodología de la Ciencia y de la Investigación*, 1(1). [http://www.ammci.org.mx/revista/pdf/Seccion%20metodologia%20de%20la%20ciencia%20\(1a%20parte\)/EstudiodeCasoMonroy.pdf](http://www.ammci.org.mx/revista/pdf/Seccion%20metodologia%20de%20la%20ciencia%20(1a%20parte)/EstudiodeCasoMonroy.pdf)
- Montero López Lena, M. y Sánchez Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212404>
- Muchnik, E y Seidmann, S. (2004). Aislamiento y Soledad. Eudeba.
- Naciones Unidas [ONU]. (1991). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. United Nations For Ageing*. <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Ng, S., Tey, N. y Asadullah, M. (2017). What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PLoS ONE*, 12(2), 7-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171799>
- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledaES). (2022). ¿Qué es la soledad no deseada?. *SoledadES*. <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2017). Educación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible: objetivos de aprendizaje. UNESCO. https://web.unican.es/unidades/igualdad/SiteAssets/guiaderecursos/responsabilidad-social-universitaria/EdS_ODS.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Palomeque [Zahr_Bloom]. (2022, 1 de diciembre). *Los ancianos mueren solos de pena* [Tweet]. Twitter.

https://twitter.com/Zahr_Bloom/status/1598168600065429504?t=8X9KKf3GMNa8-hDowHmDig&s=08

Peplau, L. A. y Perlman, D. (Eds.) (1981). Soledad: un libro de consulta de la teoría, la investigación y la terapia actuales. Nueva York: Wiley-Interscience.
https://peplau.psych.ucla.edu/wpcontent/uploads/sites/141/2017/07/Peplauperlman_82.pdf

Pérez de Guzmán, M. V. (2019). Intervención socioeducativa en personas adultas y mayores. Editorial UNIVERSITAS, S. A.

Pérez Díaz J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz-Santacruz, S. J., Fernández Morales, I., Castillo Belmonte, A. B., De las Obras-Loscertales Sampérez, J. y Villuendas Hijosa, B. (2022). Un perfil de las personas mayores en España 2022. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 29.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249-252.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>

Real Academia Española. (2023, 26 de enero). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed.
<https://dle.rae.es>

Rovira Salvador, I. (2018). Estudio de caso: características, objetivos y metodología. *Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/estudio-de-caso>

Rubio Herrera, R. (2001). La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada.

Rueda Estrada, J. D. (2018). La soledad de las personas mayores en España. Una realidad invisible. *Fundación Caser*, 23, 43-64.
https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/2303_jd._rueda_estrada_def.pdf

Tormstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Sævareid, H.I. y Söderhamn, U. (2017). ¿Quién a menudo se siente solo? Un estudio transversal sobre la soledad y sus factores relacionados entre

personas mayores que viven en el hogar. *Revista Internacional de Enfermería Personas*, 12. <https://doi.org/10.1111/opn.12162>

Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M., Martínez-Lapiscina, E., Fitó, M., Pérez-Heras, A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., y Ros, E. (2015). Dieta mediterránea y deterioro cognitivo relacionado con la edad: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Medicina Interna*, 175(7), 1094–1103. doi:10.1001/jamainternmed.2015.1668

Yanguas, J., Dra. Pérez-Salanova, M., Dolores Puga, M. D., Tarazona, F., Losada Baltar, A., Márquez González, M., Pedroso Chaparro, M. D. S. y Pinazo, S. (2020). El reto de la soledad en las personas mayores. Fundación Bancaria “La Caixa”. <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/reto-soledad.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. Entrevista a Carmina

En primer lugar:

- Agradecer su colaboración.
- Contarle el porqué de la entrevista y el objetivo de la investigación.
- Comunicarle que puede mantenerse en el anonimato.
- Proceder con las preguntas.

1. *Me gustaría que me hablaras de tu vida.*

Bueno, pues mira he pasado mucho. Siempre he vivido en Valladolid desde los 5 años que me trajeron mis padres y luego ya me casé. Mis padres murieron aquí y mi marido también. He estado casada con mi marido muchos años. Ya no me acuerdo. Me casé a los 23 años. Tu cuanto más tarde te cases mejor que luego se pasa mucho. Si no te casas tampoco pasa nada. Cuando era pequeña he dado mucha guerra a mis padres. Tenía un hermano más mayor que murió. Yo he disfrutado mucho de mi matrimonio, hemos ido a comer mucho fuera, pero tiene sus pros y sus contras. Viene una chica por las mañanas y por las tardes a probarme el azúcar. Son majas, pero están muy poco tiempo conmigo.

2. *¿Cómo te has sentido estos 5 meses atrás desde la pérdida de tu marido?*

Pues mal, muy sola. Me siento muy sola, pero bueno, qué voy a hacer. La vida es así, hay que afrontarlo poco a poco. Yo pensé que iba a salir, pero no salió. A las doce y media o la una me llamaron para decirme que había fallecido.

3. *¿Qué actividades o cosas te gustaría hacer?*

Me gusta coser y bordar, pero ahora que estoy así no puedo hacerlo.

4. *¿Tienes algún amigo/a con el que mantengas contacto?*

No, no tengo contacto con ellos. Unos viven en Cigales y las amigas que tenía aquí en Valladolid, cuando murió mi marido, me dieron las espaldas, porque se portaron muy mal conmigo y con mi marido. Más con mi marido que conmigo, porque me lo hacen a mí y bueno.

5. *¿Cómo te ves en los próximos meses ahora que te hemos conocido?*

Pues yo quiero estar bien, como antes, que salía de casa y me recorría todo Valladolid. También, quiero ir a Cruz Roja a las cosas que tenéis.

ANEXO 2. Explicación de cada pregunta realizada en la entrevista

1. Me gustaría que me hablaras de tu vida

Se busca la presentación de la entrevistada, con miras a que cuente su vida y así conocerla más, ya que, aparte de eso, de ahí podemos sacar mucha información que nos ayude a vislumbrar cuáles han sido los aspectos que han contribuido a generar su situación actual.

1. ¿Cómo te has sentido en estos 5 meses atrás desde la pérdida de tu marido?

Con esta pregunta la entrevistadora busca dos cosas: acercarse más al aspecto de su vida que ha podido ser el gran causante de su situación actual (este posible aspecto fue la muerte de su marido, dato obtenido a través de la conversación informal) y ver el grado de soledad emocional que puede presentar, ya que la pregunta hace referencia a cómo se ha sentido.

2. ¿Qué actividades o cosas te gustaría hacer?

Esta pregunta busca adentrarse en sus aficiones y gustos, porque a través de ellos se pueden generar ideas para elaborar la intervención.

3. ¿Tienes algún amigo/a con el que mantengas contacto?

Esta cuestión está planteada con el objetivo de ver si esta persona presenta soledad social, de la cual se ha hablado anteriormente y se refiere a la falta, o no, de vínculos sociales y/o afectivos.

4. ¿Cómo te ves en los próximos meses ahora que nos hemos conocido?

El objetivo de esta pregunta es saber cuál es el grado de positividad con el que partimos en la situación actual, puesto que esta información nos dará las pistas para decidir qué acciones se podrán llevar a cabo.

ANEXO 3. Respuestas de la Escala ESTE I

	1 NUNCA	2 RARA VEZ	3 ALGUNAS VECES	4 A MENUDO	5 SIEMPRE
1. Me siento solo					X
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?			X		
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					X
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	X				
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama	X				
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	X				
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz	X				
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					X
9. Mi familia se preocupa por mi	X				
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					X
11. Realmente me preocupo por mi familia					X
12. Siento que pertenezco a mi familia					X
13. Me siento cercano a mi familia				X	
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	X				
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos					X
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					X

17. Me encuentro a gusto con la gente					X
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					X
19. Me siento aislado					X
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?				X	
21. Siento que mi familia es importante para mí					X
22. Me gusta la gente con la que salgo					X
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					X
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					X
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones		X			
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					X
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	X				
28. Siento que soy importante para la gente					X
29. Siento que no soy popular					X
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					X
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					X
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					X
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	X				
34. Tengo miedo a muchas cosas	X				

ANEXO 4. Paseos de Carmina



Nota: Elaboración propia

ANEXO 5. Guía de los Centros de Día y Residencias de la localidad de Valladolid



Nota: Elaboración propia

ANEXO 6. Andador prestado a Carmina



Nota: Elaboración propia

Anexo 7. Seguimiento

SEMANA	DÍA	INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
27/02/23 – 03/03/23	01/03/23	Hoy he conocido a Carmina. He estado una hora hablando con ella. Me cuenta que se siente muy sola tras la muerte de su marido y que físicamente ya no está como antes, debido a una caída y una rotura en las costillas. Quiere volver a estar bien y poder salir de casa con autonomía para empezar a acudir a los talleres que ofrece Cruz Roja para las personas mayores, donde podrá crear nuevos vínculos sociales.	Cuando mejore un poco su situación física hay que sacarle de casa, aunque sea a pasear.
06/03/23 – 10/03/23	08/03/23	Hoy le he presentado al voluntario de Cruz Roja, el cual se va a encargar de ir a verla todos los miércoles para empezar a animarla y conseguir que salga de casa. Además, le he comentado que yo también iré a verla todos los martes, lo cual le ha hecho mucha ilusión, ya que aparte de que está viendo que hay gente que se preocupa por ella, el hecho de saber que todas las semanas va a recibir visitas le anima mucho.	Ella tiene ganas de salir de casa, pero el físico y la mente no le están ayudando. Este último no le ayuda, porque, aunque ella manifiesta querer encontrarse bien y salir de casa, piensa que no se va a recuperar al encontrarse físicamente tan dolorida.
13/03/23 – 17/03/23	15/03/23	Hoy le he realizado una entrevista (Ver Anexo 1 y 2), donde me ha contado muchas cosas de ella y su vida y, además, yo también le he hablado de mí, para conocernos más. La he visto mejor aspecto y algo más animada que la semana pasada.	Mañana el voluntario va a intentar animarla a salir de casa y dar un paseo, después de 5 meses sin salir.

20/03/23 – 24/03/23	21/03/23	<p>La semana pasada el voluntario no consiguió salir a pasear con Carmina. Hoy se ha conseguido salir a pasear después de 5 meses sin salir de casa (Ver Anexo 4).</p> <p>Además, a raíz del análisis de la situación inicial y de la entrevista realizada, se ha llevado a cabo la realización de la Escala ESTE I (Ver Anexo 3), para ampliar aún más los resultados obtenidos de forma cualitativa.</p>	<p>Se han detectado tres necesidades: necesidad de aprender a leer y escribir, necesidad de salir a la calle y sentir que puede ir ella sola a los sitios y necesidad de establecer vínculos sociales. Para dar respuesta a estas necesidades se presentan unas propuestas de intervención en el punto 7.</p>
27/03/23 – 31/03/23	28/03/23	<p>Carmina se encuentra mal físicamente. Lleva días en la cama con muchos dolores. No se ha querido forzar la situación, por lo que nos hemos quedado en casa charlando y, sobre todo, escuchándola, porque esto es algo que, a ella, viviendo sola, le ayuda mucho.</p>	<p>No se la debe forzar. La semana pasada dimos un paseo de 20 minutos y la usuaria estuvo muy bien, pero el miércoles fue a dar un paseo con el voluntario y estuvieron 1 hora y media, lo cual ha desencadenado que ella se encuentre peor físicamente.</p>
03/04/23 – 07/04/23	04/04/23	<p>Con motivo de las vacaciones de Semana Santa no me encontraba en la ciudad para poder ir a visitarla, con lo cual la llame por teléfono para hablar un rato con ella y saber qué tal se seguía encontrando.</p> <p>Carmina me dijo que se iba encontrando mejor, ya tenía menos dolores y estaba comiendo bien para coger fuerzas. Además, me señaló que tenía muchas ganas de verme la</p>	<p>La he visto animada, sobre todo, por haberla llamado, porque al vivir sola no puede hablar con nadie y el hecho de que la llamase y me preocupara por ella la hizo mucha ilusión.</p> <p>El voluntario también la llamo días después.</p>

		semana que viene y salir a pasear conmigo.	
10/04/23 - 14/04/23	11/04/23	Tras la llamada en vacaciones, Carmina me dijo que se encontraba mucho mejor, pero el pasado domingo hizo un esfuerzo al hacer la cama y se volvió a hacer daño en la zona donde tiene las costillas rotas. Por lo que, no se ha podido salir a pasear, puesto que no se encontraba bien.	Estaba muy desanimada debido a los fuertes dolores. Dice que no puede seguir así. Mañana tiene cita con el médico y va a hablar sobre su situación con él. Le llamaré para que me cuente que tal ha ido. Además, hemos quedado en que el jueves la volveré a llamar para ver si se encuentra mejor y le apetece empezar a venir por la tarde a unas charlas que hay en Cruz Roja.
	12/03/23	Se ha llamado a Carmina por teléfono para ver que tal la cita que tenía hoy con el médico y saber qué valoración le ha dado este. El resultado ha sido que el médico le ha dicho que si quiere empezar a encontrarse físicamente mejor debe operarse. Carmina ha aceptado operarse y dentro de dos semanas tiene cita para ver cuando sucederá esto.	Al hablar con Carmina le he visto convencida de que tenía que operarse por su bien.
	13/03/23	Se ha llamado a Carmina para preguntarle si le apetecía acudir a la charla que se iba a impartir por la tarde en Cruz Roja y así salir un poco de casa, pero sigue físicamente mal y sin fuerzas y ha preferido quedarse en casa.	

17/04/23 – 21/03/23	18/04/23	<p>Carmina hace unas semanas manifestó querer irse a una residencia para recuperarse físicamente y poder volver a su domicilio. Ante su demanda, se le ha proporcionado una guía con residencias y centros de día que hay en la localidad (Ver Anexo 5), tanto públicas como privadas, aunque se considera que por su situación económica es mejor que vaya a una pública.</p> <p>La situación de Carmina está empeorando. Físicamente cada vez se encuentra peor, no puede salir apenas de la cama y eso no nos permite poder realizar las actividades con ella.</p> <p>Ante esta situación se ve que su estado emocional va empeorando también.</p>	Desde hace una semana que está devolviendo todos los días, apenas come y el médico va a verla todos los días por la mañana.
24/04/23 – 28/04/23	24/04/23	Hoy Carmina estaba mucho mejor que la semana pasada. Ya no vomitaba ni estaba mal del estómago. De hecho, hemos salido a dar un paseo después de tantas semanas sin poder salir y encontrándose tan mal.	Después de estas semanas en las que ha estado peor anímica y emocionalmente, el paseo le ha venido muy bien para subirle el ánimo. Le he visto muy contenta.
	25/04/23	Hoy se le ha llamado por teléfono para ver que tal han ido las citas médicas que tuvo tanto ayer como hoy. El médico le ha dado hasta el día 2 de mayo para que se piense si quiere operarse y Carmina hoy me ha comunicado un “si quiero” rotundo.	Se la ve convencida de querer operarse y, desde el punto de vista profesional, quizás es lo mejor opción, antes que quedarse en casa dolorida. Aunque sean operaciones complicadas, pueden tener muy buenos resultados a largo plazo.

	27/04/23	Se le ha llamado por la tarde para ver si quería venir a un concierto que daba en Cruz Roja el Coro Voces de Olid.	No ha querido venir porque estaba físicamente peor que estos días atrás.
01/05/23 – 05/05/23	02/05/23	Hoy Carmina ha tenido médico por la mañana para firmar los papeles y permisos para poder operarse. Finalmente, le han dicho que le operan la semana que viene. En cuanto a su estado.... Hoy estaba más dolorida que la semana pasada y emocionalmente más decaída.	La semana que viene le operan y está contenta, pero a la vez veo que está nerviosa y con miedo por como saldrá la operación.
08/05/23 – 12/05/23	08/05/23	Hoy Carmina ha terminado con el preoperatorio y estaba muy contenta, porque eso significa que ya la queda poco para poder operarse. Hemos ido a dar un paseo y a ver las instalaciones de Cruz Roja para que viera donde va a ir cuando se recupere de la operación y donde se le ha gestionado un servicio de productos de apoyo para que tras la operación pueda tener un andador a su disposición y así poder moverse “cómodamente”. (Ver Anexo 6)	Queda pendiente que me llamará el jueves, porque alomejor (si se encuentra bien) vendrá a Cruz Roja a la charla.
CESE DE LA INTERVENCIÓN POR OPERACIÓN			

Nota: Elaboración propia