



**TRABAJO FIN DE GRADO**  
**“PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y**  
**SOLEDAD NO DESEADA: UNA**  
**APROXIMACIÓN DESDE EL TRABAJO**  
**SOCIAL”**

**Autora:**

D<sup>a</sup> Saray González Mateo

**Tutora:**

D<sup>a</sup> Jezabel Lucas García

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2023-24

FECHA DE ENTREGA: 24 DE JUNIO DE 2024

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO</b> .....	11
2.1. Objetivo general: .....	11
2.2. Objetivos específicos: .....	11
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
3.1. Concepto de salud mental .....	12
3.2. La enfermedad mental .....	13
Definición .....	13
Clasificación .....	14
Características.....	15
Factores de riesgo y de protección .....	15
Habilidades sociales y enfermedad mental.....	16
Algunos datos .....	17
Estudios relevantes .....	18
3.3. Hitos normativos de atención y promoción de la Salud Mental .....	19
3.4. Concepto de soledad no deseada.....	21
Definición soledad.....	22
Clasificación .....	22
Concepto soledad no deseada .....	23
Consecuencias .....	23
Factores de riesgo y de protección .....	24
Estudios relevantes .....	24
3.5. El Trabajo Social y su intervención .....	25
Definición de Trabajo Social.....	25
Definición de intervención social .....	26
Funciones.....	26
Indicadores de soledad no deseada.....	30

Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social 2022-2025 de la Junta de Castilla y León.....	30
Estudios relevantes .....	31
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>33</b>
4.1.Diseño.....	33
4.2.Participantes .....	33
4.3.Recogida de datos e instrumentos .....	34
4.4.Análisis de resultados.....	35
4.5.Aspectos éticos.....	36
<b>5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
5.1.Análisis resultados entrevistas .....	37
1.Características de las personas con las que trabajan y calidad de vida .....	37
2.Habilidades sociales de las personas con problemas de salud mental.....	38
3.Definición soledad no deseada y relación con salud mental .....	39
4.Estrategias profesionales .....	41
5.2.Análisis resultados cuestionarios .....	42
1.Género y edad.....	42
2.Nivel educativo.....	42
3.Situación laboral .....	43
4.Vivienda.....	44
5.Gustos y aficiones.....	45
6.Percepción de las relaciones sociales .....	46
7.Opinión relación salud mental y soledad.....	48
<b>6. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>50</b>
Conclusión de los resultados de las entrevistas.....	50
Conclusión de los resultados de los cuestionarios .....	51
Utilidad de la investigación.....	51
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>
7.1.Referencias legislativas .....	56
<b>ANEXOS.....</b>	<b>58</b>

ANEXO 1. Hitos normativos sobre la soledad no deseada..... 58

ANEXO 2. Guion entrevista a profesionales ..... 59

ANEXO 3. Enlace a la encuesta realizada a personas con diagnóstico de salud mental  
severo ..... 60

ANEXO 4. Formulario consentimiento informado..... 61

## INDICES GRÁFICOS

- **Gráfico 1.** Nivel de estudios de los usuarios/as entrevistados/as. Valladolid 2024.
- **Gráfico 2.** Empleo de los usuarios/as entrevistados/as. Valladolid 2024.
- **Gráfico 3.** Vivienda de los usuarios/as entrevistados. Valladolid 2024.

## INDICES TABLAS

- **Tabla 1.** Percepción de las relaciones sociales de los usuarios/as entrevistados/as en diferentes situaciones. Valladolid 2024.

## RESUMEN

En esta investigación se profundiza en la relación entre salud mental, enfermedad mental y soledad no deseada. Para ello, se examina la prevalencia de estos problemas, identifica factores de riesgo y protección, explorando las necesidades y experiencias de las personas afectadas, y además se proponen intervenciones efectivas desde la perspectiva del Trabajo Social. El objetivo principal de este TFG es estudiar la relación entre la soledad no deseada y los problemas de salud mental desde la perspectiva del Trabajo Social. Para ello, se exploraron opiniones de los profesionales de la salud mental sobre la soledad no deseada, la visión de futuro y las limitaciones, utilizando entrevistas abiertas semiestructuradas y encuestas a personas con diagnóstico de salud mental. La investigación cualitativa incluyó entrevistas con profesionales del Trabajo Social, mientras que la muestra cuantitativa consistió en encuestas anónimas a 31 personas con diagnósticos de salud mental severa, recopilando datos sobre su percepción de la soledad y la salud mental. Por último, las entrevistas con profesionales de la salud mental resaltaron la importancia del apoyo social y las estrategias colaborativas para abordar la soledad en personas con problemas de salud mental, mientras que los resultados de los cuestionarios subrayaron las dificultades educativas y laborales, resaltando la necesidad de una red de apoyo integral para mejorar su bienestar emocional.

**PALABRAS CLAVE:** Salud mental, enfermedad mental, soledad no deseada, habilidades sociales, estigma

## **ABSTRACT**

This research explores the relationship between mental health, mental illness and unwanted loneliness. It examines the prevalence of these problems, identifies risk and protective factors, explores the needs and experiences of those affected, and proposes effective interventions from a social work perspective. The main objective of this dissertation is to study the relationship between unwanted loneliness and mental health problems from a social work perspective. To this end, mental health professionals' views on unwanted loneliness, future vision and limitations were explored using semi-structured open-ended interviews and surveys of people with mental health diagnoses. The qualitative research included interviews with social work professionals, while the quantitative sample consisted of anonymous surveys of 31 people with severe mental health diagnoses, collecting data on their perceptions of loneliness and mental health. Finally, the interviews with mental health professionals highlighted the importance of social support and collaborative strategies to address loneliness in people with mental health problems, while the results of the questionnaires underlined educational and employment difficulties, highlighting the need for a comprehensive support network to improve their emotional well-being.

**KEYWORDS:** Mental health, mental illness, unwanted loneliness, social skills, stigma



## 1. INTRODUCCIÓN

El tema escogido para la realización de esta investigación es un fenómeno de interés para numerosos autores/as e investigadores/as debido a la problemática que surge en la sociedad actual. Además de haber realizado las prácticas en una institución que atiende a personas con problemas de salud mental, he detectado que es un tema que apenas se ha desarrollado a lo largo de la carrera. Es por ello, que mi Trabajo de Fin de Grado lo he dedicado a la salud mental y a la soledad no deseada.

He decidido estudiar la relación de las personas con problemas de salud mental y la soledad no deseada porque, además de tener que gestionar con los síntomas de sus enfermedades, son personas que se enfrentan al estigma social causado por la falta de conocimiento sobre estas enfermedades. Esto provoca así una gran discriminación social de las personas con enfermedad mental, una autoestima baja de las personas que la padecen y escaso desarrollo de las habilidades sociales.

Actualmente, España está sufriendo un fuerte incremento de los problemas de salud mental, se prevé en un futuro que se agudice cada vez más. El hecho de que haya un aumento en el número de personas con problemas de salud mental puede contribuir a que más personas experimenten soledad no deseada, pero esta no es una consecuencia inevitable. Con el apoyo adecuado, el acceso a servicios de salud mental y la concienciación social, es posible reducir el riesgo de aislamiento y fomentar una mejor integración social para quienes tienen enfermedades mentales (Consejo General de la Psicología de España, 2023). Es cierto, que se da mayor visibilidad a la ansiedad, el estrés y la depresión, pero enfermedades como la esquizofrenia paranoide, la bipolaridad y el trastorno límite de la personalidad siguen siendo tabúes. Como futura profesional del Trabajo Social pienso que hay que afrontar este problema desde todas las posibles perspectivas. Desde esta profesión se pueden ofrecer diferentes programas sociales que empoderen a la persona, incentiven el ocio saludable e impulsen unos hábitos de vida saludables con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Por otro lado, se debe hacer una labor de sensibilización social en la sociedad para intentar disminuir el estigma social. Es muy importante estudiar esta problemática desde nuestro ámbito puesto que este colectivo tiene los porcentajes más altos de sufrir soledad no deseada, por lo que se necesita un mayor apoyo desde los servicios sociales. (Hernández Martín, 2013)

El trabajo se estructura en dos grandes bloques. Antes de ellos, se presentan los objetivos del estudio (general y específicos) y la metodología utilizada, especificando los participantes, el método empleado, etc.

En primer lugar, se presenta el marco teórico de la investigación. Aquí se describen los problemas de salud mental, sus diferentes tipos y prevalencia, a partir de una revisión de la literatura y estudios previos. Además, se incluye una revisión del marco legislativo existente y la normativa legal relevante para comprender el estudio y la situación investigada. También se aborda el concepto de soledad no deseada y su relación con la enfermedad mental, así como una aproximación conceptual a la figura de los trabajadores sociales en Castilla y León.

En segundo lugar, se presenta el bloque que integra los resultados obtenidos en la investigación. Se han realizado entrevistas individuales a profesionales del Trabajo Social, cuyas opiniones y perspectivas se reflejan en el apartado de resultados. Además, se han aplicado cuestionarios a personas con enfermedad mental para conocer su percepción de la soledad.

Finalmente, tras la revisión de la bibliografía y el análisis de los resultados de la investigación, se incluye un apartado con las principales conclusiones del estudio y la relevancia de este para la profesión de Trabajo Social.

Considero que las competencias que se desarrollan mayoritariamente de la Guía Docente son la C.E.9. *Analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo cotidiano como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales* porque se ha desarrollado un análisis de la intervención que se realiza en el colectivo de salud mental y soledad no deseada. También, tiene relación con la competencia C.E.15. *Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual de las mejores prácticas del Trabajo Social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo* porque se ha realizado una revisión bibliográfica y análisis de los conocimientos sobre dichos conceptos.

La pregunta de investigación que este TFG trata de dar respuesta es la siguiente: ¿influye tener problemas de salud mental a la hora de sufrir soledad no deseada?

## **2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO**

### **2.1. Objetivo general:**

El objetivo principal que persigue este TFG es el siguiente: estudiar la relación existente entre la soledad no deseada y los problemas de salud mental. Todo ello desde la perspectiva del Trabajo Social.

### **2.2. Objetivos específicos:**

Se distinguen 5 objetivos específicos:

1. Revisar conceptualmente el término salud mental.
2. Identificar los diferentes tipos de enfermedades mentales.
3. Conocer los hitos normativos más significantes sobre salud mental.
4. Analizar el concepto de la soledad no deseada.
5. Estudiar la intervención social que se realiza en estos procesos.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Durante la última década, la atención a la salud mental ha aumentado significativamente. Anteriormente, se creía que este problema solo afectaba a quienes padecían enfermedades mentales, lo que generaba discriminación hacia este grupo. Sin embargo, a medida que las enfermedades mentales se vuelven más comunes, no solo impactan a quienes las padecen, sino también a sus familias y a la sociedad en general. (Montero et al., 2006).

Por lo tanto, la salud mental se ha convertido en una prioridad esencial, y se están implementando medidas para asegurar el bienestar integral de toda la población. (Florit, 2006).

El "estigma" representa una carga negativa que la sociedad impone sobre las personas, llegando al punto en que estas se identifican con ella. Esta identificación limita su capacidad de recuperación, su acceso al tratamiento, su participación en la vida social e incluso afecta su autoestima. Por lo que afectan a la vida cotidiana de estas personas, conduciendo a la discriminación social, laboral, vivienda... (López et al., 2008).

#### **3.1. Concepto de salud mental**

Según la OMS (2022), la salud mental implica un estado de equilibrio psicológico que capacita a las personas para afrontar los desafíos de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar eficazmente, y contribuir al progreso de su entorno. Es un pilar crucial de la salud general que respalda nuestra capacidad individual y colectiva para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma a nuestro entorno. Los problemas de salud mental abarcan trastornos mentales, discapacidades psicosociales y otros estados emocionales que conllevan un alto grado de malestar, disfunción o riesgo de autolesión. Aquellos que los sufren pueden experimentar niveles reducidos de bienestar, aunque esta no es siempre así.

La OMS (2022) también señala que, a lo largo de la vida, diversos determinantes individuales, sociales y estructurales pueden proteger o perjudicar la salud mental y afectar su estado. Los factores psicológicos y biológicos, como la capacidad emocional, el abuso de sustancias y la genética, pueden predisponer a una persona a sufrir enfermedades mentales. Además, la exposición a condiciones adversas sociales, económicas, geopolíticas y ambientales, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación ambiental, también incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades

mentales. Estos riesgos pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida, pero son especialmente dañinos durante los periodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia.

La salud mental es un proceso continuo de construcción y reconstrucción personal. Se refiere a cómo una persona logra equilibrar las exigencias de la vida y enfrentar los desafíos, conflictos, emociones y metas que surgen en su camino. Está estrechamente ligada a la vida cotidiana y a la manera en que interactuamos con los demás. En resumen, la salud mental implica alcanzar un estado relativo de equilibrio e integración de los diversos aspectos que conforman nuestra identidad. (Acosta de Pérez, 2004).

### **3.2. La enfermedad mental**

#### **Definición**

Es fundamental comprender y conocer el concepto de enfermedad mental, es por ello, que a continuación se exponen diferentes definiciones entre ellas las de Luis Caballero (2007), la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la de National Library of Medicine.

Caballero (2007) explica la diferencia entre enfermedad mental y trastorno mental afirmando que:

Enfermedad suele reservarse para aquellos procesos patológicos en los que la pérdida de salud tiene una causa orgánica conocida y trastorno es más amplio y se usa cuando hay una alteración genérica de la salud sea o no consecuencia de una alteración. (p. 5389)

Según la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría el concepto de trastorno mental es:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Medrano, 2014: 20)

Sin embargo, considero que la definición más completa es la expuesta por la National Library of Medicine ya que nos explica qué afecta, duración y dificultades. Por

lo que, la enfermedad mental son afecciones que afectan los pensamientos, las emociones, el estado de ánimo y el comportamiento. Puede ocurrir ocasionalmente o durante un largo periodo de tiempo, denominado como crónico. Esto puede afectar a su capacidad para interactuar con otras personas y funcionar diariamente.

Es muy importante diferenciar entre un problema de salud mental y un problema cotidiano, por ello, la distinción fundamental reside en diferentes factores como la duración de estos, la severidad, la persistencia y la naturaleza de los síntomas. Como, por ejemplo, los problemas cotidianos pueden generar estrés y obstáculos temporales en aspectos específicos de la vida, como el trabajo o las relaciones personales. Sin embargo, rara vez tienen un impacto significativo en todas las áreas de la vida de una persona. Por otro lado, los trastornos mentales pueden perturbar notablemente el funcionamiento diario en múltiples aspectos de la vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el autocuidado y la capacidad para realizar actividades diarias básicas. (Pérez Olivia, 2014).

### **Clasificación**

Resulta esencial comprender la clasificación de los diferentes trastornos mentales. La tipología se refiere a la clasificación sistemática de estos trastornos en diferentes categorías, lo cual permite una mejor comprensión y análisis de sus características, causas y tratamientos.

En el campo de la psicología y de la psiquiatría la clasificación más utilizada es la expuesta según la DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (2013), una clasificación de los trastornos mentales por categorías creada por la Asociación Psiquiátrica Americana formada por más de 500 profesionales propone la siguiente clasificación:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.

11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
14. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
15. Trastornos neurocognitivos.
16. Trastornos parafilicos.

### **Características**

Algunas de las características de las personas que padecen algún tipo de trastorno son los cambios en la alimentación y en los horarios de sueño, la incapacidad para afrontar los problemas o las actividades de la vida diaria, la sensación de desconexión o retiro de las actividades normales, los pensamientos inusuales o "mágicos", la ansiedad excesiva, sentimientos de tristeza, depresión o apatía prolongadas, pensamientos o declaraciones sobre suicidio o daño a otros, abuso de sustancias, los cambios extremos de humor, la ira excesiva u hostilidad (Mayo Clinic, 2021)

Estas personas se sienten incomprendidas por su entorno, sienten ansiedad, angustia, frustración, incapacidad para conseguir sus metas, sufrimiento y malestar... todo esto conlleva a una pérdida de rutina, una pérdida de realizar las actividades básicas de la vida diaria... (Confederación Salud Mental España, 2012).

Tienen dificultades a la hora de la integración laboral, social, tienen dificultad a la hora de mantener relaciones interpersonales, en mantener la atención, dificultad para desenvolverse en las actividades cotidianas. (Díaz & Chacón, 2006)

### **Factores de riesgo y de protección**

Existen diferentes factores que influyen a la hora de padecer un trastorno mental (Líceá et al., 2019, citado en Insuasti López & Castillo Rivera, 2023).

- Situaciones traumáticas.
- Falta de redes de apoyo.
- Hábitos de vida: como por ejemplo el insomnio, el sedentarismo...
- Biología y química cerebral.
- Historia familiar previa.
- Contexto socioeconómico: como por ejemplo la precariedad, poseer muchos recursos económicos...
- Consumo de sustancias.

- Genética.

Por otro lado, también existen factores de protección. Algunos son: (Cornejo Briceño, 2023)

- Capacidad de autocuidado.
- Desarrollar bienestar físico, emocional y psicológico.
- Relaciones afectuosas y saludables. Contar con red social de apoyo.
- Crear y mantener relaciones personales y sociales satisfactorias.
- Aprender a identificar, aceptar y gestionar emociones y dificultades.
- Acceso a recursos de apoyo.

### **Habilidades sociales y enfermedad mental**

Como he mencionado anteriormente, las personas con problemas de salud mental tienen problemas a la hora de interactuar con otras personas. Es decir, en el desarrollo de las habilidades sociales. Por lo que, ¿qué son las habilidades sociales? Este concepto tiene numerosas definiciones de diferentes autores, pero quizá la más completas es la siguiente porque es específica sobre la comunicación tanto verbal como no verbal, sobre la reciprocidad y sobre la influencia del medio:

- Las habilidades sociales se adquieren principalmente a través del aprendizaje, incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos. También suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas que acrecientan el reforzamiento social. Las habilidades sociales son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada, además están influenciadas por las características del medio. (Michelson et al. 1987, p.18)

Las habilidades sociales son una herramienta fundamental para reducir la probabilidad de que aparezcan futuros problemas, ya que nos ayudan a expresar actitudes, deseos, sentimientos... de manera adecuada y también nos ayuda en la resolución de conflictos. Es por ello, que es necesario que todos los individuos de la población cuenten con esas aptitudes, cualidades y capacidades. Las habilidades sociales nos ayudan a las personas a afrontar problemas de aislamiento, inhibición e interacción social que reducen la calidad de vida y conducen a la soledad.

Como mencioné en párrafos anteriores, las personas con malestar psíquico a menudo carecen de la capacidad para comunicar claramente sus sentimientos y deseos. Esto las hace más propensas a experimentar angustia física y emocional, lo que agrava sus



síntomas y disminuye su capacidad para desenvolverse socialmente (Lieberman y Eckman, 1989, citado en Rodríguez González, 1997).

### **Algunos datos**

Para entender mejor la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población estudiada, es crucial analizar cifras y estadísticas relevantes. A continuación, se presentan datos obtenidos de diversas fuentes que ofrecen una perspectiva cuantitativa a nuestro estudio.

Según la OMS, el 9% de la población sufre algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo padecerá en algún momento de su vida.

Actualmente, según datos del INE, el 10.8% de la población española presenta alguna enfermedad mental (7.2% de los hombres y 14.2% de las mujeres). En Castilla y León, el 1.27% de la población tiene alguna enfermedad mental (1.03% de los hombres y 1.51% de las mujeres). También, a través del INE (2021), observamos que sorprendentemente Castilla y León es la Comunidad Autónoma que tiene una de las cifras más altas en cuanto a prevalencia de algún cuadro depresivo, con un 10%. Es cierto, que se registra una menor incidencia que en 2014 (un 2% menos), el gran porcentaje que hubo en el año 2014 se debería a la gran crisis económica que hubo en España entre los años 2008-2014.

Según las estadísticas 1 de cada 4 personas tendrán algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida. Por lo general, el 50% de estos problemas comienzan antes de los 14 años y el 75% antes de los 18 (Confederación Salud Mental España, s.f.).

Aproximadamente 450 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de enfermedad mental que les dificulta desarrollar su vida con normalidad, de los cuales entre el 35% y el 50% reciben un inadecuado tratamiento o ninguno (Confederación Salud Mental España, s.f.).

A raíz de la pandemia del COVID-19 y todos los cambios que esta conllevó hizo que los problemas de salud mental aumentasen. Por ejemplo, aumentó un 2.8% la sensación de estar deprimido y en un 2% los problemas para dormir (INE, 2021)

Es cierto, que no afectó a todas las edades por igual, siendo el grupo mayor afectado entre los 15-44 (INE, 2021). Posiblemente se vio más afectado debido a que es una edad en la que existe una mayor interacción social, se inicia la vida laboral, se dan oportunidades de desarrollo personal y sobre todo profesional. Al verse paralizados por todo la pandemia y la incertidumbre de qué pasará con ellos afectó notablemente a este colectivo.

## Estudios relevantes

Para sustentar nuestro análisis de los trastornos mentales en la sociedad, es importante revisar estudios previos que han abordado este tema desde diferentes perspectivas.

Por un lado, en 2010 Carlos Salavera (diplomado en Trabajo Social), Margalida Gost (diplomada en Trabajo Social) y Jose Luis Antoñanzas (licenciado en psicología) realizaron un estudio a dos grupos para evaluar las habilidades sociales:

1. El primer grupo está formado por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
2. El segundo grupo está formado por personas sin patología mental.

Para ello se ha usado el sistema de evaluación conductual de la habilidad social, donde los componentes de dicha escala son los componentes no verbales (mirada, postura...), los componentes verbales (entonación, velocidad...) y el contenido verbal (humor, respuestas, iniciativa...).

Las conclusiones de dicho estudio fueron que existe un marcado deterioro en las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia, lo que sin duda afecta su capacidad para enfrentar la vida cotidiana. Esta deficiencia en las habilidades sociales es un indicador del deterioro causado por la enfermedad, incluso desde los primeros episodios. Los componentes clave de las habilidades sociales se ven afectados, especialmente aquellos más visibles en la interacción social, como la expresión facial y la comunicación no verbal. Este deterioro tiene un impacto significativo en la vida diaria de estas personas y contribuye al estigma social que enfrentan. Es crucial trabajar en el desarrollo de habilidades sociales para aumentar la autonomía de las personas con esquizofrenia y facilitar su integración en la sociedad, que lamentablemente las ha excluido en muchos casos (Salavera Bordás et al., 2010).

Por otro lado, según los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) del 2020, la ansiedad y la depresión emergen como problemas de salud mental prominentes. El 5,84% de los mayores de 15 años revelaron haber sido diagnosticados con ansiedad crónica, siendo más prevalente en mujeres (8,06%) que en hombres (3,50%). Respecto a la depresión, el diagnóstico afectó al 5,28% de la población, con una incidencia más del doble en mujeres (7,22%) en comparación con hombres (3,23%).

En cuanto al uso de medicación, el 10,86 % de los encuestados admitieron haber consumido tranquilizantes, relajantes o inductores del sueño en las últimas dos semanas, siendo más frecuente entre mujeres (14,19%) que hombres (7,35%). Además, el 4,52%

recurrió a antidepresivos o estimulantes, con una tasa más alta en mujeres (6,33%) que en hombres (2,6%) (Ministerio de Sanidad, 2021).

Estos datos reflejan cómo la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y el sentimiento de soledad no deseada pueden contribuir significativamente a problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión. Asimismo, el uso de medicación, como tranquilizantes y antidepresivos, es más común entre las mujeres, lo que puede estar relacionado con una mayor prevalencia de estos trastornos en ellas. Es esencial reconocer la importancia de los vínculos sociales y abordar la soledad no deseada para mejorar la salud mental de la población.

### 3.3. Hitos normativos de atención y promoción de la Salud Mental

Existe numerosa normativa sobre el colectivo de personas con enfermedad mental tanto a nivel internacional como estatal y autonómico. Se mencionará a continuación los hitos más significativos:



- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) resalta la necesidad de una atención integral que incluya tanto la salud física como la mental, con el fin de garantizar una vida plena y digna para todas las personas.
- La Constitución Española de 1978 reconoce la salud mental como un elemento fundamental del bienestar general y establece el marco legal para su protección y promoción dentro del ámbito nacional.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, subraya la relevancia de tratar la salud mental de manera integral dentro del sistema sanitario, garantizando que todos los ciudadanos puedan acceder a los servicios necesarios para su bienestar psicológico y emocional.
- El Decreto 83/1989, de 18 de mayo, que regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en la comunidad de Castilla y León, enfatiza la importancia de abordar la salud mental de manera sistemática y específica, asegurando que los residentes de Castilla y León reciban el apoyo necesario para su bienestar.

- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad, reconoce la importancia de tratar la salud mental de las personas con discapacidad como parte esencial de su bienestar y de su plena participación en la sociedad, asegurando su derecho a una vida digna y en igualdad de condiciones con los demás.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, fomenta la atención integral de las personas en situación de dependencia, abarcando tanto sus necesidades de salud física como mental y emocional. Esto se refleja en la implementación de programas y servicios que promueven la inclusión social, la participación comunitaria y el desarrollo personal.
- La Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, subraya la importancia de evaluar adecuadamente las necesidades de salud mental de las personas en situación de dependencia y de proporcionar los recursos y servicios necesarios para atenderlas. Esto incluye el acceso a servicios de salud mental especializados, así como la provisión de tratamientos y apoyos adecuados.
- La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en 2008, resalta la importancia de asegurar que las personas con discapacidad mental tengan acceso a servicios de salud mental adecuados y de calidad, así como a apoyos y recursos que promuevan su inclusión social y su participación activa en la comunidad. Además, la convención subraya la necesidad de combatir el estigma y la discriminación asociados con la discapacidad mental.
- La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, proporciona un marco legal para la organización y prestación de servicios sociales, reconociendo la atención integral a la salud mental como un aspecto esencial de la protección y promoción del bienestar de los ciudadanos.

- El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, que aprueba el texto refundido de la ley General de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, es esencial para entender la relevancia de la salud mental en el contexto de la discapacidad y la inclusión social.
- El Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, que aprueba el catálogo de servicios sociales de Castilla y León, resalta la relevancia de incluir el abordaje de la salud mental dentro del ámbito de los servicios sociales en esta región, garantizando de este modo el acceso a una atención integral y de calidad para todas las personas que lo requieran en la región.
- La Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, que regula las prestaciones del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, resalta la importancia de asegurar que las personas en situación de dependencia que necesiten apoyo psicológico o emocional accedan a los servicios y recursos necesarios para cubrir sus necesidades de salud mental.
- La Ley 6/2023, de 22 de marzo, sobre personas con problemas de salud mental y sus familias, destaca la importancia de abordar los problemas de salud mental desde una perspectiva integral y centrada en la persona. Esto garantiza el respeto de sus derechos, su autonomía y su bienestar general, así como el apoyo a sus familias.

### **3.4. Concepto de soledad no deseada**

Como ya mencioné anteriormente, es necesario estudiar la relación existente entre enfermedad mental, habilidades sociales y soledad no deseada. Ya que realmente no se estudia apenas a lo largo de la carrera y los estudios existentes principalmente se basan en personas mayores o estudiantes. Es por ello, que estudiar este fenómeno nos puede llevar a mejorar las estrategias de afrontamiento a dicha problemática para realizar intervenciones más efectivas además de ayudarnos a prevenir la soledad y reducir el estigma social.

## **Definición soledad**

Para continuar profundizando en el contexto de esta investigación, resulta imprescindible establecer definiciones precisas de los conceptos que serán objeto de análisis. Por tanto, en este sentido:

Weiss (1974) explica que, la soledad es la falta o percepción de carencia de relaciones sociales satisfactorias, una experiencia que conlleva una aguda autoconciencia que rompe la red de relaciones del mundo interior del individuo. Además, diferenció entre soledad emocional (ausencia de apego emocional) y soledad social (falta de compañía y al sentimiento de estar aislado debido a la carencia de interacciones sociales importantes).

No deben confundirse los conceptos de soledad (sentimiento subjetivo) y concepto de aislamiento social (sentimiento objetivo) ya que el aislamiento social es la ausencia de contacto social mientras que la soledad es independiente del número de relaciones sociales, es decir, depende de no tener la suficiente cantidad de relaciones sociales o la calidad de estas no sean como se espera. (Arruebarrena y Cabaco, 2020).

## **Clasificación**

Es importante examinar la tipología. En este sentido, el Instituto Europeo de Psicología Positiva (2023) diferencia cinco tipos de soledad:

1. Soledad existencial: sensación de vacío, de falta de significado o de propósito en la vida. Va más allá de la ausencia física de compañía.
2. Soledad emocional: aislamiento y desconexión emocional a pesar de estar rodeado/a de personas.
3. Soledad positiva: experiencia voluntaria en el que la persona elige pasar tiempo a solas para reflexionar, conectar consigo mismo...
4. Soledad transitoria: experiencia temporal de estar solo. Puede deberse a situaciones como la pérdida de un ser querido, un cambio de lugar de residencia... Es decir, es una fase pasajera que disminuye a raíz que se construyen nuevas conexiones sociales y se adapta a las nuevas circunstancias.
5. Soledad crónica: aislamiento social y emocional de manera prolongada. Afecta a la salud mental y física, además de necesitar intervención para ser abordada de manera efectiva.

Resulta significativo observar que, en muchas de las clasificaciones estudiadas no se incluye la soledad no deseada, circunstancia que nos lleva a intuir la importancia que está adquiriendo este fenómeno en los últimos tiempos, fundamentalmente dentro de las ciencias sociales.

### **Concepto soledad no deseada**

La soledad no deseada la podemos definir como:

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. (Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada, s.f.)

Esta forma de soledad se diferencia de aquella en la que buscamos momentos de intimidad personal, reflexión o disfrute en solitario que nos brindan bienestar y tranquilidad. En esos casos, podemos elegir la duración de la soledad y decidir volver a estar en compañía cuando lo deseemos. Por el contrario, la soledad no deseada puede sentirse como una imposición, generando malestar y afectando nuestra salud mental. Es importante reconocer esta distinción para poder abordar adecuadamente sus causas y consecuencias.

### **Consecuencias**

Las consecuencias de este tipo de soledad son realmente graves. Aquellos que experimentan el aislamiento y la falta de interacción social corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión, ansiedad, desconexión emocional y problemas de salud mental y física. Además, la soledad puede tener un impacto adverso en la memoria y las funciones cognitivas de las personas. Las personas que se encuentran en un estado de aislamiento tienden a descuidar su bienestar físico, lo que puede resultar en un deterioro significativo de la salud y una mayor dependencia física, dificultando aún más su capacidad para salir de casa. La soledad y la falta de movilidad también pueden llevar a un menor deseo de interactuar con otras personas, disminuyendo la cantidad de conversaciones y reduciendo la necesidad de reflexionar y expresarse (Centro Rodero clínica de neurociencias, 2023).

## **Factores de riesgo y de protección**

Por un lado, los factores de riesgo de la soledad según Pinazo-Hernandis (2023) son los siguientes:

- La edad debido al envejecimiento (mayor dependencia, problemas de movilidad...).
- El género, ya que se encuentra una mayor prevalencia de soledad en las mujeres.
- La discapacidad.
- Bajo nivel educativo y socioeconómico, además de un uso inferior de las TICS.

Por otro lado, encontramos los factores de protección más importantes para prevenir la soledad según Pinazo-Hernandis (2023) son:

- Contar con apoyo social y una amplia red de redes sociales.
- La participación social.
- La inclusión social.
- Tener recursos personales para adaptarse a las situaciones (flexibilidad al cambio, regulación emocional...)

## **Estudios relevantes**

Es crucial examinar trabajos previos que aborden este tema para observar diferentes resultados. A continuación, se exponen algunos estudios de referencia:

### *1. Estudio CIBERSAM año 2022*

En primer lugar, en el CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) González Peñas y Andreu Bernabé (2022), investigadores del CIBERSAM realizaron una investigación en la que contaron con 3.488 personas (1.927 con diagnóstico de esquizofrenia y 1.561 sin diagnóstico de salud mental), a través de esta querían demostrar la relación que existe entre la base genética, la soledad y el aislamiento social de pacientes con diagnóstico de esquizofrénica. Para ello han estudiado la falta de relaciones sociales y el sentimiento de soledad independientemente de las relaciones sociales. Como resultado de dicha investigación se ha obtenido que las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia tienen un mayor riesgo de sufrir soledad/aislamiento social que los hombres con esquizofrenia. Además de ser más frecuente en las mujeres con dicho diagnóstico que en los hombres con el mismo.



## 2. Estudio Barcelona año 2000

En segundo lugar, en el año 2000, un grupo de 8 trabajadores/as sociales y una psicóloga realizaron un estudio en Barcelona incluyendo una muestra de 67 personas diagnosticadas con esquizofrenia, con una edad promedio de 40 años y una mayoría de hombres (67,2%). La mayoría eran solteros, con bajo nivel educativo y alta incapacidad laboral, viviendo con sus padres o familiares y recibiendo atención comunitaria en salud mental. Todos ellos tenían tratamiento en diferentes centros de salud mental. Se realizó con el propósito de conocer cómo las características y las consecuencias de la enfermedad se reflejaban en las redes sociales que conformaban el entorno de estas personas.

Como conclusión se observó una alta prevalencia de necesidades, aunque algunos percibían su calidad de vida como "normal". Un tercio mostraba déficits importantes en habilidades sociales, afectando su funcionamiento social y laboral, especialmente en el ámbito familiar y autocuidado. El tamaño promedio de la red social fue de 7,45 personas, principalmente familiares, con contacto mínimo con la comunidad y relaciones mayormente cara a cara y diarias. Se identificó una asociación entre la gravedad de los síntomas y el tamaño de la red, destacando la importancia de programas para controlar los síntomas y preservar las redes sociales. Además, una baja densidad de red se asoció con discapacidad en el funcionamiento familiar, resaltando la necesidad de apoyo y capacitación familiar para fortalecer las redes de apoyo. (Martínez et al. 2000)

Como hemos visto existe normativa que defiende los derechos de las personas con problemas de salud mental. Pues en el caso de la soledad no deseada, también podemos observar que existe normativa para poder afrontarla, ver en el anexo 1.

## 3.5. El Trabajo Social y su intervención

### Definición de Trabajo Social

Para adentrarnos en este contenido debemos conocer el concepto de la profesión del Trabajo Social. En esta ocasión, se conocerá el concepto a través de la definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS).

“La profesión del Trabajo Social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de

los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social” (FITS, 2000)

### **Definición de intervención social**

Para entender el concepto de intervención social, resulta apropiado considerar la definición proporcionada por Ander-Egg, el cual define la intervención social como un método organizado y coherente dirigido principalmente hacia la mejora o transformación de situaciones problemáticas sociales, ya sean individuales, institucionales o colectivas. Es una labor específica del Trabajador/a Social que se centra en los sistemas o procesos humanos para generar cambios que fomenten la capacidad de respuesta e iniciativa del individuo, motivándolo a recuperar su autonomía y a emprender acciones para abordar las causas de su malestar (1995).

### **Funciones**

Al igual que en otras disciplinas, el Trabajo Social posee funciones específicas que pueden variar según la institución donde se ejerza. Sin embargo, existen funciones transversales que son comunes en el Trabajo Social, tales como la prevención, identificación, orientación, asesoramiento, intervención, valoración y sensibilización, las cuales también son relevantes en el ámbito de la salud mental.

Según los colegios profesionales de Trabajo Social (2005), para abordar este tema, es fundamental intervenir en diversos aspectos:

1. Prevención. A través de brindar diferentes apoyos a las personas más vulnerables a la hora de padecer soledad no deseada.
2. Identificación de la soledad no deseada. En muchos casos existe una gran dificultad para detectarla por lo que es necesario contar con recursos activos para poder identificarlas cuanto antes.
3. Orientación. Se informará a las personas que lo necesiten sobre sus derechos, así como sobre los recursos disponibles para satisfacer sus necesidades.
4. Asesoramiento. Se considera como una de las más representativas en el Trabajo Social, ya que implica acompañar a la persona para que pueda aprovechar al máximo sus recursos, siempre respetando el principio de autodeterminación que es fundamental en el código deontológico del Trabajo Social.

5. Intervención. Se brinda apoyo y acompañamiento a quienes experimentan este tipo de soledad. Promoviendo así su recuperación de conexiones sociales, participando en actividades para mejorar el bienestar emocional de la persona desarrollando una rutina diaria activa y percibir una sensación de logro. Existen dos tipos de intervenciones para abordar las necesidades relacionadas con la soledad no deseada:
  - Las intervenciones indirectas incluyen herramientas proporcionadas por trabajadores sociales a través de programas de servicios.
  - Por otro lado, las intervenciones directas están centradas en brindar apoyo a las personas con problemas de salud mental y a sus familiares.
6. Valoración. En ocasiones, la percepción de necesidad y la demanda expresada no están alineadas, especialmente en salud mental, donde lo solicitado puede no abordar la verdadera necesidad. Esto se debe al desconocimiento de la enfermedad o a una comprensión limitada de las propias necesidades. En este sentido, es esencial que el trabajador social identifique la necesidad real mediante un diagnóstico social, comprendiendo la situación del individuo y su entorno para así ayudar de manera adecuada.
7. Sensibilización. Sin duda una de las más importantes y que más nos queda por desarrollar... es esencial generar conciencia e implicar al resto de la sociedad en la lucha contra la soledad no deseada y vencer el estigma que padecen las personas con problemas de salud mental.

Dentro del ámbito de la salud mental, los/as trabajadores/as sociales juegan un papel esencial. Gracias a su formación y enfoque centrado en la persona, están capacitados para abordar las complejas necesidades psicosociales tanto de individuos, familias y comunidades.

A continuación, mencionaremos las diversas funciones que desempeñan los trabajadores sociales en salud mental, tanto a nivel individual, familiar y grupal (Aroca Fons et al., 2015):

### *1. Intervención social individual:*

La intervención social con individuos en el contexto de la salud mental implica una serie de acciones dirigidas a prevenir, atender, dar seguimiento y coordinar el apoyo que el trabajador social proporciona al paciente y/o su familia. Estas acciones incluyen:

- La valoración social del individuo con enfermedad mental.
- Provisión de información y asesoramiento sobre la enfermedad mental, tanto a nivel individual como familiar.
- Orientación sobre los derechos y responsabilidades.
- Elaboración de un diagnóstico social.
- Diseño y ejecución de un plan de intervención social.
- La identificación y acceso a recursos que promuevan la autonomía y la integración social.
- Asesoramiento sobre recursos sociosanitarios, aspectos legales, laborales y educativos.

### *2. Intervención familiar:*

Se centra en las necesidades específicas de las familias que tienen un miembro con enfermedad mental. Estas familias requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento. Las acciones de intervención incluyen:

- Estudio y comprensión del entorno socio-familiar y sus relaciones con el paciente.
- Análisis de la dinámica familiar.
- Elaboración de un plan de intervención familiar.
- Información a la familia sobre la enfermedad, su impacto en la convivencia familiar y orientación sobre actitudes y comportamientos adecuados.

### *3. Intervención grupal:*

Se centra en promover la interacción entre pacientes, familias y miembros de la comunidad. Estas intervenciones incluyen:

- Grupos de psicoeducación familiar.
- Grupos de ayuda mutua.
- Talleres de rehabilitación psicosocial.

Xavier Amador (2010), psicólogo clínico de la Universidad de Columbia, ha creado un método basado en la entrevista motivacional para ayudar a pacientes psiquiátricos a aceptar su enfermedad. Este enfoque busca motivar a los pacientes a aceptar su diagnóstico de salud mental, mejorando así la calidad de vida.

El método se denomina EEAP (Escuchar-Empatizar-Acordar-Acompañar) (Amador, 2010):

- Escuchar: comprender cómo la persona percibe su enfermedad mental, adicción o tratamiento psiquiátrico es fundamental para iniciar un diálogo efectivo. Es importante también conocer sus esperanzas y expectativas para el futuro, independientemente de su viabilidad. Demostrar esta comprensión fomenta una comunicación abierta y receptiva, crucial para ofrecer apoyo y comprender las necesidades de la persona
- Empatizar: es esencial mostrar empatía hacia los sentimientos relacionados con los delirios, como el miedo, la ira o la euforia. Sin embargo, es importante destacar que empatizar con estos sentimientos no implica estar de acuerdo con la creencia del delirio. La empatía adecuada puede tener un gran impacto en la receptividad de la persona hacia sus preocupaciones y opiniones.
- Acordar: el enfoque principal es reconocer la autonomía y responsabilidad de la persona en sus decisiones. Al utilizar esta técnica, actuamos como observadores neutrales que destacamos áreas de acuerdo. Si es posible, podemos señalar las consecuencias positivas y negativas de las decisiones de la persona, con el objetivo de hacer observaciones conjuntas y encontrar puntos de acuerdo.
- Acompañar: en este punto conoceremos las metas tanto a corto como largo plazo de la persona.

Algunos consejos que podemos llevar a cabo a la hora de ayudar a una persona que sufre algún tipo de enfermedad mental son (SOM Salud Mental 360, s.f.)

1. Nos aseguramos de que la persona se sienta cómoda y en confianza mientras hablamos.
2. Demostramos preocupación y ofrecemos nuestra escucha activa.
3. Abordamos los temas necesarios con claridad y sin miedo.
4. Brindamos apoyo, haciéndoles saber que estamos disponibles para lo que necesiten, y validamos sus emociones.
5. Respetamos el espacio de la persona para expresarse, sus decisiones y opiniones.

6. Exploramos cómo podemos ayudar y prestamos atención a sus necesidades.
7. Nos abstenemos de juzgar o cuestionar lo que nos comparte.
8. Nos preparamos informándonos sobre la enfermedad o tema en cuestión para sentirnos más cómodos y comprensivos durante la conversación.

### **Indicadores de soledad no deseada**

Por otro lado, es cierto que reconocer la soledad no deseada puede ser complejo, dada su manifestación diversa y la influencia de factores individuales. Aun así, algunos indicadores que podrían señalar que una persona sufre soledad no deseada observamos (De Dios González, 2022):

- a) Descuido de la apariencia física.
- b) Alteraciones en la rutina y la alimentación.
- c) Aislamiento social prolongado y escasa interacción significativa con amigos, familiares u otros.
- d) Ausencia de relaciones cercanas o un sistema de apoyo confiable.
- e) Sensación de desconexión emocional incluso en compañía, generando soledad emocional.
- f) Evitación de actividades sociales por desinterés o falta de motivación.
- g) Experimentación de sentimientos de inferioridad o autoexclusión, contribuyendo al aislamiento.
- h) Manifestación de síntomas depresivos como tristeza persistente y pérdida de interés en actividades.
- i) Evitación del contacto social debido al temor al rechazo o a la incomodidad.
- j) Expresión abierta de sentimientos de soledad y deseo de conexión, pero dificultad para establecer relaciones significativas.

### **Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social 2022-2025 de la Junta de Castilla y León**

La soledad no deseada y el aislamiento social son desafíos importantes que afectan el bienestar y la salud mental de los/as ciudadanos/as de Castilla y León. Por esta razón, la Junta de Castilla y León ha desarrollado el "Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social 2022-2025".

A través del cual se implementarán campañas de formación, charlas y jornadas informativas para abordar la soledad no deseada y el aislamiento social. Se prestará atención a los casos de riesgo y situaciones de soledad, brindando apoyo a las familias afectadas. Se promoverá la participación comunitaria, el asociacionismo y el voluntariado como medidas para combatir el aislamiento social. Se establecerán mecanismos de coordinación y protocolos de colaboración entre diversas entidades. Además, se aprovecharán las nuevas tecnologías como herramienta para facilitar la conexión y el apoyo social.

El plan de acción de la Junta de Castilla y León se considera innovador y pionero en la lucha contra la soledad no deseada porque aborda la problemática de manera integral, incluye estrategias específicas para la población de Castilla y León y además demuestra un compromiso a largo plazo (3 años). Es por ello, que otras comunidades autónomas lo tienen como referencia a la hora de crear sus propios planes. Como por ejemplo en Euskadi.

### **Estudios relevantes**

A través del colegio oficial de la psicología en Madrid se ha realizado un estudio sobre la soledad no deseada entre los años 2021-2022. En el encontramos diferentes propuestas para la sensibilización y prevención, la detección, la intervención y la coordinación eficaz. Lo que respecta a la intervención, los profesionales entrevistados consideran que se han de crear de diversas propuestas de intervención adaptadas a las necesidades, intereses y solicitudes de las personas mayores, establecer sistemas de evaluación para medir los resultados e impacto de las estrategias e iniciativas de intervención, con el objetivo de validar suposiciones y extraer lecciones aprendidas. Además, integrar la atención centrada en la persona en todas las etapas de planificación de la intervención con personas mayores (Garrigós et al., s.f.)

El Consejo General de la Psicología de España realizaron dos estudios. Uno en 2022 “informe de la percepción de la soledad no deseada” y otro en 2023 “coste de la soledad en España”. A raíz de analizar estos dos estudios se subraya que la soledad no deseada constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad entre los jóvenes. Se reconoce que, si bien las redes sociales y la tecnología pueden influir en la percepción de la soledad, no siempre son la causa principal. Se hace hincapié en la necesidad de abordar la soledad desde una perspectiva integral, que incluya intervenciones a nivel individual, familiar, escolar y

comunitario. Asimismo, se destaca la importancia de promover la conexión social, enseñar habilidades de afrontamiento y fortalecer los recursos de apoyo disponibles para los jóvenes. Se enfatiza también la importancia de detectar e intervenir tempranamente para prevenir la agravación de los problemas de salud mental asociados con la soledad no deseada durante esta etapa de la vida (2024).



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño

En este trabajo de investigación lo que se pretende es conocer la opinión que poseen los profesionales de la salud mental sobre la relación con la soledad no deseada, visión de futuro, limitaciones y cómo creen que se podría abordar. Por lo que se ha llevado a cabo una investigación cualitativa.

Se ha optado por utilizar una técnica de entrevista semiestructurada de manera telefónica con el fin de recopilar información adicional que complemente los resultados obtenidos en el cuestionario a las personas con diagnóstico de salud mental. Esto permitirá obtener una comprensión más completa de la opinión de los profesionales de la salud mental.

Por otro lado, también se pretende conocer la percepción de las propias personas con diagnóstico de salud mental, por lo que la metodología más adecuada es la cuantitativa. Se ha optado por esta metodología debido a que una encuesta tiene la capacidad de recopilar numerosas respuestas con datos concretos y específicos de los usuarios. Estos datos serán de gran ayuda al analizar la información recabada. Es importante considerar que, al igual que otros problemas sociales, la salud mental puede ser un tema delicado y traumático al intentar recabar información. Desde la perspectiva del Trabajo Social, investigar sin intervenir en el problema puede resultar intrusivo, es por ello por lo que se ha decidido realizar cuestionarios de manera online y anónima. Este método se caracteriza por su objetividad, ya que consiste en preguntas concretas y claras, cuyas respuestas no suelen estar influenciadas por la participación directa del creador de la técnica (Hernández et. al 2014).

### 4.2. Participantes

Por un lado, en la investigación cualitativa se realizaron un total de 3 entrevistas:

- Una profesional del Trabajo Social dedicada a la asistencia personal en salud mental (de aquí en adelante P.1.).

*“(...) promover el bienestar y acompañar el proyecto de vida de las personas usuarias de la entidad. Las personas con las que trabajo son personas tienen algún tipo de enfermedad mental.”*

- Una profesional del Trabajo Social dedicada a la asistencia personal en salud mental y talleres formativos en materia de salud mental por pueblos rurales a personas mayores (de aquí en adelante P.2.).

*“(...) acompañamiento psicosocial y la intervención psicosocial con personas con algún tipo de problema de salud mental (...) acompañarlos básicamente en funciones de su día a día con la intención de promocionar al máximo su autonomía personal y que puedan ser lo más funcionales y estar lo más incluidos posibles en su entorno. A mayores también imparto talleres de prevención de problemas de salud mental en el ámbito rural para personas mayores”*

- Una profesional del Trabajo Social y psicopedagogía dedicada a la asistencia personal en salud mental (de aquí en adelante P.3.).

*“(...) nos dedicamos al acompañamiento y apoyo de personas que tienen trastorno mental grave y acompañamos a estas personas en el proceso de recuperación de su proyecto de vida. (...) Sino simplemente muchas veces se remite al mero hecho de acompañar, de estar, de escuchar, de comprender, bueno, que esta persona en este caso se sienta en un entorno de confianza y seguridad.”*

Por otro lado, la muestra cuantitativa se basa en la participación de 31 personas con diagnóstico de salud mental severo que oscilaban entre los 24 y 78 años.

### 4.3. Recogida de datos e instrumentos

El estudio se ha desarrollado en varias etapas:

1	Análisis documental y revisión de la literatura
2	Trabajo de campo y recopilación de datos
3	Análisis e interpretación de los resultados

En la primera etapa, se llevó a cabo una revisión de documentos y literatura relacionada con la enfermedad mental y la soledad no deseada.

Posteriormente, se recopiló información a través de tres entrevistas semiestructuradas, las cuales incluyeron preguntas abiertas relacionadas con la soledad no deseada y la salud mental. Estas entrevistas se realizaron telefónicamente con el fin de optimizar el tiempo. El guion de la entrevista se encuentra detallado en el Anexo 2 del presente trabajo. El trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2024.

El contenido de las entrevistas constaba de 10 preguntas, organizadas en cuatro categorías que facilitarían el análisis posterior de los resultados.

- 1) Características de las personas con las que trabajan y calidad de vida
- 2) Habilidades sociales de las personas con problemas de salud mental
- 3) Definición soledad no deseada y relación con salud mental
- 4) Estrategias profesionales

Por otro lado, se empleó un cuestionario diseñado por Saray González Mateo utilizando la plataforma Google Forms. Este cuestionario (ver anexo 3), incluía 23 preguntas, tanto abiertas como cerradas. Para la realización del cuestionario se han utilizado ítems de diferentes escalas para obtener resultados más completos. Las escalas utilizadas han sido:

- Escala de soledad de De Jong Gierveld.
- Escala de soledad emocional y social en adultos (SESLA).
- Escala ESTE II de soledad social.

Se indagaron variables como sexo, edad, nivel educativo, ocupación, convivencia, intereses y relaciones sociales. Además, se incluyó una tabla con diversas situaciones para evaluar si disponen de personas a las que acudir y cómo se sienten al respecto. Finalmente, se les consultó si perciben una relación entre la soledad y la salud mental, solicitando su opinión al respecto. El trabajo de campo fue realizado durante los meses de diciembre de 2023 y enero de 2024.

#### **4.4. Análisis de resultados**

Como se mencionó previamente en el apartado anterior, tras completar las entrevistas se procedió a realizar un análisis de contenido basado en la información y discursos obtenidos de dichas entrevistas con profesionales: examinando sus respuestas, coincidencias y discrepancias en relación con los temas abordados. En primer lugar, las respuestas se organizaron según las categorías temáticas planteadas, su contenido y

extractos verbales. Posteriormente, se redactó una descripción de los resultados obtenidos de acuerdo con la clasificación temática establecida.

En segundo lugar, se recopilaron y organizaron los resultados obtenidos de las encuestas realizadas. Esto permitió, más tarde, el análisis e interpretación de dichos resultados.

#### **4.5.Aspectos éticos**

Antes de llevar a cabo las entrevistas, se proporcionó a las profesionales participantes una hoja de información de consentimiento (ver Anexo 4), la cual fue firmada por ellas para solicitar su participación, explicar el procedimiento de trabajo e informar sobre la grabación de las entrevistas y el acceso a las mismas.

Por otro lado, se les informó sobre el compromiso del investigador en cuanto a la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas y el anonimato de las participantes. Se estableció que la información recopilada en las entrevistas sería utilizada únicamente para fines de investigación y se respetarían los principios establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Además, se garantizó que la confidencialidad y el anonimato estarían protegidos y regidos por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD).

## 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 5.1. Análisis resultados entrevistas

En este apartado se presenta un análisis de los resultados obtenidos a partir de las diversas entrevistas realizadas con profesionales de la salud mental, con el objetivo de conocer sus discursos en función de cuatro categorías principales: 1) las características de las personas con las que trabajan y calidad de vida, 2) las habilidades sociales de las personas con problemas de salud mental, 3) definición soledad no deseada y relación con salud mental y 4) estrategias profesionales.

#### 1. Características de las personas con las que trabajan y calidad de vida

En lo que se refiere a la percepción de la calidad de vida de las personas con las que trabajan podemos observar puntos en común pero también algunas diferencias. Los puntos en común que observamos son la importancia del apoyo tanto informal como formal. También están de acuerdo en que los problemas de salud mental afectan generalmente de forma negativa en la calidad de vida como por ejemplo en la organización, la gestión emocional... y por último también mencionan que varía dependiendo el tipo de diagnóstico puesto que no todas las personas son iguales.

Sin embargo, observamos desde una visión negativa hasta una visión positiva. En este caso E.1. y E.2. presentan un tono más optimista puesto que enfatiza que los servicios y prestaciones que perciben mejoran significativamente su calidad de vida, mientras que E.3. muestra un tono más pesimista, debido a la situación precaria por la exclusión social y la falta de apoyo. También observamos diferencias en los factores que afectan a la calidad de vida, siendo así E.3. que combina factores externos e internos mientras que E.2. y E.3. hace mayor énfasis en los factores externos.

*“Creo que cada caso es muy distinto a los demás. En general, creo que no es una mala calidad de vida, porque gracias a Dios el hecho de estar viviendo aquí en España les hace ser beneficiarios de ciertos servicios de ayuda que ayudan a mejorar su historia de vida, como es entre otros el de la asistencia personal. (...) Luego el bienestar subjetivo, pues depende mucho de cada caso y también, como muchas veces, la salud mental afecta a la manera a la gestión emocional.” (E.1.)*

*“Depende un poco también de las personas con las que trabajamos porque tenemos diversos perfiles. Pero bueno, creo que también con nuestro servicio su calidad de vida mejora bastante. Porque les ayudamos a poder realizar muchas*

*cosas que por sí solos no podrían. Por lo tanto, creo que también eso mejora su calidad de vida.” (E.2.)*

*“Bueno, pues la calidad de vida de estas personas normalmente tiende a ser un poco precaria debido a la falta de, en muchos casos, de apoyo informal, que tengan una red... de amigos... De familia bastante consistente, en muchos casos es casa inexistente o poco adecuada. Y también, pues bueno, se ven un poco arrastrados desde el resto de la sociedad a estar excluidos y discriminados ante los prejuicios y estereotipos que hemos creado ante una persona que tenga trastorno de enfermedad mental.” (E.3.)*

Como hemos observado en el marco teórico y en la opinión de las profesionales, tanto el apoyo social, como los servicios, como los factores psicológicos y emocionales, la exclusión social... son factores que nos ayudan a determinar la calidad de vida de las personas.

## **2.Habilidades sociales de las personas con problemas de salud mental**

En las tres perspectivas profesionales observamos puntos en común como la carencia de las habilidades sociales comunes, una fuerte necesidad de entrenamiento y apoyo de estas y la dificultad para mantener una relación interpersonal. Sin embargo, E.1. reconoce que estas personas poseen unas habilidades sociales únicas y originales a las que quizá no estamos acostumbrados.

*“Se nota una fuerte carencia de habilidades sociales, al menos de las habilidades sociales comunes o que más se valoran o más útiles son en la sociedad en el día a día. O sea, ellos tienen habilidades sociales y igual tienen habilidades sociales que son muy interesantes y muy originales y que otras personas normativas no las tienen. Pero las habilidades sociales cotidianas, como pues las que se utilizan para hacer una entrevista de trabajo, para relacionarte con tus iguales es verdad que ahí sí que hay una fuerte carencia. O sea, tiene que haber un aprendizaje mayor.” (E.1.)*

*“Por lo general, la mayoría de las personas con las que trabajamos sí que es necesario incidir en el entrenamiento en habilidades sociales. Les cuesta bastante el tema de la relación social. Sí que hay personas que las tienen mejor adquiridas que otras, pero por lo general sí que es verdad que es un aspecto que solemos trabajar bastante con ellos.” (E.2.)*

*“Son personas que les suele costar bastante iniciar una conversación, mantenerla, saber escuchar, planificarse, organizarse en cualquier tarea del día a día. Bueno, normalmente suelen tener unas habilidades sociales bastante... escasas y que es lo que todas prácticamente necesitan más apoyo para trabajar.”*

(E.3.)

En relación con el marco teórico, las personas con problemas de salud mental tienen una carencia en materia de habilidades sociales que necesitan apoyo y entrenamiento para mejorarlas y así poder mejorar su calidad de vida y lograr una mayor inclusión en la sociedad de las personas con problemas de salud mental.

### **3. Definición soledad no deseada y relación con salud mental**

Las profesionales entrevistadas coinciden en que la soledad no deseada está caracterizada por la falta de relaciones sociales y apoyo social, tanto en términos objetivos como subjetivos. Las tres definiciones tienen una estrecha similitud al visto en el marco teórico al abordar aspectos similares como falta de apoyo, percepción subjetiva de insuficientes relaciones interpersonales...

*“Yo creo que es un estado... No sé si de aislamiento, en cierta forma. Sentirte separado... Apartado, distante, distanciado... Del resto de personas de una forma involuntaria. Y no necesariamente es algo que sea real. También tiene un componente, creo que es objetivo, que es en la medida en la que te faltan redes de apoyo, formales e informales y demás. Y otro componente es subjetivo, que es cómo tú percibes que estás siendo acompañado, o si las personas que están cerca de ti responden a las necesidades que tú tienes...”* (E.1.)

*“Desde mi punto de vista, la soledad no deseada es una situación de desamparo de la persona en la que le faltan apoyos básicos, una red de apoyo y una red de sostén, incluso por parte de la sociedad, de la familia o del entorno más próximo.”*

(E.2.)

*“Es la falta de relaciones interpersonales, que no tenemos suficientes relaciones del tipo que sea. O que las que tenemos... Son insuficientes para nosotros.”* (E.3.)

En lo que refiere a la relación entre soledad no deseada y salud mental las tres consideran que existe una clara relación entre tener una patología de salud mental y sufrir soledad no deseada. Como se lleva mencionando a lo largo del marco teórico y de las respuestas proporcionadas por las profesionales se destaca la importancia de las relaciones sociales y el impacto negativo sobre la salud mental.

*"La salud siempre está relacionada con la soledad o con la forma en la que nos relacionamos con los demás (...) cuando es una limitación de salud mental, igual no se ve, pero igual una persona que tiene ansiedad tampoco puede estar en una fiesta de una forma... Y estamos hablando de ansiedad, ya no estamos hablando de otras patologías más complejas, ¿no? Pero...No vas a estar en una fiesta igual de cómoda y se va a relacionar igual de bien que una persona que no esté con algún problema de salud mental" (E.1.)*

*"Los seres humanos somos seres sociales y las relaciones sociales es algo vital para nuestra salud mental. Necesitamos del contacto con otros seres humanos para poder desarrollarnos y tener una buena salud mental. Por lo tanto, el hecho de no tener esa posibilidad o de no tener esos contactos, al final influye bastante en cómo pasas tu día a día y en cómo te desenvuelves." (E.2.)*

*"Hay una clara relación entre salud mental y soledad donde se haga, puesto que gran parte de nuestra salud como tal y bienestar va a tener que ver con lo social. Bueno, al final también somos seres rodeados por naturaleza y, bueno, pues el tener esa escasez de relaciones interpersonales o de sentirnos poco valorados... Escuchados, escuchados, comprendidos por nuestro entorno, pues nos va a llevar a un estado pues de malestar y sufrimiento y tristeza y vacío." (E.3.)*

Desde la entidad en la que trabajan, también abordan la soledad no deseada de manera transversal a sus intervenciones. Las tres opiniones resaltan el vínculo interpersonal en las intervenciones y la atención que se les brinda a esas personas, también mencionan la problemática de la soledad especialmente en las personas que carecen de apoyos. Además, hacen énfasis en la atención individualizada, reconociendo que es una medida de apoyo para la persona y en la importancia para el bienestar emocional ya que nos conecta con las personas y nos ayuda a tener sentido de pertenencia.

*" O sea, desde mi experiencia personal, yo creo que lo que sana y lo que hace a la otra persona colmar la necesidad afectiva que tiene no es tanto lo que podamos hacer, que sí hacemos muchas actividades, escucha activa, variación emocional, sino lo que nosotros somos y significamos para ellos (...) Que haya alguien que te mire, te escuche, te vea cuando te mira, te conozca. Porque al final creo que hay una necesidad profunda del corazón también de ser acompañados, incluso de ser descubiertos." (E.1.)*

*" Por nuestra parte el acompañamiento diario y la coordinación también con otros servicios para que puedan tener una atención más integral, como los*



*servicios de salud mental, médicos de cabecera, enfermeros... Se intenta buscar actividades ocupacionales para esas personas que les puedan ayudar también a crear un vínculo con otras personas de edad similar o de gustos similares. (...) Si tuviéramos un servicio de terapia individualizada, de terapia psicológica individualizada para muchas de las personas con las que estamos, creo que podría ser mucho más satisfactorio para poder enseñarle otras habilidades, otras estrategias de afrontamiento del día a día, más allá del intervenir en la comunidad." (E.2.)*

*"Nosotros lo estamos enfrentando de esa manera, a través del acompañamiento y el apoyo individualizado en aquello que estas personas son las necesitan, porque al final en muchos casos es lo que se ha detectado hasta el momento, que normalmente estas personas han tenido una falta de apoyo, de atención individualizada. Y nunca les han dedicado el tiempo de escucha, de comprensión que necesitan." (E.3.)*

#### **4.Estrategias profesionales**

Todas las profesionales están de acuerdo en que la soledad no deseada es un grave problema para la sociedad y que es una necesaria coordinación con diferentes entidades sociales para poder abordar esta problemática. Además, se resalta la importancia de la atención individualizada a las personas y la promoción en la participación en actividades comunitarias.

Sin embargo, observamos bastantes diferencias como E.1. sugiere abordarlo desde una perspectiva más informal y comunitaria, E.2. destaca la necesidad de concienciación y falta de inversión del Gobierno y por último E.3. se centra en combinar la atención individualizada y servicios comunitarios.

*"Nuestra entidad participa activamente en proyectos, igual que participan otras entidades, los ayuntamientos, la diputación, y están dando muy buenos resultados. Entonces, yo creo que con un presupuesto destinado a ello y una buena coordinación entre entidades, como está ocurriendo, por ejemplo, con este plan de cuidados paliativos, pues también se podría abordar la soledad no deseada. Y también mucho desde el Trabajo Social comunitario (...) rescatando iniciativas, que buscan tejer otra vez un tejido comunitario, se podría hacer mucho (...) Por supuesto, es necesario que haya políticas, que haya temas económicos. También lo abordaría desde lo informal. Porque al final la soledad no deseada tiene un*

*componente en el que yo quiero que haya gente que, desinteresadamente, esté cerca mío y se ocupe de mí y comparta conmigo y tal, pues creo que la sociedad tiene que apostar por iniciativas informales que suplan esta necesidad desde lo humano. O sea, yo lo hago por ti y otro lo hará por mí" (E.1.)*

*"Mi pensamiento optimista es que esto preocupe, creo que todavía se necesita mucho trabajo de concienciación sobre ello, visibilización y que se hable sobre el impacto que tiene la soledad no deseada en la salud mental de las personas que la viven. A nivel de la sociedad no somos conscientes de todas las personas que la viven. que pueda haber a nuestro alrededor, que realmente se encuentran en esa situación y cómo les perjudica en su día a día y en su desarrollo vital. (...) Por parte del gobierno también se pueden tomar medidas, se pueden instaurar programas, se pueden proponer proyectos para atajar este problema y que se invierta en eso también, porque la salud mental también es importante." (E.2.)*

*"Desde el Trabajo Social, pues intentar combinar esa atención individualizada que tanto necesitan estas personas y que muchas veces no, por desgracia, no han recibido. Y... Pues a través de la intermediación con otra serie de recursos y servicios comunitarios del tipo que sea, para que estas personas al final se integren o incluyan en el medio social." (E.3.)*

## **5.2.Análisis resultados cuestionarios**

Por otro lado, se presenta un análisis de los resultados obtenido a través de los cuestionarios realizados a las personas con diagnóstico de salud mental severo.

### **1.Género y edad**

En primer lugar, en cuanto a las cuestiones demográficas, se observa que el 58.1% de los usuarios encuestados son hombres, mientras que el 41.9% son mujeres. En términos de edades, el/la más joven es de 24 años y el/la mayor es de 78 años. Las edades más comunes entre los encuestados son: 24, 45, 50, 52, 58, 63, 67 y 74 años.

### **2.Nivel educativo**

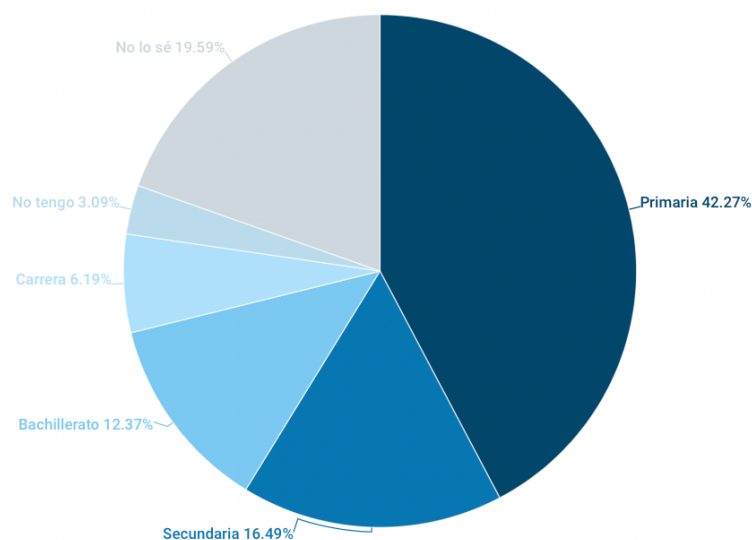
En cuanto a los niveles educativos, se observa una notable diversidad entre los encuestados (gráfico 1). El grupo predominante posee estudios primarios, representando el 42.27%, mientras que el grupo minoritario, con un 3.09%, no tiene ningún tipo de

formación. Este patrón coincide con lo expuesto anteriormente, donde se menciona que las personas con problemas de salud mental tienden a tener niveles educativos bajos o nulos. A pesar de esto, un 16.49% de los encuestados tiene estudios secundarios, un 12.37% ha completado el bachillerato, y un 6.19% cuenta con estudios universitarios.

Los problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y otros trastornos pueden afectar significativamente la capacidad de una persona para concentrarse, aprender y desempeñarse bien en la escuela. Esto puede provocar un bajo rendimiento y, finalmente, el abandono de la escuela. Además, las personas con problemas de salud mental a menudo enfrentan otras barreras para acceder a la educación, como la falta de apoyo adecuado en la escuela, el estigma y las dificultades económicas, lo que limita sus oportunidades de aprendizaje. Abordar esta situación requiere un enfoque integral que incluya un mejor acceso a la educación, apoyo a la salud mental en entornos educativos y políticas públicas para reducir la pobreza y el estigma relacionado con la salud mental.

### Gráfico 1.

*Nivel de estudios de los usuarios/as entrevistados/as. (Datos en %). Valladolid 2024.*



Fuente: elaboración propia

### 3.Situación laboral

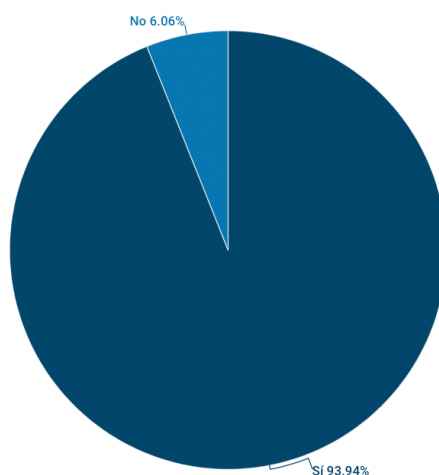
Otro aspecto importante que considerar es la situación laboral (gráfico 2). Como se ha mencionado anteriormente, las personas con diagnósticos de salud mental a menudo sufren una gran estigmatización por parte de los demás, lo que conlleva discriminación

en varios niveles, incluido el laboral. Este estigma puede llevar a que los empleadores sean reacios a contratar a personas con problemas de salud mental, por temor a que no puedan desempeñar adecuadamente sus funciones, que requieran más tiempo libre por motivos de salud o la falsa creencia de que son violentos.

Los datos que se reflejan son: el 93.5% de los usuarios no tienen empleo, mientras que solo el 6.5% está trabajando. Esto puede ocurrir por varias razones como el estigma y la discriminación, el bajo autoestima, las barreras estructurales, los síntomas de la enfermedad, la falta de apoyo...

### Gráfico 2.

*Empleo de los usuarios/as entrevistados/as. (Datos en %). Valladolid 2024.*



Fuente: elaboración propia

### 4.Vivienda

En el gráfico 3 se observa la situación de vivienda de los encuestados: el 48.4% vive solo, el 16.1% vive con compañeros de piso, el 16% vive con sus padres, el 6.4% vive con sus hijos y el 9.6% vive con su pareja.

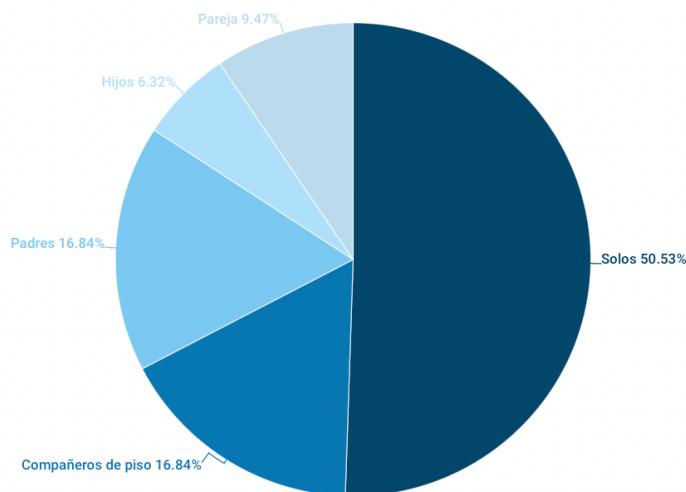
Estas cifras pueden explicarse por varias razones:

- El 48.4% de los/as encuestados/as viven solos/as. Algunas de las razones pueden ser la falta de las relaciones de apoyo, conflictos en el hogar que le incompatibilicen vivir con otras personas, dificultad para mantener relaciones interpersonales...
- El 16.1% vive con compañeros/as de piso. Esto puede deberse a la falta de recursos, aunque también por necesidad de compañía y apoyo.

- El 16% vive con sus padres, se puede deber a una dependencia económica, necesidad de apoyo emocional, apoyo físico...

### Gráfico 3.

*Vivienda de los usuarios/as entrevistados. (Datos en %). Valladolid 2024.*



Fuente: elaboración propia

### 5. Gustos y aficiones

En cuanto a los hobbies de estas personas, hay un aspecto muy importante a resaltar: el 16.4% de los usuarios hablan de sus intereses en tiempo pasado. Por ejemplo:

- “Me gustaba pintar y hacer manualidades”.
- “Anteriormente me gustaba jugar a videojuegos, ver películas y series, y montar en bici.”
- “Anteriormente me gustaba ir a alguna actividad del centro de día.”

Se observa cómo las personas con problemas de salud mental van perdiendo sus hobbies y cómo sus relaciones se deterioran. Cuando aparece la enfermedad mental, muchos no entienden lo que les está ocurriendo ni por qué, y puede pasar mucho tiempo antes de que pidan ayuda (si es que llegan a hacerlo). Durante este periodo, tienden a aislarse, lo que provoca un deterioro e incluso la pérdida de su vida social.

Este aislamiento y la concentración en los síntomas de su enfermedad hacen que sea muy difícil para ellos realizar un proyecto de vida. La enfermedad mental consume gran parte de su atención y energía, lo que lleva a descuidar otras áreas de su vida. Es por esta

razón que un elevado porcentaje de usuarios hablan de sus intereses en pasado, indicando que han dejado de lado actividades que antes disfrutaban.

Sin embargo, la mayoría de los hobbies que aún comparten incluyen escuchar música, los coches, pasear y pintar mandalas. Esto muestra que, aunque muchos han perdido interés en actividades que antes les gustaban, todavía mantienen algunos intereses que pueden ser terapéuticos y proporcionarles un grado de satisfacción.

## 6. Percepción de las relaciones sociales

En la segunda parte del cuestionario, se presentaron diversas situaciones en las que los encuestados debían seleccionar una opción del 1 al 4, donde 1 significaba "nunca" y 4 significaba "siempre". Se eligió utilizar solo 4 puntos para evitar respuestas neutras, ya que, con 5 opciones, los participantes podrían optar por una respuesta intermedia. Con solo 4 opciones, se veían obligados a inclinarse hacia un lado u otro.

**Tabla 1.**

*Percepción de las relaciones sociales de los usuarios/as entrevistados/as en diferentes situaciones. (Datos en %). Valladolid 2024.*

	1 NUNCA	2 RARA VEZ	3 MUCHAS VECES	4 SIEMPRE
Siempre hay alguien con quien hablar	29%	38.7%	25.8%	6.5%
Sientes sensación de vacío a tu alrededor	9.7%	6.5%	<b>54.8%</b>	29%
Hay suficientes personas a las que puedes recurrir en caso de necesidad	22.6%	35.5%	12.9%	29%
Echo de menos la compañía de otras personas	0%	12.9%	<b>58.1%</b>	29%
Piensas que tu círculo de amistades es muy limitado	0%	32.3%	32.3%	35.5%
Tienes gente en la que confiar plenamente	25.8%	29%	22.6%	22.6%
Tienes suficientes personas con las que mantener una amistad muy estrecha	32.3%	<b>45.2%</b>	19.4%	3.2%

Echas de menos tener gente a tu alrededor	0%	16.1%	51.6%	32.3%
Estas alejado de todos	3.2%	29%	38.7%	29%
Tienes dificultad para socializar	6.5%	25.8%	29%	38.7%
Sientes que la gente no te comprende	0%	6.5%	41.9%	<b>51.6%</b>
Hay gente a tu alrededor, pero no contigo	3.2%	12.9%	38.7%	<b>45.2%</b>
Tus relaciones son superficiales	3.2%	16.1%	64.5%	16.1%

Fuente: elaboración propia

El 54.8% de los/as encuestados/as que padecen enfermedad mental severa indican que experimentan con frecuencia una sensación de vacío a su alrededor. Esto puede deberse a varios factores como desapego emocional y desconexión del entorno, dificultades para mantener relaciones sociales significativas, dificultad en el manejo de las habilidades sociales a la hora de expresar las emociones de manera adecuada...

El 58.1% de los/as encuestados/as informa que la mayoría del tiempo echa de menos la compañía de otras personas. Como se mencionó en la introducción, los seres humanos somos seres sociales por naturaleza. Eso implica que la conexión con otras personas es fundamental para el bienestar emocional.

El 45.2% de las personas rara vez sienten que tienen suficientes personas con las que mantener una amistad muy estrecha. Los principales factores se deben al estigma asociado a las enfermedades mentales lo que deriva al aislamiento social y la dificultad de establecer relaciones cercanas de calidad, también se debe al nulo/escaso manejo de las habilidades sociales, los cambios en la personalidad de las personas con enfermedad mental, la falta de comprensión y apoyo de amigos y familiares...

El 51.6% de las personas entrevistadas expresan sentir que la gente no les comprende. Algunas de las razones pueden ser, una vez más la discriminación y el rechazo hacia estas personas, el escaso manejo adecuado de las habilidades sociales, la falta de conocimiento sobre las enfermedades mentales que deriva a malentendidos y falta de empatía...

El 45.2% de las personas entrevistadas refieren sentir que siempre tienen gente alrededor pero no con ella. Esto se refiere, como he mencionado anteriormente, que los seres humanos buscamos conexiones significativas para las personas y sobre todo

satisfactorias. Es por ello, que a pesar de estar rodeados de gente carecen de esas conexiones pueden experimentar sensación de soledad.

En resumen, los datos de la tabla sugieren que la mayoría de las personas experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales, lo que puede reflejar desafíos en el manejo de habilidades sociales. Esta dificultad para relacionarse puede deberse a una variedad de factores, como la falta de comprensión y empatía por parte de los demás, así como los efectos del estigma y la discriminación que enfrentan las personas con enfermedades mentales. Es importante destacar que el estigma y la discriminación pueden tener un impacto significativo en la vida diaria de estas personas, dificultando su integración social y limitando su acceso a oportunidades de empleo y educación.

## **7.Opinión relación salud mental y soledad**

Para concluir la encuesta, se les preguntó a los participantes si creían que había una relación entre la salud mental y la soledad, y si deseaban hacer alguna contribución al respecto. El resultado reveló que el 100% de los encuestados afirmaron que sí, que existe una relación entre la soledad y la salud mental. Esta mayoría absoluta sugiere una comprensión generalizada de los diferentes aspectos negativos que tiene la soledad sobre el bienestar psicológico. Además, resalta la importancia de abordar la soledad como un componente esencial en las estrategias de salud mental.

Algunas de las aportaciones que dejaron al respecto fueron:

- “Echo en falta la compañía de algún ser querido y eso me hace sentirme triste y más sola”
- “Tener una red de apoyo y apego consolidada, a la que poder recurrir, que te escuche y comprenda aporta mayor tranquilidad y bienestar psíquico”
- “Para mí, encontrar a una persona con la que me sienta segura y confianza es muy difícil, prácticamente imposible y eso es algo que me genera mayor malestar”
- “Tengo un círculo de amistad bastante reducido, y con el que a veces puedo contar para desahogarme. Pero es cierto que, al vivir solo, la mayoría del tiempo lo paso en soledad y se me hace muy cuesta arriba. En esos momentos suelen aparecer muchos más miedos e inseguridades personales”
- “En mi día a día me siento muy sola, lo cual me genera bastantes pensamientos negativos, angustia, ansiedad y tristeza”



- “Si porque yo desde que me pasó eso y empecé con la depresión me he ido aislando hasta estar solo excepto con mi hijo, pero no hablo con él. Tampoco salgo de casa entonces no me relaciono con casi nadie. Si que me gustaría a veces hablar más y llevarme más con la gente, pero como me he acostumbrado a no hablar me cuesta mucho”

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

Tras realizar una profunda búsqueda en diferentes plataformas académicas sobre estudios que relacionen la salud mental con la soledad no deseada, encontramos la mayoría de ellos hablan sobre “soledad no deseada y personas mayores”, “salud mental a raíz de la pandemia (concretamente en jóvenes)”, “salud mental de las personas mayores” ... ¿por qué no se habla de las personas que sufren soledad no deseada que padecen algún diagnóstico de salud mental que no se deben ni a la pandemia ni a la edad? Es cierto, que a raíz de la pandemia se ha visibilizado la salud mental debido a su aumento, pero siempre oímos hablar de la depresión, del estrés y de la ansiedad, ¿por qué no se habla de otro tipo de trastornos? Como he dicho anteriormente, no se habla debido al estigma que sigue existiendo hacia este colectivo y las etiquetas que se le ponen. Desde mi punto de vista, el principal foco a tratar para eliminar el estigma son los medios de comunicación debido a la gran influencia que tiene en la población. Veamos algunos ejemplos, *“Noche de horror en Ribera de Arriba: el parricida que decapitó a su padre sufre una enfermedad mental y no se medicaba, dice la familia”*, *“adolescente que aparentemente padece esquizofrenia mata a un joven y hiere a dos personas”*, *“una nueva agresión de un alumno autista aviva el debate sobre el modelo de educación inclusiva”* ...

### Conclusión de los resultados de las entrevistas

Por un lado, las entrevistas con profesionales de la salud mental proporcionaron una visión integral de diversos aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, sus habilidades sociales, su definición de soledad no deseada y estrategias especializadas para afrontar estos problemas.

Se observó que las percepciones sobre la calidad de vida variaban ampliamente, pero coincidieron en la importancia del apoyo y los servicios sociales para mejorarla. También se enfatiza la necesidad de educar a estas personas en habilidades sociales, aunque se reconoce que tienen habilidades especiales.

La soledad no deseada se define como la falta de conexiones y apoyo sociales, que tiene claros vínculos con la salud mental. Los expertos abordan este tema mediante el apoyo individual, la coordinación con otras organizaciones y el fomento de la participación en actividades sociales.

En cuanto a las estrategias profesionales, las opiniones varían desde un enfoque más informal y comunitario hasta la necesidad de información y políticas públicas. Sin

embargo, todos coinciden en la necesidad de coordinar eficazmente las estructuras sociales e invertir en programas para abordar la soledad no deseada.

### **Conclusión de los resultados de los cuestionarios**

Por otro lado, los resultados de la encuesta a personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves resaltan dificultades en los aspectos educativos y laborales, reflejadas en bajos logros educativos y altas tasas de desempleo asociadas con el estigma y la discriminación. Además, prevalece la soledad, lo que indica una falta de conexiones sociales importantes y un vacío emocional cada vez más profundo debido a dificultades con las habilidades sociales. Los encuestados reconocieron el vínculo entre la salud mental y la soledad y enfatizaron la importancia de una red de apoyo para mejorar su salud mental.

Tras finalizar el análisis de las entrevistas, es crucial reconsiderar el aspecto social, abordando las dificultades de las personas también de manera subjetiva, y realizar intervenciones integrales que no se limiten a recursos económicos o prestaciones. Las estrategias deben incluir programas de apoyo emocional, actividades comunitarias que fomenten la interacción social y redes de apoyo que promuevan un sentido de pertenencia y comunidad. Además, es fundamental formar a los profesionales en habilidades interpersonales para que puedan ofrecer un acompañamiento más humano y personalizado.

### **Utilidad de la investigación**

Esta investigación pretende ser útil para comprender la problemática de la soledad no deseada, sus consecuencias personales y sociales, y la insuficiencia de las acciones actuales en España para prevenir o eliminar la soledad no deseada.

La soledad, un problema silencioso y multifacético, requiere análisis cualitativos de las circunstancias individuales y un enfoque integral en las intervenciones. Las políticas deben centrarse en crear espacios de encuentro y convivencia, así como en fomentar la participación activa de los individuos en la comunidad.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¿Cómo podemos actuar cuando la persona afectada no quiere recibir ayuda? (s. f.). SOM Salud Mental 360. <https://www.som360.org/es/pregunta/como-podemos-actuar-cuando-persona-afectada-no-quiere-recibir-ayuda-0>
- Acosta, O. (2004). Salud mental y psicología. *Informes psicológicos*, 6, 57-63.
- Amador, X. (2010). ¡No estoy enfermo, no necesito ayuda. *Barcelona: Mayo Ediciones.*
- Ander Egg, E. 1995. *Diccionario del Trabajo Social.* Buenos Aires: Lumen.
- Andreu-Bernabeu, Á., Díaz-Caneja, C.M., Costas, J. *et al.* Contribución poligénica a la relación de la soledad y el aislamiento social con la esquizofrenia. *Nat Commun* 13, 51 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-27598-6>
- Aroca Fons, L., Arocas Estellés, A., Cebrián Luján, A., Maltés Blasco, L., Pasqual Zapater, M., Pérez Urios, C., Poveda Baños, M., Pradas Resina, R., Rel Casani, I., Rubio Jiménez, L., Senent Tobajas, M. C., Sevilla Hurtado, R., Sospedra Felip, D., Torres Martínez, A., & Zafra Márquez, M. E. (2015). *INTERVENCIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN LAS UNIDADES DE APOYO DE SALUD MENTAL.* [https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/intervencion\\_del\\_tss\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental](https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/intervencion_del_tss_unidades_de_salud_mental)
- Arruebarrena, A. V., & Cabaco, A. S. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, (19), 15-32.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Badía, J. G., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L., & Jimenez, E. M. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Briceño, R. C. (2023, 22 junio). *Los factores protectores de la salud mental.* UDEP Hoy. <https://www.udep.edu.pe/hoy/2023/05/factores-protectores-de-salud-mental/#:~:text=Se%20entienden%20como%20factores%20protectores,para%20sobrepone%20a%20los%20distintos>
- Confederación Salud Mental España. (2012). *Preguntas frecuentes sobre el TRASTORNO MENTAL GRAVE.* <https://consaludmental.org/publicaciones/PreguntasFrecuentesSobreElTrastornoMentalGrave.pdf>

*Consecuencias de la soledad no deseada.* (s. f.). <https://centrorodero.es/consecuencias-de-la-soledad-no-deseada/>

De Dios González, S. (2022, 1 agosto). 9 señales de que una persona se siente sola. *La Mente Es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/senales-persona-se-siente-sola/>

Díaz, D., & Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: análisis desde una institución de apoyo. *Revista de psicología*, 15(1), 27-55.

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 223-244. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>

Franco, M. T., Walter, L. C., Carlos, M. P., & Cristóbal, M. S. (s. f.). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008)

Garrigós Tembleque, S., Gallego Ortiz M. J., Camacho Ortega, E. S. Llavona Serrano, M., Noriega García, C. & Pérez Rojo, G. *soledad no deseada y personas mayores situacion y orientaciones para el diseno de estrategias de accion en la comunidad de madrid*. (s. f.). <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/estudios/soledad-no-deseada-y-personas-mayores-situacion-y-orientaciones-para-el-diseno-de-estrategias-de-accion-en-la-comunidad-de-madrid>

Hernández Martín, B. (2013). *El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703400>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6, pp. 102-256). México: McGraw-Hill.

INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *INE. Instituto Nacional de Estadística*. INE. <https://www.ine.es/>

INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Productos y servicios / Publicaciones / Colección Cifras* INE. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=12599](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=12599)

[53225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE\\_C%2FPYSDetalleCifrasINE](https://www.infocop.es/estadisticas/53225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE)

Infocop. (2023, 6 junio). *El impacto negativo de la soledad no deseada y sus costes*. Infocop. <https://www.infocop.es/el-impacto-negativo-de-la-soledad-no-deseada-y-sus-costes/>

Infocop. (2024, 16 febrero). *La salud mental se relaciona con la soledad no deseada en jóvenes*. Infocop. <https://www.infocop.es/la-salud-mental-se-relaciona-con-la-soledad-no-deseada-en-jovenes/>

Insuasti López, D., & Castillo Rivera, M.J. (2023). Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. *Revista E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), 12-21. <https://doi.org/10.53734/mj.vol5.id257>

*Las funciones de los y las Trabajadoras Sociales - Portal del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias*. (2005). Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/asturias/funciones>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (s. f.). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004)

Martínez, F., Ochoa, S., Negredo, M. C., Casacuberta, P., Paniego, E., Thomas, C., Torrente, E., Irazábal, M., & Camps, N. (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 299-322.

Medrano, J. F. (2014). DSM-5, un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000400001>

Michelson, L.; D. Sugai, R. Wood y A. Kazdin: *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Editorial Martínez Roca, España, 1987.

*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Campañas - Campaña Hablemos de #SaludMental*. (2021). <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas21/HablemosDeSaludMental.htm>

- Montero, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A., & García, E. (2006). Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(3).
- National Library of Medicine. (s. f.). *Salud mental*. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html#:~:text=Las%20enfermedades%20mentales%20son%20afecciones,dem%C3%A1s%20y%20funcionar%20cada%20d%C3%ADa>.
- NeuronUP. (2022, 31 marzo). Habilidades sociales: definición, tipos y ejercicios para trabajarlas. neuron up. <https://www.neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-para-habilidades-sociales/habilidades-sociales-definicion-tipos-ejercicios-y-ejemplos/>
- Oliva, M. P., & Oliva, M. P. (2014, 27 septiembre). “Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales”. *El País*. [https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295\\_336861.html#](https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html#)
- Pinazo-Hernandis, S. DEFINIR Y CONOCER LAS SOLEDADES Y LOS FACTORES DE RIESGO. *Bioética y soledad no deseada*, 15.
- Que es la soledad no deseada | SoledadNoDeseada*. (s. f.). <https://soledadnodeseada.es/que-es-la-soledad-no-deseada/>
- Raphael. (2024, 19 febrero). *Cómo ayudar a alguien con una enfermedad mental a aceptar el tratamiento*. HelpGuide.org. <https://www.helpguide.org/es/trastorno-bipolar/como-ayudar-a-alguien-con-una-enfermedad-mental-a-aceptar-el-tratamiento>
- Rodríguez González, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Salavera, C. , Gost, M. , & Antoñanzas, J. L. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. *Trabajo Social vs Psicología*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655871>
- Salud mental: qué es normal y qué no*. (2021, 14 diciembre). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- SanínVelásquez, A., (1977). *Salud mental y enfermedad mental*. Revista Latinoamericana de Psicología, 9(2), 337-339.

- Weiss. R. S. *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. (1973). [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Wt9NEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA27&dq=Weiss,+R.+\(1974\)+Loneliness:+The+experience+of+emotional+and+social+isolation.+Cambridge,+MA,+MIT+Press.&ots=nt8Vov1dBI&sig=3Aec1wRdBrVP-yUcEZBzbtAJfJM#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Wt9NEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA27&dq=Weiss,+R.+(1974)+Loneliness:+The+experience+of+emotional+and+social+isolation.+Cambridge,+MA,+MIT+Press.&ots=nt8Vov1dBI&sig=3Aec1wRdBrVP-yUcEZBzbtAJfJM#v=onepage&q&f=false)
- World Health Organization: WHO. (2022, 17 junio). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## 7.1.Referencias legislativas

- BOE-A-1978-31229 *Constitución Española*. (1978). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- BOE-A-1986-10499 *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. (1986). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- BOE-A-2003-22066 *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*. (2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>
- BOE-A-2006-21990 *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. (2006). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- BOE-A-2008-6963 *Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006*. (1990). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
- BOE-A-2011-402 *Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León*. (2011). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-402>
- BOE-A-2013-12632 *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. (1998). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>



- BOE-A-2023-9773 Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. (2023). [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-9773](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-9773)
- BOE.es - Código Penal y legislación complementaria. (2006). [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=038\\_Codigo\\_Penal\\_y\\_legislacion\\_complementaria](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria)
- Conceptosjuridicos.com. (2024, 1 abril). *Código Civil Español – Actualizado 2024*. Conceptos Jurídicos. <https://www.conceptosjuridicos.com/codigo-civil/>
- Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por la que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León. (1976). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-83-1989-18-mayo-regula-organizacion-funcionamiento->
- Noticias jurídicas. (s. f.). Noticias Jurídicas. [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/541163-d-58-2014-de-11-dic-ca-castilla-y-leon-catalogo-de-servicios-sociales.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/541163-d-58-2014-de-11-dic-ca-castilla-y-leon-catalogo-de-servicios-sociales.html)
- SL, I. I. L. (2022, 1 enero). *Orden FAM/824/2007 de 30 de Abr C.A. Castilla y León (Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia)*. Iberley Información Legal, S.L. [https://www.iberley.es/legislacion/orden-fam-824-2007-30-abr-c-castilla-leon-procedimiento-reconocimiento-situacion-dependencia-derecho-prestaciones-sistema-autonomia-atencion-dependencia-4542660#google\\_vignette](https://www.iberley.es/legislacion/orden-fam-824-2007-30-abr-c-castilla-leon-procedimiento-reconocimiento-situacion-dependencia-derecho-prestaciones-sistema-autonomia-atencion-dependencia-4542660#google_vignette)
- SL, I. I. L. (2024, 23 enero). *Orden FAM/6/2018 de 11 de Ene C.A. Castilla y León (Prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, cálculo de la capacidad económica y medidas de apoyo a personas cuidadoras no profesionales)*. Iberley Información Legal, S.L. <https://www.iberley.es/legislacion/orden-fam-6-2018-11-ene-c-castilla-leon-prestaciones-sistema-autonomia-atencion-dependencia-calculo-capacidad-economica-medidas-apoyo-personas-cuidadoras-no-profesionales-25601798>
- United Nations. (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

## ANEXOS

### ANEXO 1. Hitos normativos sobre la soledad no deseada

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, crea un marco legal destinado a asegurar la asistencia y el cuidado de las personas en situación de dependencia, abarcando también a aquellas que puedan sentirse solas debido a su estado de salud o a su avanzada edad.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. Esta ley contiene disposiciones dirigidas a la atención de personas mayores, individuos con discapacidades y otros grupos vulnerables que podrían enfrentar situaciones de soledad.
- En Castilla y León se implementan programas y recursos diseñados para fomentar el envejecimiento activo y la integración social de las personas mayores. Por ejemplo: la universidad de la experiencia, centros de día, programa de voluntariado senior...
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, Ofrece un marco ético y legal que resalta la importancia de reconocer la dignidad y los derechos de todas las personas, lo cual resulta crucial para abordar eficazmente la soledad no deseada y avanzar hacia su prevención y reducción.
- El Código Civil es relevante para tratar la soledad no deseada porque define los derechos y responsabilidades de los individuos en la sociedad, contemplando disposiciones que protegen la dignidad humana, la autonomía y la capacidad legal.
- El Código Penal, específicamente en su artículo 153, juega un papel importante en la atención de la soledad no deseada, al establecer disposiciones legales dirigidas a la violencia física o psicológica en el ámbito familiar. La soledad no deseada puede surgir como consecuencia de situaciones de violencia doméstica, abuso emocional o negligencia perpetrada por familiares o cuidadores.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad porque establece igualdad de oportunidades para todas las personas, prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad y promoción de la inclusión ya que garantiza la accesibilidad y la igualdad de oportunidades.

## **ANEXO 2. Guion entrevista a profesionales**

Comenzamos la entrevista presentándome, hablando sobre las razones de la realización de esta entrevista e insistir en la confidencialidad.

- ¿A qué te dedicas? ¿Cuál es tu función? ¿Cuáles son tus responsabilidades en esta entidad?
- ¿Con qué personas trabajas, cómo son tus usuarios y usuarias y sus características?
- ¿Cómo consideras que es la calidad de vida de estas personas?
- Si hablamos de habilidades sociales cómo valoras las que tienen las personas con las que intervienes.
- Entre otras cuestiones, me gustaría que me hablaras de la soledad no deseada. Desde tu punto de vista profesional ¿Cómo la definirías?
- ¿Crees que existe relación entre salud mental y soledad no deseada?
- Atendiendo a la intervención social. ¿Os encontráis a menudo/frecuentemente con estos casos? ¿cómo lo estáis afrontando hasta el momento?
- ¿Creéis que su puede mejorar en estas intervenciones?

Y la última cuestión:

- ¿Cómo ves estos procesos de cara al futuro? ¿Y cómo crees que lo abordará el Trabajo Social?
- ¿Hay alguna pregunta/cuestión que no te haya realizado y te gustaría aportar?

Finalizamos la entrevista agradeciendo la participación, ofreciendo la entrega de los resultados y por ende el TFG e insistiendo de nuevo en la confidencialidad.

### **ANEXO 3. Enlace a la encuesta realizada a personas con diagnóstico de salud mental severo**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc9iWJ5n8cbwN67lztMOcXfk\\_t8zHzfvmPbxORKMqoEWHdGCA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc9iWJ5n8cbwN67lztMOcXfk_t8zHzfvmPbxORKMqoEWHdGCA/viewform?usp=sf_link)

## **ANEXO 4. Formulario consentimiento informado**

### **“PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y SOLEDAD NO DESEADA: UNA APROXIMACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.”**

Mi nombre es Saray González Mateo y soy estudiante del Grado en Trabajo Social en la Universidad de Valladolid. Mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) se centra en un Proyecto de Investigación que tiene como objetivo explorar en profundidad la relación entre la salud mental y la soledad no deseada.

La actividad para la que solicitamos su colaboración consistirá en la realización de una entrevista telefónica individual, con una duración aproximada de 30 minutos. El objetivo de dicha entrevista es conocer su experiencia y opinión profesional sobre la salud mental y la soledad no deseada.

Recuerde que su colaboración es completamente voluntaria y anónima. Si en algún momento no se siente cómodo o desea retirarse, puede hacerlo libremente. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y usted decide qué información desea proporcionar. Se realizará una grabación en audio para facilitar el análisis de la información. Solo mi tutora académica de la Universidad de Valladolid y yo tendremos acceso a esta grabación. La grabación será eliminada al finalizar la investigación.

Por favor, firme aquí para aceptar de forma VOLUNTARIA su participación en esta entrevista. Este consentimiento es una garantía ética; significa que utilizaremos la información que proporcione con la máxima responsabilidad y confidencialidad.

Firma de la investigadora:

Firma de la participante: