



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES”.

Autora:
Paula Izquierdo Castelani

Tutor:
Rogelio Gómez García

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2025/26

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado analiza la soledad no deseada en las personas mayores que residen en centros residenciales, tomando como caso de estudio la residencia Riosol de Valladolid. A partir de una metodología mixta, que combina la aplicación de la escala UCLA-3 a una muestra de cincuenta residentes y la observación participante durante siete meses, se examinan las causas, manifestaciones y consecuencias de este fenómeno. El trabajo aborda la soledad desde distintas perspectivas teóricas y profundiza en su impacto físico, psicológico, emocional y social. Asimismo, se pone de relieve el papel del Trabajo Social en la detección y abordaje de la soledad en el ámbito residencial. Finalmente, se subraya la importancia de la Atención Centrada en la Persona como modelo clave para promover intervenciones más personalizadas, humanas y respetuosas con la dignidad y el proyecto vital de las personas mayores.

Abstract

This Final Degree Project examines unwanted loneliness among older adults living in residential care settings, using the Riosol residence in Valladolid as a case study. A mixed-methods approach was employed, combining the UCLA-3 loneliness scale applied to a sample of fifty residents with participant observation carried out over seven months. The study analyses the causes, manifestations and consequences of loneliness, drawing on different theoretical perspectives and highlighting its physical, psychological, emotional and social effects. Particular attention is given to the role of Social Work in identifying and addressing loneliness in residential contexts. The project concludes by emphasizing the relevance of the Person-Centred Care model as a key framework for developing more individualized, humane and dignity-based interventions for older people.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	9
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1. Concepto de la soledad y enfoques teóricos.	10
4.1.1. ¿Qué es la soledad?	10
4.1.2. La soledad no deseada en las personas mayores	11
4.2. Factores de riesgo	12
4.3. Consecuencias de la soledad en la salud física, psicológica, emocional y social de las personas mayores.	14
4.4. Especificidad del contexto residencial.	17
4.5. El trabajo social como respuesta a la soledad en residencias de personas mayores. .	18
4.5.1. El papel del trabajo social como abordaje de la soledad.	18
4.5.2. Principios éticos y valores del trabajo social aplicados a la soledad.	23
4.5.3. Marco normativo y políticas sociales sobre la atención a las personas mayores en residencias	25
5. ESTUDIO EMPÍRICO	29
5.1. Marco Ambiental	29
5.2. Metodología	32
5.2.1. Observación participante	32
5.2.2. Encuestas	35
5.3. Análisis, resultados y diagnóstico.	38
6. CONCLUSIONES	50
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
8. ANEXOS	59
Anexo A. Escala TILS/ UCLA-3 para medir la soledad no deseada en personas mayores.	59

1. INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada en las personas mayores constituye una de las problemáticas sociales más relevantes del siglo XXI, especialmente en sociedades que experimentan un progresivo envejecimiento de la población y una transformación profunda de las estructuras familiares. En este contexto, la soledad ya no puede entenderse únicamente como una experiencia puntual o personal, sino como una realidad estructural que afecta al bienestar, la salud física, emocional y social de un número muy elevado de personas, especialmente en la etapa final de la vida.

La soledad adopta diferentes formas y dimensiones. Puede ser objetiva, cuando se carece de relaciones o apoyos sociales, o subjetiva, cuando la persona, a pesar de estar acompañada, se siente sola, aislada o emocionalmente desconectada. Esta última es la conocida como soledad no deseada y en la que se centra el presente Trabajo de Fin de Grado, por tratarse de una vivencia, silenciosa y muchas veces invisibilizada que afecta al deterioro cognitivo, emocional y físico de las personas mayores.

El presente trabajo surge de una experiencia directa vivida durante mi periodo de prácticas en la residencia de personas mayores Riosol (Valladolid), donde pude observar, mediante una implicación activa, cómo bastantes personas residentes manifestaban sentimientos de vacío emocional, aislamiento o falta de conexión, a pesar de convivir diariamente con otras personas y personal profesional. Esta experiencia generó en mí una inquietud personal y profesional por comprender qué factores explican la soledad en estos contextos y cómo se puede intervenir desde el Trabajo Social para reducirla o prevenirla.

El objetivo principal de este TFG es analizar la soledad no deseada en personas mayores que residen en un centro residencial, centrándome en sus causas, consecuencias e implicaciones. Para ello, se ha desarrollado una investigación mixta, que combina el uso de instrumentos cuantitativos (encuestas basadas en la escala THREE-ITEM LONELINESS SCALE (TILS) / UCLA-3) con una metodología cualitativa centrada en la observación participante realizada durante siete meses en el entorno del centro.

En el primer bloque del trabajo se expone un marco teórico amplio, que analiza el concepto de soledad desde distintas corrientes (cognitiva, existencial, interaccionista y psicodinámica), así como los factores individuales y sociales que influyen en su aparición. Además, se estudian las diferencias entre la soledad en el domicilio y en centros residenciales, las consecuencias que tiene sobre la salud física, psicológica, emocional y social, y la importancia del Trabajo Social en el abordaje de esta problemática. En este sentido, se dedica un apartado específico a la Atención Centrada en la Persona (ACP) como modelo clave para garantizar una atención personalizada, respetuosa y centrada en la biografía y la dignidad de cada persona.

Posteriormente, se desarrolla el marco ambiental, donde se contextualiza la residencia Riosol, describiendo sus características, servicios, organización interna y tipología de residentes, lo cual resulta esencial para comprender el entorno donde se ha llevado a cabo el estudio.

En la parte metodológica, se detallan las herramientas utilizadas: por un lado, la encuesta estructurada, que se ha aplicado a una muestra de 50 residentes con deterioro cognitivo leve o nulo; y por otro, la observación participante, que ha permitido recoger información cualitativa y captar matices que no siempre son visibles a través de los cuestionarios.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, diferenciando los datos sociodemográficos de los encuestados (sexo, edad, estado civil, nivel educativo) y el análisis de sus respuestas sobre percepción de compañía, aislamiento, abandono y frecuencia con la que se sienten solos/as. Estos resultados se complementan con las observaciones personales realizadas en el día a día del centro. Y se expone un pequeño diagnóstico donde se permite conocer la situación actual de la residencia en cuanto a soledad no deseada.

En el apartado final se incluyen las conclusiones de la investigación, donde se reflexiona sobre la importancia de la participación en actividades y de las relaciones entre iguales dentro de los centros para mitigar la soledad. Además, se destaca el papel imprescindible que puede desempeñar el Trabajo Social aplicando el modelo de ACP, y

se propone la necesidad de diseñar intervenciones más personalizadas y humanas que permitan a cada persona mayor sentirse parte activa de su propio entorno, respetada en su singularidad y acompañada emocionalmente.

Este trabajo no solo pretende describir una realidad, sino también darle voz a una problemática silenciada y contribuir, desde la mirada del Trabajo Social, a la construcción de entornos residenciales más empáticos, centrados en la dignidad, el bienestar y el proyecto vital de cada persona mayor.

2. JUSTIFICACIÓN

La elección de este Trabajo de Fin de Grado surge tanto de una inquietud personal como de una necesidad profesional observada durante mi estancia práctica en la residencia de personas mayores Riosol, en Valladolid. Durante estos meses, pude comprobar cómo, a pesar de convivir en un entorno aparentemente acompañado, muchas personas mayores experimentaban sentimientos de soledad, aislamiento o vacío emocional. Esta situación, que puede no ser muy visible, se presenta como una realidad estructural en el contexto residencial, que afecta directamente al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

La soledad no deseada ha sido definida por Yanguas et al. (2018) como la discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea y las que realmente tiene, y se manifiesta con mayor intensidad en personas mayores, especialmente viudas, con escasa red social o poco implicadas en la vida comunitaria. Esta vivencia no solo tiene consecuencias emocionales, sino también repercusiones físicas, cognitivas y sociales convirtiéndola en una problemática que requiere intervención desde múltiples enfoques, entre ellos el Trabajo Social.

En el entorno residencial, como explica Sena et al. (2008), aunque las personas mayores están físicamente acompañadas, la calidad de las relaciones no siempre es satisfactoria, ya que muchas veces están mediadas por normas institucionales o rutinas rígidas, lo que puede dar lugar a una “soledad compartida” o a un sentimiento de desconexión emocional dentro de un entorno convivencial. Esta paradoja justifica la necesidad de investigar cómo se vive la soledad en este tipo de centros, qué factores la agravan y cuáles podrían prevenirla.

Además, creo que el Trabajo Social tiene un papel clave a la hora de detectar posibles situaciones de soledad y llevar a cabo el abordaje de esta problemática desde una mirada ética, integral y centrada en la persona. En este sentido, la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) se plantea como una herramienta imprescindible

para los profesionales del ámbito residencial, ya que permite respetar la historia, la autonomía y las necesidades singulares de cada residente, favoreciendo vínculos más significativos y un entorno más humano.

La presente investigación pretende aportar una mirada realista sobre esta problemática, combinando el uso de herramientas cuantitativas (encuestas con la escala TILS/ UCLA-3) y cualitativas (observación participante), y proponiendo estrategias de intervención desde el Trabajo Social que pongan el foco en la participación, la vinculación emocional y el respeto a la dignidad de las personas mayores.

Por eso considero que este trabajo está más que justificado, no solo por la relevancia social que tiene visibilizar la soledad en las residencias, sino también porque, como futura trabajadora social, creo que es fundamental entender bien esta realidad para poder actuar desde dentro y promover cambios que realmente mejoren el día a día de las personas mayores que viven en estos centros.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar el sentimiento de soledad no deseada en personas mayores residentes en el centro Riosol, identificando sus causas, manifestaciones e implicaciones a través de un estudio empírico y una posible propuesta de intervención a través de los resultados obtenidos en el estudio.

Objetivos específicos:

1. Identificar el perfil sociodemográfico de las personas residentes que manifiestan mayor sentimiento de soledad.
2. Medir el nivel de soledad percibida mediante la escala TILS/UCLA-3 en una muestra intencional de residentes.
3. Observar y analizar, a través de la observación participante, las dinámicas sociales y patrones de interacción que favorecen o dificultan la soledad en el centro residencial.
4. Detectar la relación entre la falta de participación en actividades del centro y la falta de relaciones sociales y el sentimiento de soledad.
5. Proponer líneas de actuación desde el Trabajo Social que favorezcan el acompañamiento emocional, la inclusión social y una intervención basada en la Atención Centrada en la Persona.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Concepto de la soledad y enfoques teóricos.

4.1.1. ¿Qué es la soledad?

La soledad es un término bastante complejo ya que existen diferentes definiciones sobre ella y cada autor la percibe de una manera y aportan sus matices, pero todos coinciden en que está relacionada con la ausencia o el déficit de relaciones sociales.

Según Expósito y Moya (2000) la soledad es un estado emocional que sobreviene cuando la persona no ha logrado las relaciones interpersonales que desea.

Autores como Peplau y Perlman (1982, cit. en Yanguas Lezaun et al., 2018, pág. 64), ven la soledad como algo “fruto a la vez de una discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener, cuya aparición y mantenimiento dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales”.

Weiss (1973), uno de los pioneros en el estudio de la soledad, avisaba de la importancia de los estereotipos nocivos que la soledad tenía. Según este autor, la soledad es vista a menudo como debilidad, como flaqueza o como autocomplacencia, ya que se supone que todo individuo debería ser capaz de eliminarla, al no tratarse de una dolencia de tipo físico.

Además, según Yanguas Lezaun (2021), la soledad puede ser entendida y comprendida a través de cuatro perspectivas complementarias:

-La perspectiva cognitiva, en la que la soledad se entiende como una disonancia —una evaluación que el sujeto realiza— entre las relaciones sociales que una persona desea y las que tiene.

-El interaccionismo, que conceptualiza la soledad no desde el hecho de estar solo, sino desde la falta de relaciones tanto significativas como íntimas, así como la falta de vinculación comunitaria.

-La perspectiva psicodinámica, que concibe la soledad como las consecuencias negativas derivadas de la necesidad de intimidad, de relaciones interpersonales para vivir.

-El existencialismo, para el cual la soledad es una realidad consustancial al ser humano que, por un lado, puede causar sufrimiento y dolor, y por otro, supone la posibilidad de crear cosas nuevas, reflexionar y comprenderse a uno mismo.

4.1.2. La soledad no deseada en las personas mayores

Centrándonos más en la soledad no deseada en las personas mayores, podemos decir que es un fenómeno cada vez más común y preocupante, especialmente en sociedades donde predomina el envejecimiento de la población y la desintegración de redes familiares o comunitarias.

Según Bermejo (2016), se distingue entre la soledad objetiva y la subjetiva. La primera se refiere a la falta real de compañía, algo que afecta al 14% de las personas mayores que viven en sus hogares. Aunque en algunos casos puede ser una situación elegida y vivida de forma positiva, lo cierto es que la mayoría no la ha escogido. En cambio, la soledad subjetiva tiene que ver con el sentimiento de sentirse solo, una experiencia emocional negativa que padecen el 22% de las personas mayores y que nunca es deseada.

Y también Bermejo (2016) afirma que la soledad en las personas mayores es una forma de vulnerabilidad y marginación que afecta a muchas personas, pero que pasa desapercibida porque quienes la sufren no suelen alzar la voz ni reclamar lo que necesitan, debido a su situación de fragilidad. A diferencia de otros colectivos, los mayores que se sienten solos no generan una crisis social visible, ya que ni siquiera tienen la fuerza suficiente para reivindicar sus derechos.

4.2. Factores de riesgo

Existen una serie de factores que pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores durante el envejecimiento, sobre todo si se trata de personas que se encuentran solas.

Céspedes (2019), expone que la soledad está permeada por varios factores externos, como pueden ser la cultura, la época, la historia y el estilo de vida que haya llevado la persona.

Según Yanguas Lezaun (2018), uno de los factores que influyen es el riesgo de aislamiento se acentúa en las personas de menor nivel educativo (37 % en las personas sin estudios y 6,6 % en las personas con estudios superiores).

Azeredo y Afonso (2016) mencionan otras causas, entre ellas: el cambio demográfico relacionado con el envejecimiento de la población, la jubilación de los baby boomers y la baja en la natalidad, la urbanización de las áreas rurales, el uso cada vez mayor de las nuevas tecnologías y el establecimiento de relaciones virtuales.

También Yanguas Lezaun (2018), afirma que la red familiar aporta un nivel más elevado de apoyo con independencia del género y la edad. En cambio, la red de amigos es la que lleva a un riesgo de aislamiento más elevado. A partir de los 65 años, la red de amigos se empieza a romper (27,7 %), lo que se acentúa a partir de los 80 años (45,5 %). Este hecho compromete el apoyo, en especial, en las personas más mayores.

Otro de los factores y que Gajardo (2015) menciona, es la muerte de su cónyuge o una red social reducida de acuerdo con algún estándar. En este contexto, una red social limitada puede ser consecuencia de la pérdida de amistades debido al fallecimiento, la falta de oportunidades para participar activamente en la sociedad o en la comunidad a la que pertenece, entre otros motivos.

Dahlberg et al (2015) trabajan el tema de predictores de soledad y afirman que una de las características más asociadas a la soledad es el género; pues, las mujeres reportan mayor sentimiento de soledad que los hombres. Este dato tiene sentido, debido a que, por la expectativa de vida, las mujeres suelen vivir más y, por ende, la cantidad de mujeres viudas es mayor. Otro predictor consiste en estar en edad muy avanzada, dado que a mayor edad más pérdidas, tanto a nivel de contactos sociales, como a nivel fisiológico (como padecer problemas de movilidad), lo cual aumenta la posibilidad de sentirse solo o sola.

Y a su vez, Yanguas Lezaun (2018), confirma que las mujeres tienen una red social más amplia y de más calidad (cercanía emocional y confianza) que los hombres y esas diferencias son especialmente relevantes e intensas a partir de la entrada de las personas en los escenarios del envejecimiento (a partir de los 65 años).

Asimismo, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la soledad no deseada entre las personas mayores, debido al aislamiento de toda la población.

Según Pinazo-Hernandis (2020), las limitaciones impuestas a las relaciones sociales en la época del COVID-19, han intensificado un problema que ya existía entre las personas mayores: la soledad y el aislamiento. Esta falta de conexión con los demás, presente incluso antes de la pandemia, tiene efectos negativos en la salud física y emocional de este colectivo, que se han visto agravados en los últimos años. Y afirma lo mismo en las personas mayores dentro de los centros residenciales que aun siendo una medida preventiva, se ha convertido en una fuente extra de aislamiento social y soledad emocional. La única fuente de vínculo social se ha visto reducida a unos momentos de comunicación por videoconferencia.

También Fantova (2020), afirma que la pandemia de la COVID-19 y varias de las medidas tomadas para hacerle frente (como el uso de mascarillas, los confinamientos domiciliarios, la restricción de actividades y relaciones o el aumento de la distancia física

interpersonal) afectan claramente a las relaciones entre las personas y, específicamente, pueden influir en la generación o acentuación de situaciones de soledad no deseada.

Y, en su investigación con personas mayores, Prieto et al (2022) pone de manifiesto cómo la pandemia de la COVID-19 actuó como un factor intensificador del sentimiento de soledad. Según el autor, en numerosos casos la soledad ya estaba presente de forma objetiva antes de la crisis sanitaria, pero no se vivía necesariamente como una experiencia negativa. Las restricciones de movilidad, la reducción del contacto social y la alteración de las rutinas cotidianas transformaron esta situación previa, haciendo que muchas personas mayores pasaran de una soledad “tolerada” o asumida a una soledad sentida, cargada de malestar emocional. Los testimonios recogidos evidencian cómo el aislamiento impuesto impactó directamente en sus relaciones sociales, debilitando vínculos y aumentando la percepción de abandono y desconexión.

Por otro lado, según afirman Quiroz y Lázaro-Cantabrana (2020), la brecha digital afecta de forma especialmente intensa a las personas mayores, ya que limita su posibilidad de acceder a información, servicios y espacios de interacción social que dependen del uso de las tecnologías de la información y la comunicación. La carencia de habilidades digitales, así como las dificultades para disponer de dispositivos adecuados y conexión a internet, impactan a este colectivo de forma desproporcionada, aumentando su riesgo de aislamiento y su situación de vulnerabilidad en una sociedad cada vez más digital.

4.3. Consecuencias de la soledad en la salud física, psicológica, emocional y social de las personas mayores.

Como explica Bermejo (2016), quienes la sufren describen la soledad como una vivencia incómoda y angustiante, que genera un fuerte impacto a nivel emocional. Suelen experimentar nerviosismo, ansiedad, tristeza, irritabilidad, mal humor y una sensación de aislamiento social, acompañada muchas veces por la creencia de no ser aceptados o de estar siendo rechazados. Todo esto convierte la soledad en las personas mayores en un asunto especialmente relevante, sobre todo para quienes buscan dar respuesta a las necesidades de este colectivo.

Las personas mayores sufren una serie de consecuencias al experimentar la soledad no deseada.

Desde el punto de vista **físico**, las consecuencias más comunes son las siguientes (Lorente Martínez, 2017, págs. 46-48):

Empeora el funcionamiento vascular, favoreciendo la posibilidad de sufrir accidentes vasculares, debilita el sistema inmunológico, favoreciendo la aparición de enfermedades, empeora la nutrición, aumenta la posibilidad de padecer obesidad, favorece la reducción de la actividad física y capacidad funcional, aumenta los problemas de sueño y produce un aumento de la mortalidad: la soledad produce una disminución de la calidad de vida de las personas, favoreciendo la mortalidad.

Desde el punto de vista **psicológico**, las consecuencias de la soledad se pueden dividir en efectos cognitivos, emocionales y comportamentales (Lorente Martínez, 2017, pág. 48).

En el caso de los efectos cognitivos, la falta de atención y memoria puede verse agravada por una disminución general del funcionamiento cognitivo, así como por una menor capacidad para retener información tanto a corto como a largo plazo. Además, se observa una ralentización en la velocidad con la que se procesa la información y un mayor riesgo de desarrollar demencia, Alzheimer y otras enfermedades mentales.

En cuanto a los efectos emocionales, la soledad genera en las personas sentimientos de aislamiento, vacío, tristeza y miedo. Entre sus principales consecuencias emocionales se encuentra un aumento de las enfermedades mentales, la aparición de la depresión y una notable disminución de la autoestima en las personas mayores cuando los niveles de soledad son elevados. Además, la resiliencia también se ve afectada negativamente, reduciendo la capacidad de afrontamiento. Diversos estudios han confirmado tanto cuantitativa como cualitativamente la relación entre la soledad, la ideación suicida y el deseo de morir, evidenciándose esta conexión en los propios relatos de las personas mayores.

Y, por último, en los efectos comportamentales, la soledad se ha relacionado con mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, ser fumador y de realizar ambos

comportamientos de riesgo. Sin embargo, esta es la consecuencia menos estudiada.

Además, según Corral y Sánchez-Suricalday (2024), la soledad produce fallos cognitivos, de memoria y un peor rendimiento cognitivo.

Según el estudio realizado por Corral y Sánchez-Suricalday (2024), se puede concluir que la soledad afecta a diversos **constructos psicológicos**, ya que aumenta los niveles de depresión y puede llegar a ser un predictor del trastorno. También se ha visto que la soledad hace que aparezca ansiedad crónica y que las personas reporten peor salud.

También existen una serie de consecuencias **sociales** que provoca la soledad no deseada en las personas mayores. Aunque no son tan llamativas como las físicas o psicológicas.

Aunque tradicionalmente se ha prestado más atención a las consecuencias físicas y psicológicas de la soledad en las personas mayores, estudios como el de Goll et al. (2015) han revelado importantes efectos sociales derivados de esta experiencia, especialmente en personas mayores que viven solas.

En su investigación cualitativa con 15 ancianos en Londres, los autores hallaron que muchos de ellos minimizaban las dificultades de la soledad, aunque sus discursos mostraban contradicciones entre el deseo de mantener la independencia y la necesidad de conexión social. A pesar de su situación, la mayoría no mostraba interés en buscar interacción social ni recurría a servicios de apoyo, aceptando vivir con escaso contacto social. Además, empleaban estrategias para evitar el contacto con otros, aunque algunos reconocían que hablar por teléfono o realizar actividades en solitario —como ver televisión, leer o hacer tareas del hogar— les ayudaba a reducir los sentimientos de soledad.

Además, Lorente Martínez (2017), identifica los miedos subyacentes, como el temor al rechazo, al abuso y a perder su identidad como personas independientes y activas, lo que explicaría en parte su rechazo a la participación social.

4.4. Especificidad del contexto residencial.

Dentro de la soledad en las personas mayores, existen dos tipos según donde estén residiendo, en su propio domicilio o en centros residenciales.

Según un estudio realizado por Quintero-Echeverri et al (2018), donde se estudia la soledad en las personas mayores institucionalizadas frente a las no institucionalizadas, se comprueba que existe una mayor soledad en los adultos institucionalizados en sus diferentes tipos frente a los adultos no institucionalizados.

También, en un estudio realizado por Sena et al (2008), se pudo observar que las personas que viven en instituciones muestran un mayor nivel de satisfacción en lo relacionado con las interacciones sociales en comparación con quienes viven fuera de ellas. Sin embargo, también presentan un alto grado de insatisfacción. Esto se debe a que, aunque el entorno institucional ofrece relaciones sociales constantes por el hecho de convivir con otras personas, estas relaciones no son elegidas libremente, sino que están condicionadas por el entorno. Por tanto, aunque la cantidad de interacciones sociales sea mayor, no necesariamente se traduce en una mejor calidad, lo que puede generar sentimientos de insatisfacción.

Por tanto, podemos decir que la soledad existe en ambos ámbitos, pero de diferente manera, ya que en los centros residenciales están en todo momento acompañados, pero esto no tiene por qué ser un símbolo de satisfacción mientras que en los domicilios puede que estén solos objetivamente pero no subjetivamente.

Existe un debate, que deja en segundo plano la asistencia en centros residenciales, ya que, según Gummá y Castilla (2017) la mayoría de las personas mayores ya no quieren envejecer bajo un modelo asistencial, ya que se espera hacerlo con las máximas condiciones posibles de autonomía y calidad de vida.

Por lo que, ante esto, surge el modelo de Cohousing Senior, entendido como espacio convivencial caracterizado por la coexistencia de zonas privadas junto a otras compartidas, en las que se ofrecen actividades y servicios para cubrir las necesidades.

Este modelo refuerza el sentido de comunidad y la participación de las personas residentes en todo el proceso de diseño y desarrollo de su entorno convivencial. Promoviendo, como principal característica, el envejecimiento activo. (Mora, González y García, 2024).

Según Brenton (2013) el Cohousing ofrece a las personas mayores una combinación entre espacios comunitarios y espacios privados, lo que facilita el intercambio y aprendizaje permanente al realizar actividades compartidas.

También existe otro modelo de asistencia, que son las llamadas unidades de convivencia ya que según Díaz-Veiga et al (2022), estas unidades se basan en el principio de “vivir en casa o como en casa”, ofreciendo entornos hogareños, pequeños y familiares, donde los mayores mantienen su identidad, autonomía y relaciones significativas, aspectos esenciales para su bienestar físico y emocional. Además, los estudios citados evidencian que este modelo reduce la agitación, mejora el ánimo, incrementa la interacción social y favorece una vida con sentido.

Respecto a España y la desinstitucionalización, en el artículo de Díaz-Veiga et al (2022), se explica que España está aún en una fase inicial de transición hacia este nuevo modelo. Tras décadas de desarrollo de grandes residencias públicas y privadas, la crisis de la COVID-19 impulsó un debate profundo sobre la necesidad de reformar el sistema de cuidados de larga duración. El país ha comenzado a alinearse con las políticas europeas y de la OMS que promueven el derecho a vivir de forma independiente y en entornos comunitarios.

4.5. El trabajo social como respuesta a la soledad en residencias de personas mayores.

4.5.1. El papel del trabajo social como abordaje de la soledad.

El papel del trabajo social en el abordaje de la soledad es fundamental, ya que los y las profesionales de esta disciplina tienen la capacidad de detectar situaciones de aislamiento, intervenir de forma personalizada y promover redes de apoyo comunitario.

En este sentido, **su labor es especialmente importante en las residencias de personas mayores**, donde muchas veces la soledad no deseada se intensifica debido al alejamiento del entorno familiar, la pérdida de vínculos afectivos y la rutina institucional.

El trabajo social en estos espacios no solo facilita la integración social y emocional de las personas residentes, sino que también promueve actividades significativas, fortalece la participación, y colabora en la creación de entornos más humanos y relacionales, donde cada persona se sienta vista, escuchada y valorada.

Martín (2012) señala que cuando se interviene hay que tener presente que las personas envejecen cada una de manera distinta ya que cada persona es única e irrepetible y necesita unas actuaciones concretas y adaptadas. Estos factores diferenciadores se tratarían de género, clases sociales, culturales, familiares y educativos, entre otros.

Según Gussierra (2024), las funciones del trabajador social en la gerontología se dividen en dos tipos:

Tabla nº1: Funciones del trabajador social en la gerontología. (Gussierra, 2024).

FUNCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA	FUNCIONES DE ATENCIÓN INDIRECTA
-Prevención: se enfoca en identificar y evitar a tiempo los problemas sociales que puedan afectar al mayor, con el fin de prevenir su exclusión social.	-Intervención comunitaria: se trabaja en la activación y aprovechamiento de los recursos que ofrece la comunidad para prevenir y resolver problemas sociales del mayor.
- Promoción: busca fomentar que la persona mayor participe activamente en su entorno (familiar, social o terapéutico).	-Gestión documental: implica recopilar y organizar información relevante del mayor (como su historia personal y familiar) para elaborar un plan de atención individualizado.
-Asistencia y rehabilitación: consiste en motivar al mayor a aprovechar los recursos disponibles (como actividades físicas o terapéuticas) para mantener y mejorar sus capacidades funcionales y sociales.	-Planificación y evaluación: una vez diseñado el plan de atención, se planifica su desarrollo y, tras su puesta en marcha, se evalúan los resultados para comprobar su efectividad en la mejora del bienestar del mayor.

Fuente: funciones del trabajador social en las residencias de personas mayores (Gussierra, 2024).

Tiene mucha importancia dentro de los centros residenciales, el **modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP)**.

Este modelo, según Rodríguez (2013), busca armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados.

Tabla nº2: Decálogo de la Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2013)

1. Todas las personas tienen dignidad.	Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia.
2. Cada persona es única.	Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.	La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.	La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija.	Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.	Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.	El ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia.	Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo.
9. Las personas son interdependientes.	El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.	En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Fuente: Decálogo de la Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2013).

Este modelo sería imprescindible e importante utilizar frente a otros ya que como afirma O'Dwyer (2013), la ACP se introdujo en Europa de la mano de los países anglosajones y escandinavos. Sus inicios están relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia en entornos residenciales y, más específicamente, con la atención a personas mayores.

Y aunque no está definido de manera unívoca, Martínez et al (2015) indica que hay un factor común a todos ellos: la persona es un ser único capaz de tener el control de su vida y, por ello, se le debe hacer partícipe de las decisiones que le afectan, entre ellas, los cuidados que recibe.

Por tanto, los y las profesionales del trabajo social, pueden utilizar este modelo, que me parece imprescindible e importante, dentro de los centros residenciales para abordar la soledad desde una perspectiva integral, respetuosa y eficaz. No se limita a intervenir cuando la soledad ya está presente, sino que previene su aparición al garantizar una atención más humana y personalizada.

Aparte de este modelo, existen otros que pueden funcionar en la relación del trabajo social y la soledad en los centros residenciales.

Uno de ellos es la práctica basada en la evidencia (PBE), que según Morago (2004), asegura a los profesionales del trabajo social que la práctica estará fundamentada en hallazgos que demuestren empíricamente que las actuaciones realizadas producen resultados eficaces y efectivos. Así, la PBE ayudaría al trabajador social a minimizar los riesgos en su quehacer profesional.

Este modelo, según Pereñíguez (2012), tiene que tener en cuenta cuatro elementos importantes: la investigación, que aporta criterios científicos sólidos; la experiencia profesional, que se integra con esa evidencia mediante un aprendizaje continuo; las expectativas, preferencias y valores de los usuarios, evitando cualquier enfoque paternalista; y los recursos disponibles, que condicionan la viabilidad real de las intervenciones.

Aunque la PBE tiene un efecto positivo al utilizarlo en profesiones como es el trabajo social, Pereñíguez (2014) afirma que tiene una serie de limitaciones que son la falta de tiempo y recursos para que los profesionales accedan, analicen y apliquen la

investigación; la dificultad de trasladar resultados científicos a contextos sociales complejos y cambiantes; el riesgo de que la evidencia no tenga en cuenta la singularidad de cada caso; y la posible tensión entre la estandarización que proponen los estudios y la flexibilidad necesaria en la intervención social.

4.5.2. Principios éticos y valores del trabajo social aplicados a la soledad.

Goikoetxea (2013), describe algunos de los principios éticos más importantes a tener en cuenta desde la perspectiva del trabajo social en cuanto a la soledad en las personas mayores:

Tabla nº3: Principios éticos importantes a tener en cuenta en la soledad de las personas mayores (Goikoetxea, 2013).

LA DIGNIDAD COMO FUNDAMENTO	-La dignidad es el valor intrínseco de toda persona por el hecho de existir.
	-Inspirada en Kant, la autora señala que las personas deben ser tratadas como fines en sí mismos, nunca como medios.
	-Se identifican tres formas de violar la dignidad: tratar a alguien como medio para un fin (explotación), como un “no valor” (indiferencia o exclusión), o como un “disvalor peligroso” (una carga social que se podría “eliminar”).
LA NO MALEFICENCIA Y LA JUSTICIA	-La no maleficencia implica no causar daño y exige formación, prácticas validadas y medidas preventivas en el cuidado de personas mayores.
	- La justicia, en su sentido distributivo, demanda equidad en el acceso a recursos y servicios, sin discriminación por edad o dependencia.
	- Se enfatiza que el maltrato puede incluir la omisión de recursos adecuados o la exclusión institucional.
LA AUTONOMÍA Y LA BENEFICIENCIA	- La autonomía requiere respetar la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones y vivir según sus valores. Implica acceso a información, apoyo para la toma de decisiones y respeto a la privacidad.
	- La beneficencia obliga a hacer el bien desde una comprensión profunda de lo que es beneficioso para la persona mayor, buscando potenciar su autonomía y respetar sus valores incluso si hay que tomar decisiones por ella.
LA PRUDENCIA	- La toma de decisiones éticas requiere deliberación racional entre todos los implicados (persona mayor, familia, profesionales).
	- Se debe aplicar el método deliberativo: escuchar, analizar valores, considerar consecuencias y llegar a acuerdos que respeten la dignidad y situación específica de la persona mayor.

Fuente: Principios éticos (Goikoetxea, 2013).

Cabe destacar el término del edadismo dentro de las personas mayores, que según Gómez Auría et al (2024), en la tercera edad, el edadismo se trata de un prejuicio institucional e individual contra las personas mayores que son estereotipadas y mitificadas para desaprobarlas y evitar relaciones con ellas.

4.5.3. Marco normativo y políticas sociales sobre la atención a las personas mayores en residencias

La atención a las personas mayores en residencias se encuentra regulada por un conjunto de normas, leyes y políticas públicas que garantizan sus derechos, bienestar y calidad de vida. Este marco jurídico y político busca responder a las necesidades específicas de una población que, en muchos casos, presenta situaciones de dependencia, soledad, deterioro cognitivo o exclusión social.

La Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia, está orientada a cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia, especialmente personas mayores. Esta ley incluye un catálogo de servicios y prestaciones que, aunque no están específicamente diseñados para combatir la soledad, pueden influir en ella de forma indirecta.

Entre las prestaciones más relevantes en este aspecto destacan:

- **Servicio de Atención Domiciliaria (SAD):** Proporciona ayuda en el domicilio del usuario por parte de profesionales. Aunque esto implica cierto acompañamiento, suele ser limitado en tiempo y no genera relaciones sociales significativas, ya que es una relación profesional y no entre iguales.
- **Teleasistencia:** Permite a los usuarios comunicarse con un centro de atención ante situaciones de riesgo en casa. Además, algunas modalidades ofrecen seguimiento y acompañamiento telefónico, lo que puede reducir un poco la soledad. Sin embargo, su enfoque principal es la seguridad, no la interacción social.
- **Centros de día:** Ofrecen atención durante el día, permitiendo a los usuarios mantener su vida en casa. Fomentan la interacción con otras personas mayores y con profesionales, lo que puede ayudar a crear redes sociales.

Aun así, las relaciones que se forman pueden ser limitadas debido a la variedad de perfiles de los usuarios.

- **Centros residenciales:** Atienden de forma integral a las personas mayores las 24 horas. Aunque puede parecer la solución más completa contra la soledad, muchas veces no lo es, ya que puede aparecer la llamada “soledad residencial”, en la que la persona se siente sola a pesar de estar rodeada de otras.

Pero, según Yusta (2019), no existe una prestación ni normativa dedicada a reducir este tipo de situaciones y únicamente habría un tratamiento de las mismas a través de la propia institucionalización de la persona, lo cual no garantiza en ningún caso la reducción de las situaciones de soledad subjetiva. Además, en la propia ley solamente mencionan la soledad una vez. Por lo que la ley tiene limitaciones a la hora de combatir la soledad no deseada en las personas mayores.

También encontramos la Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León.

En ella se exponen los siguientes puntos:

-Objetivos y ámbito de aplicación.

- **Modelo de atención integral y centrado en la persona:** Promueve la autonomía, la vida independiente y la inclusión comunitaria de las personas mayores, dependientes y con discapacidad.
- **Aplicación universal:** Abarca todos los centros residenciales y de día, sin importar su titularidad (pública o privada) o ánimo de lucro.

- Diseño y funcionamiento de los centros.

- **Unidades de convivencia:** Los centros deben organizarse en espacios que emulen un hogar, con un máximo de 16 plazas por unidad, habitaciones preferentemente individuales y zonas comunes como cocina, comedor y sala de estar.

- Centros multiservicio: Se fomenta que los centros ofrezcan servicios tanto a residentes como a personas que viven en sus domicilios, integrándose en la comunidad local.

-Atención personalizada y derechos de los usuarios.

- Plan Personal de Apoyo: Cada persona usuaria contará con un plan que refleje su historia de vida, preferencias y necesidades, elaborado con su participación.
- Profesionales de referencia y gestores de caso: Se asignan para coordinar los apoyos y garantizar una atención coherente y centrada en la persona.
- Atención libre de restricciones: El uso de sujeciones físicas o farmacológicas se considera excepcional y debe estar debidamente justificado y autorizado.

-Evaluación y calidad

- Sistema de verificación de calidad: Se implementará un sistema para evaluar anualmente la calidad de los servicios en los centros, con informes públicos.

Por lo que, dicha ley me parece más completa a la hora de confrontar la soledad de las personas mayores dentro de los centros residenciales con respecto a la Ley 39/2006. Ya que se apoya en el Plan Personal de Apoyo que requiere un conocimiento de la persona, realizando su historia de vida y sabiendo así, con qué necesidades, gustos y preocupaciones cuenta cada uno de ellos.

Y en cuanto a las políticas sociales existentes actualmente, diría que son las siguientes:

- Fomento del envejecimiento activo y atención centrada en la persona:

- Se promueven modelos residenciales que respetan la autonomía y decisiones de los mayores.

-Apoyo a la desinstitucionalización:

- Se priorizan recursos que permitan a las personas mayores permanecer en su hogar el mayor tiempo posible, y se promueven alternativas como viviendas tuteladas o

centros de día.

-Planes estratégicos de servicios sociales (estatal y autonómicos):

- Definen líneas de actuación para mejorar la atención residencial (formación de personal, control de calidad, innovación en cuidados...).

-Políticas de coordinación sociosanitaria:

- Buscan integrar la atención médica y social dentro de las residencias, especialmente para personas con enfermedades crónicas o demencias.

5. ESTUDIO EMPÍRICO

5.1. Marco Ambiental

He ambientado mi trabajo en la residencia de tercera edad MGS Seniors- Riosol, ubicada en la ciudad de Valladolid. Donde he realizado mi investigación empírica.

Según el Imsero (2025), los centros residenciales son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal.

Según Asís y Godínez et al (2025), las residencias de personas mayores deben de tener instalaciones adecuadas y que estén adaptadas en términos de accesibilidad para este colectivo y otros factores que van más allá de aspectos materiales. Uno de los principales aspectos que es de mayor relevancia para determinar la calidad de un servicio es la labor de los profesionales con y para los usuarios es la ética del cuidado de los profesionales. Y afirma que cualquier profesional que destine su actividad profesional a este ámbito ha de tener unas habilidades básicas que son las siguientes: respeto, amabilidad, alegría, paciencia, comprensión, responsabilidad, escucha, confianza, empatía, veracidad, confidencialidad, tolerancia, prudencia y humildad.

Concretando más, la residencia donde he llevado a cabo mi proyecto es la residencia Riosol en la ciudad de Valladolid. Forma parte de una red de residencias que lleva MGS Seniors. Cuentan con 6 residencias en España, tres en Madrid, dos en Barcelona y una en Valladolid.

La residencia Riosol, se encuentra en la Plaza Cuba nº 1 de la ciudad. Es una residencia de carácter privado que era propiedad de un particular y desde hace 3 años lo adquirió MGS Seniors ya que se está especializando en personas de la tercera edad. Es una residencia bastante grande y cuenta con unos 170 residentes aproximadamente.

Cuenta con unas instalaciones modernas, ya que se han hecho obras recientemente añadiendo nuevas cosas e instalaciones, para mejorar la comodidad de los usuarios y poder ofrecer servicios más completos.

Esta residencia cuenta con una serie de servicios tanto internos como externos para asegurar el bienestar y la calidad de vida de las personas que conviven en ella. Los servicios internos se componen de dos doctores que están presentes en la residencia de lunes a domingo, enfermería también de lunes a domingo, del personal auxiliar que está en el centro las 24 horas para satisfacer las necesidades de cada residente, dos fisioterapeutas, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, farmacia, servicio de lavandería y dos supervisoras que se encargan, de lunes a domingo, de mantener el orden en la residencia en cuanto a cuidados y auxiliares se refiere. Y, por último, cuenta con una directora que se encarga de todas las cuestiones externas a lo anteriormente mencionado.

Y en cuanto a servicios externos pero que pertenecen al centro, cuenta con varios comedores y una cocina propia en la que varias cocineras desempeñan las comidas para todos los residentes durante todo el día (desayuno, comida, merienda y cena), cuentan también con una peluquera que acude al centro varios días a la semana para que los residentes puedan acudir a ella y, por último, cuenta con un servicio de podología.

El edificio se divide en cinco plantas, donde la primera planta va destinada a aquellos usuarios que necesiten una mayor asistencia en cuanto a todos los ámbitos de su vida diaria y, por tanto, sean necesarias más auxiliares y más vigilancia debido a que muchos de ellos sufren un deterioro cognitivo grave.

En la segunda y tercera planta se encuentran habitaciones tanto dobles como individuales (de estas hay pocas) para aquellos residentes que no cuentan con un deterioro cognitivo o que si lo sufren es levemente y necesitan una menor asistencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En la planta cero se encuentran unas pocas habitaciones y las zonas comunes; como son la recepción, los despachos de la trabajadora social y de la dirección, el comedor

donde acuden los residentes de segunda y tercera planta, las salas de visita y el espacio donde trabaja la terapeuta ocupacional y realiza actividades con los residentes que quieran apuntarse a estas. Además, cuenta con una zona de fisioterapia donde acuden los residentes con un horario establecido, pero se juntan varios de ellos.

Y en la planta -1 se encuentra la cocina, otra sala de fisioterapia, la lavandería y el comedor donde acuden los residentes que se encuentran en una situación de deterioro cognitivo grave (los de primera planta) ya que comen antes que los demás y necesitan más tiempo y supervisión para ello. Y la zona de farmacia.

Cada profesional del centro tiene un objetivo por cumplir en cuanto a los residentes, pero el objetivo general y común para todos ellos es garantizar el bienestar y la calidad de vida de los residentes que conviven en la residencia. Además, de mantener el orden dentro del centro, fomentar una buena convivencia tanto entre los residentes como con los profesionales y promover la autonomía de los propios usuarios para que estos puedan tomar sus propias decisiones.

El día a día de los residentes se ve impuesto por una serie de horarios institucionalizados desde la dirección del centro, donde los profesionales y los propios residentes y familias, han de cumplir.

Se encuentran las diferentes horas de visitas (respetando el horario de comidas, cenas y desayunos) y los horarios de los propios residentes para acudir a las diferentes actividades, a fisioterapia, a comer, a cenar, a desayunar, a merendar... Al igual para levantarse por las mañanas y acostarse por las noches.

En la residencia, cada profesional desempeña una función diferente, pero en muchas ocasiones se tienen que reunir para poner en común los intereses de los residentes y sus familiares y solucionar los problemas causados por cualquier motivo. Por ejemplo, con las reuniones para realizar los PAI (Plan de Atención Individual) de los residentes de cada semana o para asumir las quejas de algunas familias y poder solucionarlas de manera adecuada y eficaz.

Y, por último, destacar el proyecto “Libre de sujeciones” que está llevando a cabo la residencia con la ayuda de una empresa externa que se dedica a la eliminación de sujeciones. Se han realizado una serie de sesiones con la persona que lleva a cabo el proyecto y los profesionales del centro para recibir una formación sobre cómo llevar a cabo todo el proceso ya que es algo complicado de eliminar y lleva un tiempo largo.

5.2. Metodología

La metodología empleada en mi investigación ha sido mixta, debido a que he utilizado una metodología cualitativa con la observación participante dentro de la propia residencia donde se ha realizado la investigación y una metodología cuantitativa, como son las encuestas realizadas a una parte de los residentes del centro residencial.

Ambos tipos de metodología son muy importantes ya que Stake (1995) sostiene que: “el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos; mientras que la investigación cuantitativa fundamentará su búsqueda en las causas, persiguiendo el control y la explicación” (p. 37).

5.2.1. Observación participante

Según Marshall y Rossman (1989) definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (p.79).

Además, según expone Rodríguez et al. (1996), la observación participante permite al investigador involucrarse directamente en las situaciones que viven las personas, accediendo a sus experiencias en el momento en que ocurren. De este modo, no depende de lo que otros le cuenten o de versiones posteriores, ya que él mismo estuvo presente y participó activamente en lo que sucedía. (p.166).

En mi caso la observación participante la he llevado a cabo en la residencia Riosol, donde he cursado mis prácticas del grado, y esto me ha permitido observar a los residentes de cerca y extraer datos, en este caso, sobre la soledad que sufren algunos de ellos para poder realizar mi trabajo de fin de grado.

He realizado dicha observación durante aproximadamente siete meses en la residencia en la ciudad de Valladolid y durante estos meses he tenido en cuenta, para llevar a cabo la observación, una serie de indicadores que considero que son imprescindibles para investigar en este tema y conocer los niveles de soledad encontrados en dicha residencia.

Los indicadores que tuve en cuenta son los siguientes:

Tabla nº4: Matriz de observación participante: dimensiones e indicadores.

DIMENSIÓN	INDICADORES DE OBSERVACIÓN
Participación en actividades	-Si se apuntan voluntariamente o hay que insistirles. -Grado de implicación: ¿participan activamente o se mantienen pasivos? -Si disfrutan la actividad (sonrisa, comentarios positivos, concentración). -Si el tipo de actividad se adapta a sus gustos o capacidades.
Interacciones sociales	-Si hablan entre sí o comen en silencio. -Si se buscan unos a otros para compartir momentos o permanecen aislados. -Si hay conflictos o relaciones afectivas (amistad, cuidado mutuo). -Si las interacciones son espontáneas o forzadas por el personal.
Relación con el personal	-Tono de voz y gestos del personal. -Si los mayores confían en el personal (les hablan, les sonríen, los buscan). -Si hay continuidad (mismos cuidadores) o rotación constante.
Elección de espacios	-Si pueden moverse libremente o están restringidos. -Si eligen dónde sentarse o con quién comer. -Si los espacios están pensados para favorecer la autonomía (accesibles, señalizados, cómodos).
Expresiones no verbales	-Sonrisas, miradas, contacto visual, relajación corporal. -Signos de malestar. -Cambios durante el día (más expresivos o más apagados).
Preferencia por estar solo/as	-Si buscan momentos de soledad o evitan el grupo. -Si participan en momentos sociales o los evitan sistemáticamente.
Contacto familiar	-Si las visitas son regulares o esporádicas. -Reacción de la persona ante el contacto (alegría, nerviosismo, rechazo). -Participación de la familia en la vida del centro o en decisiones cotidianas.
Lenguaje emocional	-Palabras que usan. -Tono de voz: alegre, apático, irritable. -Si pueden expresar emociones libremente sin ser corregidos o ignorados.
Rutinas monótonas	-Si el día a día es previsible o hay flexibilidad según los deseos del residente. -Si los residentes parecen aburridos o desorientados por la falta de estímulos. -Si se permite la espontaneidad (elegir cuándo levantarse, comer, etc.).
Cambios de comportamiento	-Aumento o reducción de la interacción social. -Cambios en el apetito, sueño o participación. -Aparición de irritabilidad, apatía o agitación. -Mejoras tras intervenciones o visitas familiares.

Fuente: dimensiones e indicadores elaborados a partir de la observación descrita en el trabajo.

5.2.2. Encuestas

La residencia cuenta con 159 residentes (en el momento en que se realizaron las encuestas), pero no todos se encuentran en una situación de dependencia leve, sino que hay muchos de ellos que tienen un deterioro cognitivo grave y no fue posible realizarles las encuestas, por lo que realicé una totalidad de 50 encuestas.

Por lo que el único criterio de inclusión o exclusión que he tenido en cuenta a la hora de realizar las encuestas, ha sido el nivel de deterioro cognitivo de cada residente, eligiendo a aquellos que lo tuvieran en un nivel más bajo para que fuese más fácil poder completar la encuesta y de forma más rápida.

También mencionar que en la residencia convivían un total de 104 mujeres y 53 hombres, por lo que he realizado la encuesta a 34 mujeres y 16 hombres que se encontraban en una situación de dependencia leve o moderada.

Para la encuesta he tenido en cuenta la Escala de Soledad de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA). Más en concreto, la Three-Item Loneliness Scale (TILS), derivada de la R-UCLA y desarrollada por Hughes et al (2004) para grandes encuestas.

Dicha escala, es una de las medidas empleadas para evaluar el grado de soledad que experimenta una persona. Fue desarrollada por 20 psicólogos en 1970 y se ha convertido en una de las más utilizadas. La versión original, que contaba con 75 elementos, fue transformada en diversas ocasiones hasta alcanzar la versión actual en 2004. Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (<https://www.soledades.es/recursos/escala-de-soledad-de-la-universidad-de-california>).

Esta escala, según Pinazo y Bellegarde (2018), la escala TILS/ UCLA-3 ha demostrado ser un instrumento fiable para medir la soledad en personas mayores, mostrando buena validez discriminante y de constructo. Sus puntuaciones se relacionan negativamente con el apoyo social y positivamente con depresión, satisfacción con la vida, burnout y salud percibida. Además, es versátil, pudiéndose aplicar mediante cuestionarios, entrevistas o correo postal.

La TILS/ UCLA-3 fue desarrollada para su uso en encuestas poblacionales y ha mostrado propiedades psicométricas ordenadas en su estudio original (Hughes et al, 2004). En población de habla hispana, la versión española también evidenciaba una consistencia interna notable y una estabilidad temporal elevada lo que respalda su uso como medida breve de soledad percibida (Pedroso-Chaparro et al, 2021).

La escala cuenta con tres preguntas que miden tres dimensiones de la soledad: la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento auto percibido. En la actualidad las preguntas son las siguientes:

1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?
2. ¿Con qué frecuencia se siente abandonado?
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?

Las posibilidades de respuesta se refieren a la frecuencia con la que estas preguntas serían ciertas: Casi nunca / Algunas veces / A menudo.

La encuesta funciona por puntos; Casi Nunca significa 1 punto, Algunas veces significan 2 puntos y A menudo 3 puntos.

Al final de la encuesta se suman dichos puntos y se adquiere el tipo de soledad en el que se encuentra cada residente, siendo:

-Soledad leve o sin apariencia de soledad: de 3-5 puntos.

-Soledad moderada: de 6-8 puntos.

-Soledad grave: 9 puntos (máximo).

Además de estas preguntas, la encuesta contaba con una serie de preguntas para aportar datos significativos que luego podrán servir como explicación del tipo de soledad que sufre cada uno de ellos. Las preguntas son: sexo (hombre o mujer), edad, estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, pareja de hecho, viudo/a o divorciado/a) y especificar en caso de viudedad si desde más de un año o menos de un año, nivel de estudios (no sabe leer ni escribir, estudios primarios incompletos, estudios primarios, estudios secundarios o estudios universitarios) y donde residen (todos en el centro residencial).

Elegí dicha escala ya que, al haber realizado durante siete meses mis prácticas en la residencia y haber hecho con los residentes otros cuestionarios de diferentes cuestiones, sé a ciencia cierta lo que a algunas de las personas mayores les cuesta atender y comprender la pregunta. Por lo que esta encuesta me pareció sencilla y corta y en efecto, supieron contestarla sin ningún tipo de problema. Me ha supuesto un total de cuatro semanas realizar dichas encuestas en la residencia ya que muchos de ellos, al tener una rutina institucionalizada donde acuden a diferentes actividades o muchos salir por fuera del centro a realizar sus cuestiones propias, me ha sido más complicado acceder a ellos y obtener una muestra significativa de, al menos, 50 residentes.

También añadir que, para realizar la encuesta en la residencia, conté con un consentimiento verbal e informado por parte de la trabajadora social del centro, quien además era mi tutora de prácticas, así como con la autorización expresa de la propia residencia. Dado que la realización de historias de vida con los residentes formaba parte de mis funciones como trabajadora social en prácticas, se me permitió asimismo llevar a cabo dicha encuesta con el fin de incorporarla a este trabajo.

Previamente a la realización de cada encuesta, informé de manera clara a los residentes participantes sobre el objetivo de la misma, explicándoles para qué iba a utilizarse la información y garantizándoles que su participación era totalmente voluntaria. Asimismo, se les comunicó que los resultados serían anónimos y tratados con absoluta confidencialidad, asegurando en todo momento la protección de su identidad. Únicamente se realizó la encuesta a aquellas personas que otorgaron su consentimiento informado de forma expresa, respetando en todo momento la decisión de quienes prefirieron no participar. De este modo, se garantizó la anonimización de los datos y el cumplimiento de los principios éticos de confidencialidad y respeto hacia los participantes.

5.3. Análisis, resultados y diagnóstico.

Conviene subrayar que esta relación debe interpretarse como una asociación observada, sin que los datos permitan establecer causalidades.

Tabla nº5. Distribución de respuestas por ítem de TILS (N, %) (N=50)

ITEM(TILS)	CASI NUNCA (N,%)		ALGUNAS VECES (N,%)		A MENUDO (N,%)	
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	13	26%	25	50%	12	24%
¿Con qué frecuencia se siente abandonado?	25	50%	16	32%	9	18%
¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	13	26%	25	50%	12	24%

Fuente: elaboración propia a través de la TILS (2025).

Tabla nº6. Características de la encuesta (n=50)

VARIABLE	CATEGORÍA	N	%
SEXO	Hombre	16	32%
	Mujer	34	68%
ESTADO CIVIL	Viudo/as	37	74%
	Casado/as	7	14%
	Soltero/as	4	8%
	Separado/as	2	4%
ANTIGÜEDAD DE VIUDEDAD	Más de un año	50	100%
	Menos de un año	0	0%
NIVEL EDUCATIVO	Formación primaria	24	48%
	Primaria incompleta	15	30%
	Formación secundaria	7	14%
	No sabe leer ni escribir	2	4%
	Estudios universitarios	2	4%

Fuente: elaboración propia a través de la TILS (2025)

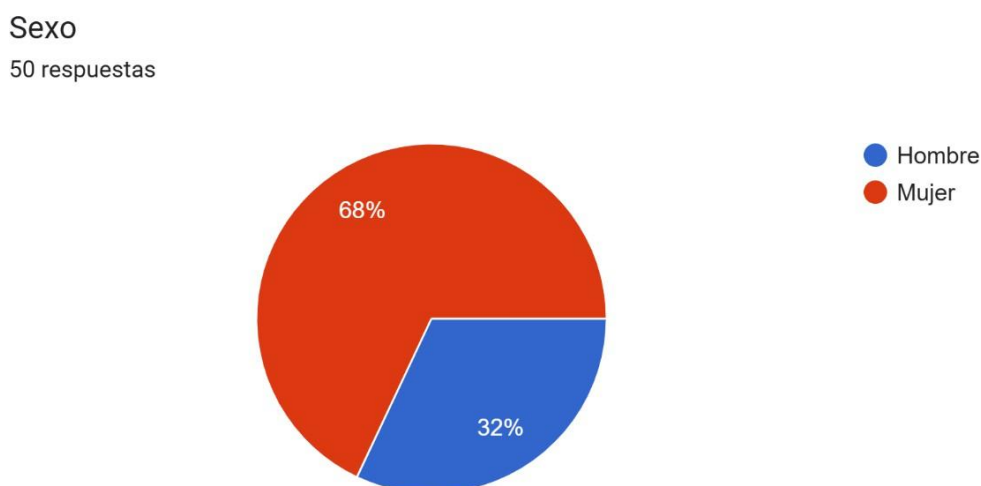
Lo primero que se expone en la encuesta son los datos sociodemográficos básicos. El sexo, la edad, el estado civil, la convivencia (en este caso todos residen en un centro residencial) y el nivel de estudios.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución por sexo de los participantes en la encuesta sobre la soledad en la residencia de mayores. Se recogieron un total de 50 respuestas. De ellas, el **68 % corresponde a mujeres**, mientras que el **32 % corresponde a hombres**.

Esta diferencia refleja una tendencia habitual en las residencias de personas mayores, donde la proporción de mujeres es generalmente superior, debido en parte a una

mayor esperanza de vida femenina. Este dato es relevante a la hora de interpretar los resultados, ya que podría influir en la percepción y vivencia de la soledad dentro del entorno residencial.

Gráfico 1. Distribución por sexo de las personas encuestadas.



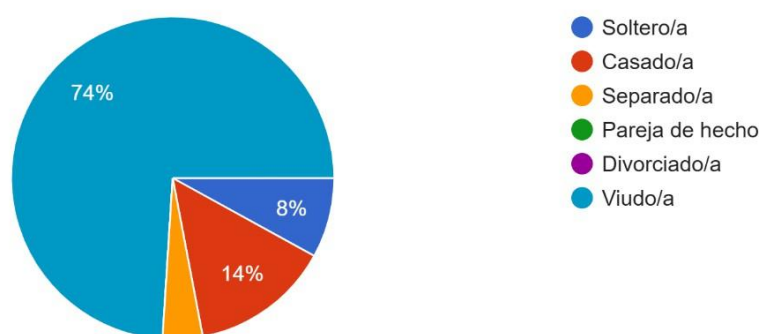
Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

En el siguiente gráfico se observa la distribución del estado civil de las personas encuestadas en la residencia. El dato más relevante es que el 74 % de los participantes son viudos/as, lo cual no solo es coherente con el perfil habitual de las personas institucionalizadas, sino que también puede estar directamente relacionado con la vivencia de la soledad. El resto de los encuestados se distribuye de la siguiente manera: un **14 % están casados/as**, un **8 % son solteros/as** y un **4 % están separados/as**. No se registraron respuestas en las categorías de **pareja de hecho** ni **divorciado/a**.

Este predominio de personas viudas resulta especialmente significativo, ya que la pérdida de la pareja es uno de los factores más influyentes en la aparición del sentimiento de soledad en edades avanzadas. Además, puede condicionar el grado de participación en actividades sociales dentro del centro y la percepción del apoyo emocional disponible.

Gráfico 2. Estado Civil de las personas encuestadas.

Estado civil
50 respuestas

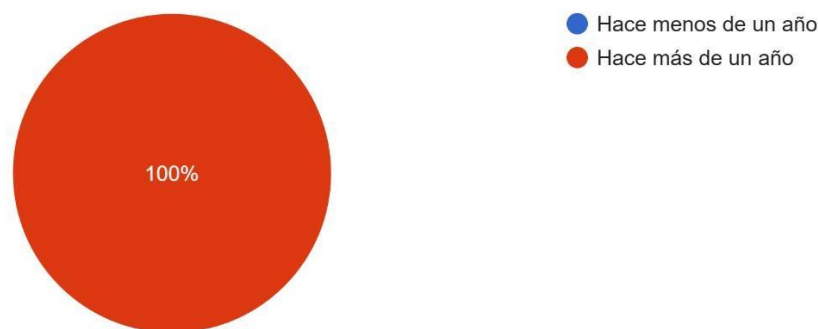


Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

De las **37 personas viudas** encuestadas, el **100 % indicó que su situación de viudedad se remonta a más de un año**. Esto implica que todas han convivido con la pérdida de su pareja durante un periodo prolongado, lo que puede tener implicaciones importantes en la manera en que experimentan la soledad dentro de la residencia. Este dato sugiere que, aunque ya ha pasado tiempo desde la pérdida, es posible que el sentimiento de soledad no se haya ido por completo. También podría indicar un proceso de adaptación largo o incompleto, especialmente si no existen redes sociales o vínculos significativos dentro del centro.

En relación con la siguiente pregunta del cuestionario, que hacía referencia al tipo de convivencia de las personas encuestadas, cabe señalar que **la totalidad de los participantes reside actualmente en el centro residencial**. Por tanto, todas las respuestas indican convivencia dentro de la propia residencia, lo que era obvio dado que la recogida de datos se llevó a cabo íntegramente en este entorno.

Gráfico 3. Antigüedad de la viudez



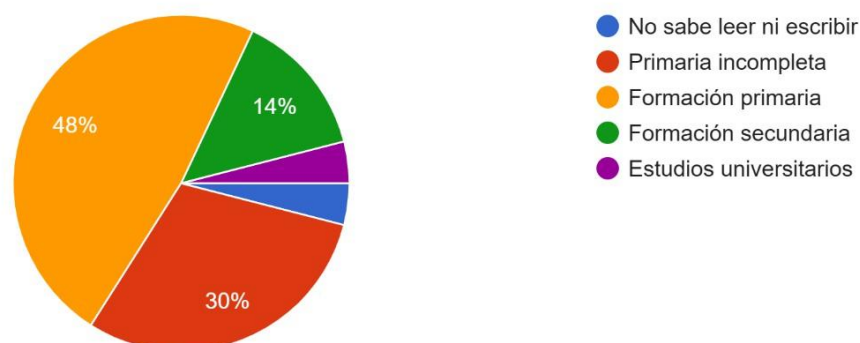
Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

En cuanto al nivel educativo de las **50 personas mayores** encuestadas, se observa que la mayoría posee un nivel de **formación primaria (48 %)**, seguido de un **30 % con estudios de primaria incompleta**. Solo un **14 % ha alcanzado la formación secundaria**, mientras que un **4 %** declara no saber leer ni escribir y otro **4 %** cuenta con estudios universitarios. Estos datos reflejan un perfil educativo característico de generaciones anteriores, marcadas por un menor acceso a la educación formal, especialmente en el medio rural o en contextos socioeconómicos desfavorecidos. Este bajo nivel formativo puede tener implicaciones relevantes en la comprensión de los cuestionarios, la participación en actividades o el acceso a recursos dentro del centro, lo cual es importante tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones adaptadas a sus capacidades y necesidades.

Gráfico 4. Nivel de estudios de las personas encuestadas.

Nivel de estudios

50 respuestas



Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

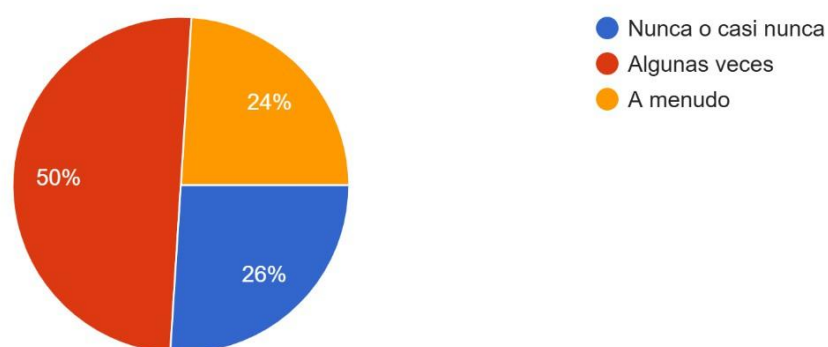
Centrándonos ya en las tres preguntas que componen la escala breve de soledad de UCLA de tres ítems, son las siguientes: ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía? ¿Con qué frecuencia se siente abandonado/a? y ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás?

Las respuestas muestran una distribución significativa del sentimiento de soledad entre los residentes. Un 50 % de los encuestados afirma sentir esta carencia “algunas veces”, mientras que un 24 % indica que la siente “a menudo”. Tan solo un 26 % manifiesta no haber sentido falta de compañía nunca o casi nunca. Estos datos revelan que **tres de cada cuatro personas mayores encuestadas experimentan en algún grado la sensación de soledad o aislamiento social**, lo cual resulta especialmente relevante al tratarse de un entorno residencial donde, en general, se espera cierta interacción y convivencia diaria. Este resultado refuerza la necesidad de fomentar estrategias que favorezcan las relaciones interpersonales dentro del centro y que combatan la soledad no deseada, tanto desde una perspectiva emocional como social.

Gráfico 5. Percepción de falta de compañía

¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

50 respuestas



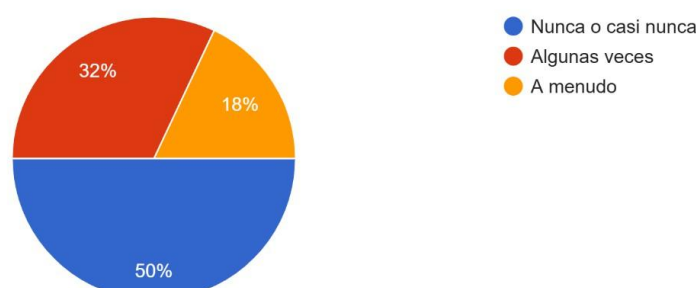
Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

La mitad de los encuestados, respondió que **nunca o casi nunca** se siente de ese modo. Sin embargo, un **32 % manifestó sentirse abandonado/a “algunas veces”** y un **18 % lo experimenta “a menudo”**. Aunque la percepción de abandono frecuente no es mayoritaria, es importante destacar que un 50 % del total reconoce haber sentido abandono en alguna ocasión, lo que refleja una presencia significativa de malestar emocional entre los residentes. Este dato es clave para comprender la profundidad del sentimiento de soledad, ya que el abandono percibido puede estar vinculado tanto a la escasez de vínculos afectivos como a la falta de atención familiar o institucional.

Gráfico 6. Percepción de abandono emocional.

¿Con qué frecuencia se siente abandonado/a?

50 respuestas



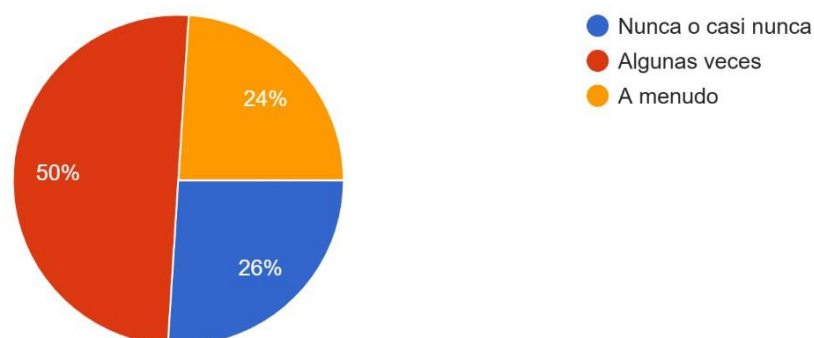
Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

Las respuestas reflejan una situación preocupante en cuanto al aislamiento percibido entre los residentes. El **50 %** de las personas encuestadas afirma sentirse aislado/a “**algunas veces**”, mientras que un **24 %** lo experimenta “**a menudo**”. Solo un **26 %** indica no sentirse aislado/a **nunca o casi nunca**. Esto significa que **tres de cada cuatro residentes perciben cierto grado de aislamiento**, lo cual pone de manifiesto una dimensión clave de la soledad dentro del entorno residencial. Esta percepción puede estar relacionada con la falta de vínculos significativos, la escasa participación en actividades grupales, o una integración social deficiente dentro del centro. Dado que el aislamiento social sostenido puede derivar en efectos negativos a nivel emocional, cognitivo y físico, resulta fundamental desarrollar intervenciones que promuevan la interacción, el sentido de pertenencia y el acompañamiento entre iguales.

Gráfico 7. Percepción de aislamiento social.

¿Con qué frecuencia se siente asilado/a de los demás?

50 respuestas



Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/ UCLA-3 (2025).

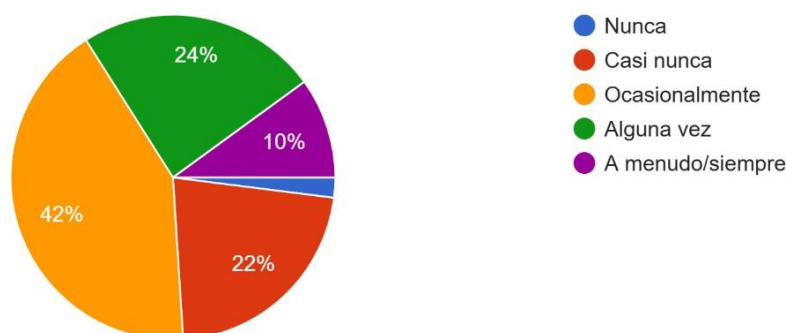
Aunque la escala TILS/UCLA-3 consta de estas tres únicas preguntas, se pueden resumir las tres en una sola que es ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?.

Las respuestas muestran que la mayoría de los participantes experimenta la soledad en diferentes grados. Un **42 %** afirma sentirse solo/a **ocasionalmente**, seguido de un **24 %** que lo siente **alguna vez**, y un **10 %** que lo experimenta **a menudo o siempre**. Por otro lado, un **22 %** indica que **casi nunca** se siente solo/a, y solo un **2 %** manifiesta no sentirse **nunca solo/a**. Estos resultados reflejan que más de tres cuartas partes de los encuestados (76 %) han experimentado la sensación de soledad en algún momento, lo cual refuerza la idea de que la soledad constituye un fenómeno presente y relevante dentro del contexto residencial. Esta percepción subjetiva de soledad, combinada con otros indicadores como el aislamiento o el sentimiento de abandono, debe ser tomada en cuenta para diseñar intervenciones que promuevan el bienestar emocional, el acompañamiento activo y la creación de vínculos significativos en el entorno residencial.

Gráfico 8. Frecuencia con la que las personas encuestadas se sienten solas.

¿Con qué frecuencia se siente solo/a?

50 respuestas



Fuente: elaboración propia a través de la Escala de TILS/Ucla-3 (2025).

A partir del análisis de los datos recogidos mediante los cuestionarios realizados a 50 personas mayores residentes en el centro, se puede observar una presencia significativa de la soledad en sus distintas dimensiones: emocional, relacional y social. En cuanto a la **percepción de falta de compañía**, un 74 % de los encuestados reconoció sentirla con cierta frecuencia, ya sea “algunas veces” (50 %) o “a menudo” (24 %). De forma similar, el sentimiento de **aislamiento social** también se manifestó con fuerza: el 74 % afirmó sentirse asilado/a en algún momento. Por otro lado, un 50 % expresó haber sentido **abandono emocional** al menos ocasionalmente. Además, cuando se preguntó directamente por la frecuencia con la que se sienten solos/as, solo un 2 % respondió “nunca”, mientras que el resto manifestó haberlo experimentado en mayor o menor grado: el 42 % de forma ocasional, el 24 % alguna vez y el 10 % con frecuencia.

Estos datos permiten afirmar que la soledad es una realidad presente y transversal entre las personas mayores encuestadas, incluso en un contexto como el residencial, donde teóricamente debería haber más oportunidades de interacción.

A nivel sociodemográfico, los resultados muestran que la mayoría de los participantes son mujeres (68 %), viudas (74 %), con un nivel de estudios centrado en la formación primaria o primaria incompleta (78 %). Además, todas las personas viudas llevaban más de un año en dicha situación, lo cual podría reforzar la persistencia del sentimiento de soledad a pesar del tiempo transcurrido desde la pérdida.

A través de la observación participante realizada durante el desarrollo de este trabajo, he podido comprobar que aquellas personas que manifiestan una mayor sensación de soledad suelen ser precisamente las que no participan en las actividades propuestas por el centro, o bien mantienen escaso contacto con otros residentes. Esta falta de implicación en la vida comunitaria del centro contribuye a su aislamiento y dificulta la creación de vínculos sociales significativos. En conjunto, los resultados sugieren que la soledad en el ámbito residencial no se debe únicamente a factores individuales o biográficos, sino también a dinámicas internas del centro y a la participación activa o pasiva en su funcionamiento cotidiano. Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de intervenciones profesionales orientadas a fomentar la inclusión social, la participación y el acompañamiento emocional de las personas mayores institucionalizadas. Y de la importancia de implementar un modelo de atención centrado en la persona (ACP) que puede significar el bienestar y la mejora de la calidad de vida de los residentes dentro de un centro residencial.

Y, según un estudio realizado por Prieto et al (2022), el autor subraya el papel fundamental de los Centros de Personas Mayores como espacios de protección frente a la soledad no deseada. Afirmando que estos recursos no solo promueven un envejecimiento activo y saludable, sino que actúan como verdaderos generadores de redes sociales y vínculos significativos. A través de la participación en actividades y del contacto cotidiano con otras personas, los mayores construyen relaciones basadas en la confianza, el apoyo mutuo y el reconocimiento. En este sentido, los centros contribuyen a reforzar la percepción de compañía y bienestar, funcionando como un elemento clave en la prevención de situaciones de aislamiento social y en la mejora de la calidad de vida en la vejez.

Aparte de estos resultados expuestos en gráficas, la escala TILS/ UCLA-3 tiene en cuenta una puntuación concreta para detallar el tipo de soledad al que se enfrentan las personas mayores. Por lo que, tras observar y analizar las 50 encuestas realizadas, diferenciamos entre soledad leve o sin existencia de soledad, soledad moderada y soledad grave. Para calcular el tipo de soledad de cada persona encuestada, necesitamos saber que la respuesta “Nunca o casi nunca” cuenta un punto, la respuesta “Algunas veces” cuenta dos puntos y la última respuesta “A menudo” cuenta tres puntos. Al final de este cuestionario se realiza la suma de los puntos obtenidos y se adquiere la puntuación final.

Siendo de 3 a 5 puntos considerada una soledad leve, de 6 a 8 una soledad moderada y 9 puntos máximo, la soledad grave.

En el conjunto de participantes (n=50), la puntuación medida con la escala TILS/ UCLA-3 se distribuye en tres niveles: soledad leve (n=27, 54%), soledad moderada (n=16, 32%) y soledad grave (n=7, 14%). En la distribución global permite contextualizar los resultados por sexo.

Por lo que, en cuanto a las encuestas realizadas y diferenciadas entre hombres y mujeres, nos encontramos con 19 mujeres residentes que experimentan una soledad leve, 11 una soledad moderada y 4 grave. Y en el caso de los hombres, encontramos a 8 de ellos relacionados con una soledad más leve, 5 residentes hombres una soledad moderada y 3 grave.

Cabe destacar ante estos datos, que, gracias a mi observación en la residencia, puedo decir a ciencia cierta que los hombres son menos participativos en las actividades propuestas por el centro y suelen ser más independientes para realizar sus tareas y eso puede que les haga estar más cómodos estando solos o, por el contrario, que les cueste un poco más adaptarse a la vida en el centro.

6. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo he podido comprobar que la soledad no deseada en personas mayores institucionalizadas es una realidad profunda, silenciosa y que ocurre por diferentes causas, que va mucho más allá de la mera ausencia de compañía física. A través de la recogida de datos cuantitativos, complementada con una observación participante continuada durante varios meses, he constatado que la soledad en el ámbito residencial está muy presente, incluso cuando existe convivencia y contacto constante con otras personas.

Los datos extraídos de la escala TILS/ UCLA-3 aplicada a cincuenta personas mayores residentes revelan que más del 70 % de ellas han experimentado sentimientos de aislamiento, abandono o falta de compañía en algún momento. Esta información, unida a lo observado en la práctica diaria del centro, revela que muchos residentes, especialmente quienes no participan en actividades ni mantienen vínculos estables con otros compañeros, tienden a vivir en una desconexión emocional y social que conlleva a un sentimiento de soledad moderada o grave. Estas conclusiones encuentran una base sólida en el marco teórico expuesto: la soledad en la vejez no es solo un fenómeno emocional, sino también una construcción social influida por factores como la edad, el género, la pérdida de relaciones significativas, el deterioro cognitivo, el nivel educativo o la institucionalización. Además, como reflejan los estudios revisados, la calidad de las relaciones sociales y la libertad de elección en los vínculos establecidos dentro del centro son elementos clave para comprender por qué, a pesar de estar rodeados de personas, muchos mayores se sienten solos.

En este contexto, el papel del Trabajo Social resulta esencial, no solo como mecanismo de intervención, sino como figura de referencia para detectar, prevenir y acompañar los procesos de soledad. La intervención desde el Trabajo Social no puede limitarse a resolver necesidades básicas o mediar entre familias, sino que debe apostar por una mirada integral que valore la historia de vida de cada residente, su entorno afectivo, sus capacidades, necesidades y su voluntad de participación en la comunidad del centro. Y es aquí donde se hace imprescindible destacar la importancia del modelo de Atención Centrada en la

Persona (ACP) como herramienta transformadora dentro del contexto residencial. El enfoque ACP propone situar a la persona mayor como protagonista activa de su propio cuidado, reconociendo su dignidad, autonomía, fortalezas y deseos, frente a modelos tradicionales más asistencialistas y estandarizados. Gracias a este enfoque, el profesional del Trabajo Social puede individualizar los apoyos, diseñar planes de atención personalizados (PAI) para trabajar con ellos y fomentar intervenciones que respondan tanto a las necesidades físicas como a las emocionales y sociales, que no se tienen mucho en cuenta, pero son muy importantes. La ACP nos recuerda que cada persona mayor es única y que su bienestar no puede reducirse a tener cubiertas sus necesidades básicas ya que necesitan ser escuchados y participar en su propia vida como protagonistas, que es lo que son y para logra esto, los profesionales del Trabajo Social debemos ser capaces de trabajar en equipo con el resto del personal, impulsar espacios de participación real dentro de los centros y facilitar dinámicas que promuevan el sentido de pertenencia, la conexión afectiva y la vida significativa.

Aunque también es importante destacar que no todos los resultados reflejan vivencias negativas. En las encuestas también han aparecido casos de personas que manifiestan no sentirse solas y estar satisfechas con su vida en el centro. A través de la observación participante he podido comprobar que estas personas suelen tener una red informal dentro de la propia residencia, compuesta por otros residentes con quienes comparten el día a día. Suelen acudir a diario a las actividades propuestas por el centro, muestran una actitud participativa y establecen vínculos afectivos estables. Este hecho refuerza la idea de que la socialización y la participación activa son factores protectores clave frente a la soledad, y que es posible generar bienestar emocional incluso dentro de un entorno institucional, siempre que se promuevan relaciones significativas y espacios de encuentro.

Por tanto, este trabajo me ha permitido comprender que combatir la soledad no deseada no es solo cuestión de aumentar actividades o visitas dentro del centro residencial, sino de cambiar el enfoque con el que miramos a las personas mayores. Desde el Trabajo Social tenemos la oportunidad y la responsabilidad de aplicar modelos como la ACP que nos permitan acompañar con respeto, dignidad y cercanía, humanizando la intervención y defendiendo el derecho de cada persona a no envejecer en soledad.

Creo que el Trabajo Social, si se hace desde la cercanía, la escucha activa y el respeto a la historia de vida de cada persona, puede marcar la diferencia en contextos como este y servir de agente principal en sus vidas y mejorar la calidad y el bienestar de ellas. Y que diseñar acciones desde un enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), como he hecho en este trabajo, no es una opción, sino una necesidad ética y profesional.

Por eso, más allá de las cifras o los gráficos, me quedo con la convicción y las vivencias propias de que hay muchas cosas que se pueden hacer para que ninguna persona mayor sienta que su única compañía es ella misma si no lo quiere así.

Y recapacito ante la idea de que, aunque las personas mayores hayan tenido, o no, una vida plena debido a la edad frente a otras personas, no pueden caer en el olvido y necesitan los mismos cariños, cuidados y expectativas que cualquier otra persona. Incluso deberíamos de agradecerles todo lo que han contribuido para que nosotros estemos donde estamos actualmente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, Z. de A. S., & Afonso, M. (2016). Loneliness from the perspective of elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313–324.
<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016019.150085>
- Bermejo Higuera, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>
- Brenton, M. (2013). Senior cohousing communities: An alternative approach for the UK? Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/housing/senior-cohousing-communities-an-alternative-approach-for-the-uk>
- Céspedes, I. F. (2019). Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez. *Anales en Gerontología*, 11(11), 141–157.
- Corral, M. H., & Sánchez-Suricallday, A. (2024). Consecuencias de la soledad y el aislamiento en las personas mayores: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 31(2), 100450. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2024.100450>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- De Asís Roig, R., & Godínez, L. C. R. (2025). Hacia un modelo de cuidados y apoyos comunitarios. *UNIVERSITAS Revista de Filosofía Derecho y Política*, 46, 5-25.
<https://doi.org/10.20318/universitas.2025.9199>
- Díaz-Veiga, P., Castiello, M. S., & Rodríguez, T. M. (2022). Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización. *ZERBITZUAN*, 77, 51-66. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.78.03>

- Expósito, F., & Moya, M. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579–585. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/375.pdf>
- Fantova, F. (2020). *Soledat, comunitat i serveis socials després de la pandèmia*. Llei d’Engel.
- Gajardo Jauregui, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta Bioethica*, 21(2), 199–205.
<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>
- Goikoetxea Iturregui, M. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, (41), 424–448.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>
- Goll, J. C., Charlesworth, G., Scior, K., & Stott, J. (2015). Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. *PLoS ONE*, 10(2), e0116664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116664>
- Gómez Auría, M. Á., Tolosa González, O., Rudilla Pinzón, L., Camacho Pescador, M. C., Gracia López, A. C., & Mansilla Bosqued, A. (2024, 16 de septiembre). El fenómeno del edadismo en las personas mayores. *Revista Sanitaria de Investigación*.
- Gummá Serra, E., & Castilla Mora, M. R. (2017). Cohousing de personas mayores: Un recurso residencial emergente. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 59, 51–84. <https://doi.org/10.24310/dts.59.2017.21702>
- Gussierra. (2024, 15 febrero). El trabajador social y la tercera edad - Salus Mayores. *Salus Mayores*. <https://salusmayores.es/blog/trabajador-social-tercera-edad/>

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672.

<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s. f.). Centros residenciales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://imserso.es/web/imserso>

Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León. (BOE-A-2024-8834). (s. f.). Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-8834

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, 15 de diciembre de 2006. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Lorente Martínez, R. (2017). La soledad en la vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández].

Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. SAGE Publications.

Martín García, M. (2012). Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social*, 98, 9-34

Martínez, T., Díez, P., Sancho, M., & Rodríguez, P. (2015). Modelo de atención centrada en la persona: Presentación de los cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento en Red*.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>

- Mora, M. R. C., González, L. M., & De las Olas Palma García, M. (2024). Cohousing Senior: un modelo de convivencia para conocer y aprender desde el Trabajo Social. *AZARBE Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 13, 29-39. <https://doi.org/10.6018/azarbe.604761>
- Morago, P. (2004). Práctica basada en la evidencia: De la medicina al trabajo social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 5–20.
- O'Dwyer, C. (2013). Official conceptualizations of person-centered care: Which person counts? *Journal of Aging Studies*, 27(3), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.03.003>
- Pedroso-Chaparro, M., Márquez-González, M., Fernandes-Pires, J., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., & Losada, A. (2021). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies In Psychology Estudios de Psicología*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Pereñíguez Olmo, M. D. (2012). Trabajo social e investigación: La práctica basada en la evidencia. TSMU. *Revista de Trabajo Social de Murcia*, (17), 1–16.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249–252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.002>
- Pinazo Hernandis, S., & Donio Bellegarde Nunes, M. (2018). La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención (Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, n.º 5). *Fundación Pilares para la Autonomía Personal*.
- Prieto Lobato, J. M., García García, J., de la Rosa Gimeno, P. & Vega García, C. (2022). *Estudio sobre el apoyo social y la soledad en personas mayores: P.I.D. “Aprendizaje servicio con personas mayores: apoyo social, redes sociales y*

soledad no deseada” (Informe, Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid).

https://juanmariaprieto.blogs.uva.es/files/2022/11/INFORME-ESTUDIO-SOLEDADE_PersonasMayores-PID-vf-09JUNIO2022.pdf

Quintero-Echeverri, Á., Villamil-Gallego, M. M., Henao-Villa, E., & Cardona-Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*, 36(2), 49–57. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>

Quiroz, J. E. S., & Lázaro-Cantabrana, J. L. (2020). La competencia digital de la ciudadanía, una necesidad creciente en una sociedad digitalizada. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (73), 37–50. <https://doi.org/10.21556/edutec.2020.73.1743>

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. *Aljibe*.

Rodríguez, T. M. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, (41), 209–231.

Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312–319.

Stake, R. E. (1995). The art of case study research. *SAGE Publications*.

Sønderby, L. C. (2013). *Loneliness: An integrative approach*. *Journal of Integrated Social Sciences*, 3(1), 1–29.

SoledadES – Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. (s. f.). Escala de soledad de la Universidad de California. <https://www.soledades.es/recursos/escala-de-soledad-de-la-universidad-de-california>

- Weiss, R. S. (1973). The study of loneliness. En R. S. Weiss (Ed.), *Loneliness: The experience of emotional and social isolation* (pp. 7–30). MIT Press.
- Yusta Tirado, R. (2019b). La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 88, 25–42. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2019.0014>
- Yanguas Lezaun, J. (2021, septiembre). La soledad no deseada en las personas mayores. Observatorio Social de la Fundación la Caixa.
- Yanguas Lezaun, J. (2018). Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores: Encuesta 2018. Obra Social la Caixa.
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura Talavera, C. (2018, septiembre). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61–71. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>

8. ANEXOS

Anexo A. Escala TILS/ UCLA-3 para medir la soledad no deseada en personas mayores.

ESCALA UCLA-3

INSTRUMENTO BREVE PARA DETECTAR RIESGO DE SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre

Edad: _____ años

Estado civil:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a

☐ Pareja de hecho o convivencia estable

☐ Viudo/a. Especificar: ☐ Menos de 1 año ☐ 1 año o más

Convivencia:

☐ Vive solo/a ☐ Vive con la pareja e hijos ☐ Vive con la pareja

☐ Vive con hijos ☐ Vive con hermanos ☐ Vive con padre/madre

☐ Vive con amigos ☐ Otros: _____

Nivel de estudios:

☐ No sabe leer ni escribir ☐ Primaria incompleta ☐ Formación primaria

☐ Formación secundaria (FP, bachillerato) ☐ Estudios universitarios

ESCALA BREVE DE SOLEDAD UCLA DE TRES ÍTEMS (UCLA-3)

1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

☐ Nunca o casi nunca ☐ Algunas veces ☐ A menudo

2. ¿Con qué frecuencia se siente abandonado/a?

☐ Nunca o casi nunca ☐ Algunas veces ☐ A menudo

3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás?

☐ Nunca o casi nunca ☐ Algunas veces ☐ A menudo

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA UCLA-3

Puntuaciones por respuesta:

- 1 punto: Nunca o casi nunca

ESCALA UCLA-3

- 2 puntos: Algunas veces
- 3 puntos: A menudo o siempre

Suma total: entre 3 y 9 puntos.

- 3-5 puntos: Soledad leve o ausencia de soledad
- 6-8 puntos: Soledad moderada
- 9 puntos: Soledad grave

MEDIDA DIRECTA DE LA SOLEDAD (PREGUNTA ÚNICA)

¿Con qué frecuencia se siente solo/a?

() A menudo/siempre () alguna vez () Ocasionalmente () Casi nunca () Nunca

Puntuación:

- 1: Nunca
- 2: Casi nunca
- 3: Ocasionalmente
- 4: alguna vez
- 5: A menudo/siempre

Las respuestas 4 y 5 indican soledad; la 5, soledad grave.

Nota

Las cuatro preguntas ayudan a detectar mejor los sentimientos de soledad, ya que las personas pueden no reconocerla directamente debido al estigma. Si sólo se puede usar una, se recomienda:

¿Con qué frecuencia se siente solo/a?

