



**RED DE ATENCIÓN
A MAYORES EN SOLEDAD**

PROGRAMA DE ACCIÓN



**Comunidad
de Madrid**

Carta de Concepción Dancausa, consejera de Familia, Juventud y Política Social

No cabe duda de que estamos viviendo una época en la que los vínculos sociales son cada vez más precarios. Esto provoca un aislamiento social que afecta especialmente a personas mayores, cuya situación se agrava como consecuencia de su jubilación, la pérdida de sus seres queridos, asociada a la edad o los problemas de salud física o psicológica.

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, el 18% de la población madrileña tiene más de 65 años. Y, de todas las personas que han alcanzado esta edad, el 25% vive sola en su casa, proporción que en 2030 llegará hasta el 30%.

Desde principios del año pasado, la Comunidad de Madrid viene trabajando en un programa regional para prevenir la soledad no deseada en personas mayores, creando una red de entidades, profesionales e instituciones, sensibilizadas y comprometidas con la soledad de estos mayores, con el objetivo de establecer fórmulas de intervención, consensuadas, comunes y coordinadas.

Ya en este año, la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha “Cuídame”, un programa piloto que se centra en la atención de personas mayores de pequeños municipios con el objetivo de fomentar el envejecimiento activo y hacer frente a situaciones de soledad no deseada.

Sin embargo, con una mirada esperanzadora y puesta en el futuro inmediato, no podemos recrearnos en la situación descrita, viendo a los mayores como un grupo frágil, necesitado de protección permanente, mientras el resto de la sociedad sólo les ofrecemos nuestro abrazo paternalista.

En la Comunidad de Madrid, somos conscientes de que la soledad no deseada de las personas mayores supone uno de los grandes retos del siglo XXI, pero no podemos olvidar que el concepto de envejecimiento es único y constituye una experiencia de vida.

En este sentido, queremos apostar a que los mayores de nuestra región con capacidad suficiente, puedan seguir dirigiendo su vida y tomar sus propias decisiones, sin necesidad alguna de sobreprotección. Solo ellos, pueden decidir si desean vivir en soledad porque consideren que les proporciona un gran bienestar emocional.

Nuestra misión, como servidores públicos, es evitar un aislamiento social en situaciones de soledad, así como detectar la soledad no elegida de los mayores, para actuar configurando una ruta de cambio personalizada, ofreciéndoles alternativas y acompañándoles en el camino de las nuevas oportunidades, pero siempre preservando su dignidad durante todo el proceso.

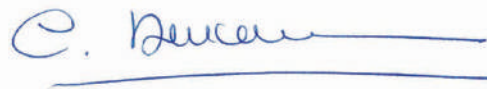
Por eso, me es grato presentar ahora este Programa, elaborado con la ayuda en el diagnóstico por parte del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, en el que, además de conocer la realidad de las personas mayores solas de la Región, se presentan unas propuestas de actuación de la Red de Atención a Mayores en Soledad de la Comunidad de Madrid, estableciendo las líneas estratégicas, objetivos y medidas a desarrollar por las entidades que participen en esta Red.

Quiero aprovechar para agradecer la colaboración del grupo de trabajo del Consejo Regional de Mayores de la Comunidad de Madrid y de las entidades que han participado en jornadas y simposios previos, lo que sin duda ha contribuido para que este Programa vea la luz.

En la Comunidad de Madrid apostamos siempre por la vida, y nuestro compromiso es que los mayores de nuestra Región puedan vivirla en un completo estado de bienestar físico, mental y social, acompañándoles con acciones transformadoras, desde la especialización profesional, y alejados de cualquier riesgo de vulnerabilidad.

Confío en que, con este tipo de iniciativas, los mayores de nuestra Comunidad que elijan libremente estar solos, puedan seguir estándolo, y que a aquellos que no lo deseen se les puedan ofrecer alternativas, evitando en todo caso que la soledad pueda incidir de manera negativa en la salud, calidad y esperanza de vida de los mayores que viven sin compañía.

Igualmente, la Comunidad de Madrid va a seguir trabajando para desarrollar acciones enmarcadas en un Plan de Prevención y actuación frente a la soledad no deseada, dirigidas a todos los grupos de población.



María Concepción Dancausa Treviño
Consejera de Familia, Juventud y Política Social
de la Comunidad de Madrid

Contenidos

1. PRESENTACIÓN	7
2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO SOLEDAD NO DESEADA	9
2.1 Primeras aproximaciones	10
A. Soledad No Deseada Vs. Soledad Voluntaria	10
B. Soledad Social y Soledad Emocional	10
C. Soledad colectiva	10
D. Consideraciones según la duración de la soledad	10
2.2 Definición de soledad	12
2.3 Envejecimiento y soledad	12
2.4 Repercusiones de la soledad en la salud	12
A. La influencia de la soledad en la salud física	13
B. Afectación de la soledad en la salud psicológica	14
2.5 Soledad y factores relacionados. Consideraciones para la intervención	15
A. Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la Soledad No Deseada	16
B. Factores de protección y propuestas de intervención	21
3. LA SOLEDAD EN CIFRAS	27
3.1 La población de la Comunidad de Madrid y el fenómeno del envejecimiento	28
A. Presente y futuro del proceso de envejecimiento	28
B. Características del proceso de envejecimiento en la Comunidad de Madrid	29
C. Percepción social de la vejez y la soledad	33
3.2 Las cifras de los factores de riesgo en materia de Soledad No Deseada	35
A. Edad	35
B. Sexo	36

C. Convivencia	38
D. Estado civil y relación de pareja	40
E. Estatus socioeconómico y educativo	42
F. Factor salud	43
G. Factor autonomía personal, dependencia y necesidad de cuidados	45
H. Ámbito territorial	46
I. Tipo de alojamiento	49
3.3 Conclusiones	52
4. PRIMERAS ACTUACIONES	53
4.1 Formulario de entidades en Red	55
4.2 Primer Simposio sobre Soledad No Deseada en las Personas mayores de la Comunidad de Madrid	61
4.3 Jornadas de trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad de Madrid	65
4.4 Estudio del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid	68
5. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN RED	71
6. PROGRAMA DE ACCIÓN EN RED	75
7. CALENDARIO DE DESARROLLO	89
AGRADECIMIENTOS	93
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	95
BIBLIOGRAFÍA	97



Presentación

Según el Diccionario de la Real Academia Española, RED significa “conjunto de elementos organizados para un determinado fin”.
Con este objetivo surge la Red de Atención a Mayores en Soledad de la Comunidad de Madrid

La longevidad y el envejecimiento de las personas son dos caras de la misma moneda que están provocando una de las transformaciones sociales más relevantes del siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida es un logro con impacto en todos los sectores de la sociedad, contribuyendo a una nueva realidad social en la que las personas mayores tienen un gran peso específico. Dar respuesta a este nuevo reto exige encarar el presente y futuro de esta sociedad, con formas de vida y convivencia distintas a hace unas décadas. Para poder afrontar este desafío es, pues, necesario conocer circunstancias y consecuencias relacionadas.

En el análisis de las nuevas formas de organización social y sus consecuencias, la Consejería de Familia, Juventud y Política Social detecta una delicada situación al alza que necesita ser prevenida y combatida: la Soledad No Deseada en personas mayores. La Soledad No Deseada es un fenómeno natural, un sentimiento personal afectado por muchos factores y estrechamente ligado a la red de relaciones interpersonales. Es cierto que esto puede ser percibido a cualquier edad, pero tiene connotaciones de especial riesgo en las personas mayores

debido a frecuentes limitaciones funcionales, sociales, económicas y otras, con efectos para su salud y bienestar.

Conscientes del problema que supone la Soledad No Deseada en mayores y de la preocupación creciente en administraciones, organizaciones y particulares, desde el Consejo Regional de Mayores de la Comunidad de Madrid se creó en 2020 un grupo de trabajo específico para promover medidas que abordaran este problema, instando a la Administración regional a poner en marcha un programa dirigido a evitar situaciones de Soledad No Deseada en mayores de la comunidad o que, caso de producirse, que esas personas fueran atendidas.

Toda la información y las aportaciones encontradas indican que evitar las situaciones (si es que fuera posible) estaría en función de un complejo conjunto de factores individuales, del contexto y sociales. Es por ello que evitar, o atender a mayores en Soledad No Deseada, requiere del conjunto de la sociedad. Para dar respuesta al encargo del Consejo, el programa se propuso construir una Red de entidades, profesionales e instituciones

sensibilizadas y comprometidas ante la Soledad No Deseada de las personas mayores, con fórmulas de intervención consensuadas, comunes y coordinadas.

En el presente documento se recogen aportaciones y evidencias científicas y empíricas de este concepto y de factores relacionados que ayuden a entender mejor este fenómeno. Se aportan datos que contextualizan y cuantifican el alcance de la soledad en mayores de la Comunidad.

También se describen las primeras acciones desarrolladas por la Consejería, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, para avanzar en el diseño de la Red y retos a los que buscar respuesta, desde el convencimiento de que es necesario enfrentar la atención a mayores en soledad desde una perspectiva plural y colaborativa:

- Una primera identificación de organizaciones y entidades interesadas en formar parte de esa primera propuesta de construir una red para combatir la soledad de las personas mayores.
- La celebración del I Simposio sobre Soledad no Deseada en las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid donde las visiones académica y técnica enmarcaron experiencias de éxito de distintas entidades en este ámbito.
- El desarrollo de unas Jornadas de trabajo donde personal y voluntarios de organizaciones del Tercer Sector, de las administraciones y del ámbito privado pusieron en común y debatieron los retos, estrategias de trabajo, prácticas y herramientas útiles para actuar desde la Red frente a la Soledad No Deseada.
- La realización, a través del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, de un estudio para identificar el marco conceptual y normativo y los factores relevantes para la intervención y para el diseño de políticas de atención a mayores en soledad.

Con las aportaciones de todos los implicados –Administración, entidades y sociedad civil–, y teniendo en cuenta diversos estudios para conocer la problemática a través de los propios afectados, se propone el Programa de acción de la Red de Atención a Mayores en Soledad de la Comunidad de Madrid. Sintéticamente, se trata de una propuesta de participación colaborativa en el que se propone:

- Elaborar, desarrollar y difundir un modelo de intervención consensuado, que aporte:
 - criterios compartidos para el desarrollo de actuaciones.
 - propuestas de intervención con elementos comunes.
 - protocolos para la coordinación de intervenciones.
- La aplicación por parte de cada miembro de la Red de dicho modelo, con autonomía, a través del establecimiento y desarrollo de planes, programas o proyectos de atención a mayores en Soledad en su ámbito de actuación. Se propone que esas actuaciones conozcan las características y necesidades de las personas mayores de su territorio o ámbito, fomenten su participación, consideren la adaptación de su organización y servicios, y asuman el compromiso de compartir su experiencia con el conjunto de la Red.
- Promover y alentar la adhesión y participación de organizaciones públicas y privadas en la Red.
- Recopilar y difundir el conocimiento de la experiencia del conjunto de integrantes de la Red para su mejora.

El Programa de acción en Red, por tanto, se propone como una fórmula que potencie sinergias entre actuaciones de cada uno de sus participantes en sus ámbitos territoriales, técnicos o profesionales, basándose, a su vez, en una cooperación directa entre todas las entidades que la integran.



Aproximación al concepto de Soledad No Deseada*

“La soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica”.

Robert Weiss (1983)¹

La soledad es un fenómeno natural, intrínseco al ser humano, universal y arraigado en prácticamente todas las culturas. Puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica¹. Es importante resaltar esta idea para evitar así el estigma hacia las personas mayores, asociando envejecimiento y soledad.

Parece oportuno señalar la diferencia entre soledad y aislamiento, dos conceptos que, en parte, están relacionados, pero que no pueden ser considerados como sinónimos: Por un lado, entendemos la soledad como el estado emocional subjetivo en el que una persona percibe un insuficiente número y/o calidad de las conexiones sociales que mantiene, en relación a lo que desearía.

El aislamiento social, en cambio, se refiere a una situación objetiva de ausencia de relaciones sociales duraderas o de mínimos contactos con otras personas o redes comunitarias.

Pese a que el aislamiento social de las personas mayores pudiera ser una opción conscientemente elegida, en muchas ocasiones este aislamiento representa el contexto en el que se pueden generar las situaciones de soledad.

Es por esto que hay personas que estando solas no sienten soledad (por ejemplo, personas que viven solas como elección y no como consecuencia) y otras que sí la sienten, aunque no estén socialmente aisladas (por ejemplo, personas mayores institucionalizadas que viven en residencias).

*A lo largo del documento podrá encontrar referencias bibliográficas numeradas que le permitirán conocer la fuente (autor/es, fecha de publicación, etcétera), por si fuera de su interés ampliar información.

2.1 Primeras aproximaciones

Por la complejidad del concepto, es importante hacer un repaso a través de diferentes aproximaciones a la soledad.

A. Soledad No Deseada Vs. Soledad Voluntaria

Cuando se habla de soledad es preciso diferenciar entre personas que “están solas”, “viven solas” y “se sienten solas”. Mientras la experiencia de sentirse solo siempre está asociada a algo no deseado, estar solo puede ser una experiencia deseada para fomentar la creatividad, facilitar la autorreflexión, la autorregulación, la concentración y el aprendizaje². Desde esta mirada, se diferencia entre dos tipos de soledad:

- **Deseada o elegida, voluntaria:** suele asociarse a experiencias placenteras que contribuyen a un crecimiento personal. Es saludable porque ocurre como una opción personal y temporal, puesto que se dispone de vínculos satisfactorios que permiten esa autonomía personal.

- **No Deseada o ajena a la voluntad de la persona:** genera sufrimiento y tiene importantes consecuencias para la salud y el bienestar físico y psicológico. Este concepto es el que nos ocupa y preocupa.

B. Soledad Social y Soledad Emocional

Entender bien el concepto de soledad requiere hacer también referencia a los conceptos de soledad emocional y social que distingue Weiss¹:

- **La soledad social** tiene que ver con la carencia de relaciones sociales y está relacionada con un sentimiento de marginalidad: “Es la sensación de aislamiento, de no ser aceptado por los otros”; la persona desea tener lugar dentro de un grupo de personas y compartir.

- **La soledad emocional** es la ausencia de relacio-

nes significativas para la persona, la ausencia de apego. Este tipo de soledad se asocia con sensaciones de vacío y tristeza y refleja el anhelo de encontrar a la “otra persona” con la que compartir la vida, y no solo desde el punto de vista de pareja, sino como deseo más amplio de compañía y cercanía al otro como apoyo y “compañero de viaje”.

C. Soledad colectiva

Se define la soledad colectiva como aquella que se produce por la forma de entender a un grupo, en este caso, las personas mayores. Se generalizan ideas, expectativas en diferentes esferas del funcionamiento personal y social que pueden llegar a condicionar la percepción y la valoración social por la comunidad en general y también, por las propias personas mayores. Las personas mayores pueden considerarse poco útiles o valiosas y una carga para la sociedad y las familias, lo que, sumado a otras circunstancias, puede conducir a evitar situaciones sociales no satisfactorias, disminuyendo el número de redes y contactos. Este tipo de soledad afecta principalmente a los hombres³ y tiene relación con el concepto de edadismo, que se entiende como una forma de conceptualizar a las personas mayores, que incluye tanto actitudes individuales como sociales hacia el envejecimiento²³.

D. Consideraciones según la duración de la soledad

Otro factor tenido en cuenta para establecer una clasificación de los distintos tipos de soledades es la duración que una persona experimenta de sentimientos de soledad. Autores como Young⁴ diferencian entre tres tipos de soledad:



- **Soledad pasajera:** Es la forma más habitual, se caracteriza por episodios cortos y ocasionales de sentimientos de soledad y, para la mayoría de las personas que la experimentan, carece de importancia⁵.

- **Soledad situacional:** Surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y la persona lo supera en el momento en el que acepta la pérdida.

- **Soledad crónica:** Es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales

satisfactorias, y tiene una duración de dos o más años.

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

2.2 Definición de soledad

Tras el repaso del concepto de soledad a través de diferentes clasificaciones fruto de una gran variedad de enfoques teóricos, queda clara la heterogeneidad del concepto de soledad, que da lugar a que se empiece a hablar de soledades ya que existen diversos tipos de soledades que pueden solaparse y experimentarse de forma simultánea en diversos momentos de la vida, con variabilidad en el grado de intensidad, duración y malestar subyacente. En este documento se tienen en cuenta las diversas aproximaciones al concepto de soledad, así como los diversos parámetros que pueden contribuir a enmarcar el tipo de soledad que experimenta la persona. No obstante, al no existir unanimidad, se propone como definición más apropiada la que parte de un enfoque cognitivo según el cual “la Soledad No Deseada es un sentimiento que se produce ante la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales, percibiendo quien lo sufre que sus necesidades sociales no están cubiertas por las relaciones interpersonales que mantiene, ni en cantidad ni en calidad”⁶.

La percepción de relaciones significativas e íntimas deficitarias o ausentes provoca una experiencia subjetiva y desagradable⁷, que es única para cada persona. Implica la presencia de afecto negativo (Dykstra, 2009)⁸, como dolor emocional, sufrimiento, desesperanza, inseguridad, abandono, insatisfacción, sentimiento de vacío, pérdida del sentido de la vida y otros estados emocionales aversivos que van a tener importantes consecuencias en el bienestar y calidad de vida de quien la padece⁹.

En síntesis, la Soledad No Deseada puede entenderse como una percepción que provoca sufrimiento a la persona.

2.3 Envejecimiento y soledad

La Soledad No Deseada, aunque puede estar presente en cualquier momento del ciclo vital, es en el proceso del envejecimiento donde cobra mayor potencia y se hace más visible debido a diversas circunstancias, como son, las pérdidas y los cambios sociales y personales que los seres humanos experimentamos en esta etapa vital. En concreto, se pueden encontrar tres tipos de pérdidas, o lo que Laforest (1991)¹⁰ denomina crisis (**figura 1**):

- **Crisis de identidad:** se relaciona con los cambios físicos y con la pérdida del “rol productivo” en la sociedad (jubilación), lo que puede generar un empeoramiento de la autoestima y un empobrecimiento del autoconcepto.
- **Crisis de autonomía:** proceso paulatino asociado a la reducción o pérdida de capacidades funcionales y sensoriales y a una mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas o invalidantes.
- **Crisis de pertenencia:** asociada a la de pérdida de personas del grupo de pertenencia, a la reducción de los grupos relacionados con la pasada vida profesional, al alejamiento de los hijos y los amigos. Esta crisis puede derivar en una percepción de un entorno diferente al que adaptarse, quizá sin referencias conocidas.

2.4 Repercusiones de la soledad en la salud

Muchas investigaciones señalan que la soledad supone un riesgo para la salud, muy semejante a los establecidos como factores de riesgo “clásicos” como la obesidad, el colesterol, etcétera, además de generar sufrimiento y disminuir la calidad de vida¹².

Figura 1. Tipos de pérdidas o crisis relacionadas con el sentimiento de soledad.



Fuente: Comunidad de Madrid. *Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid. 2022*¹¹.

Para la Organización Mundial de la Salud¹³, la soledad es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud de las personas mayores, y un factor que favorece su entrada en situaciones de dependencia.

Desde distintos estudios como "Ageing and Loneliness-Soledad y Personas Mayores"¹⁴, y con lo destacado en el I Simposio sobre Soledad No Deseada (Comunidad de Madrid, 2021)¹⁵ que se detallarán más adelante, destacamos lo siguiente de su influencia en la salud o de su relación con la salud:

A. La influencia de la soledad en la salud física

Las personas que se sienten solas pueden no cuidar su salud física, a diferencia de aquellas que reciben apoyo social que desarrollan comportamientos saludables.

Parece que la soledad aumenta la incidencia de los problemas cardiovasculares y el riesgo de accidentes vasculares; añade el peligro de padecer episodios inflamatorios ya que disminuye la expresión de genes ligados a la respuesta antiinflamatoria; favorece el desarrollo de procesos de estrés; eleva las alteraciones en el sistema

inmune; empeora la nutrición y aumenta las posibilidades de sufrir obesidad y otros trastornos digestivos; reduce la actividad física y funcional; y acelera la pérdida de funciones motoras.

Por otro lado, es necesario destacar que la fragilidad y la soledad han emergido como factores de gran relevancia. La fragilidad es un síndrome geriátrico común, predominantemente biológico, cuya principal característica es la mayor vulnerabilidad a los estresores como consecuencia de una disminución de la reserva homeostática del cuerpo y resistencia al estrés¹⁷. Es un estado dinámico y reversible, siendo un continuo en el que las personas pueden volverse más o menos frágiles con el tiempo. Los geriatras han conceptualizado diferentes situaciones en las que se ha aplicado el término, pero uno de los modelos más utilizados es el propuesto por Fried et al. (2001)¹⁶, que incluye cinco marcadores físicos: pérdida de peso involuntaria, agotamiento, disminución de la fuerza, actividad física reducida y enlentecimiento de la marcha.

El grado de fragilidad física de los mayores impacta en su bienestar. Las personas con fragilidad física tienen más riesgo de sufrir problemas de salud, y otros eventos como caídas, pérdida o falta de capacidad funcional, discapacidad, sentimientos de soledad, institucionalización e incluso la muerte.

B. Afectación de la soledad en la salud psicológica

La Soledad No Deseada está relacionada con el bienestar emocional de las personas. Se señala su relación con una baja autoestima, pronostica síntomas depresivos, problemas del sueño, conductas disruptivas o de adicción como el alcoholismo y otros problemas de salud mental, llegando incluso a generarse ideas suicidas⁹; e

incluso, algunos autores señalan que el sentimiento de soledad incrementa un 26% el riesgo de mortalidad prematura¹⁷.

La soledad no solo parece influir de forma nociva en la salud, sino que también genera lo que se denomina “salud percibida negativa”, es decir, la percepción subjetiva que tiene el individuo sobre su estado de salud general, que en el caso de las personas que sufren soledad es peor. Esto puede ser una de las causas del aumento de la utilización de los recursos sanitarios por parte de la población mayor que presenta soledad, lo que puede provocar un alza de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias y a los centros de Atención Primaria, así como una mayor probabilidad de ingreso hospitalario y en residencias de personas mayores.

Además, en los últimos años, el suicidio es motivo de gran preocupación, en particular entre las personas mayores de 75 años. La depresión, junto con otros trastornos psiquiátricos son, claramente, los factores de riesgo más importantes para que se produzca el suicidio entre las personas mayores. En este sentido, la mayoría de los adultos mayores que se suicidan viven solos. Sin embargo, la relación entre la soledad y el suicidio es compleja. De hecho, el aislamiento social tiene un impacto más significativo que la soledad como tal; y el riesgo de suicidio es particularmente alto durante el año siguiente al fallecimiento del cónyuge, siendo la pérdida del ser querido uno de los eventos de la vida más estresantes para la persona anciana (Pitchot, 2014)¹⁸. Además de lo anterior, algunos estudios señalan la Soledad No Deseada como factor predictor de deterioro cognitivo, añadiendo el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, así como un bajo autoconcepto. Donovan et al. (2017)¹⁹ identifica la soledad como un síntoma neuropsiquiá-

trico relevante en la preclínica de la enfermedad de Alzheimer. En relación con esto, estudios previos respaldan la relación entre soledad, deterioro cognitivo y mal de Alzheimer. Además, las personas con demencia tipo Alzheimer se caracterizan por ser más dependientes y vulnerables, tanto en los aspectos sociales como en los relacionados con la salud física y mental, lo que supone una serie de importantes desafíos para la sociedad y el sistema sanitario²⁰.

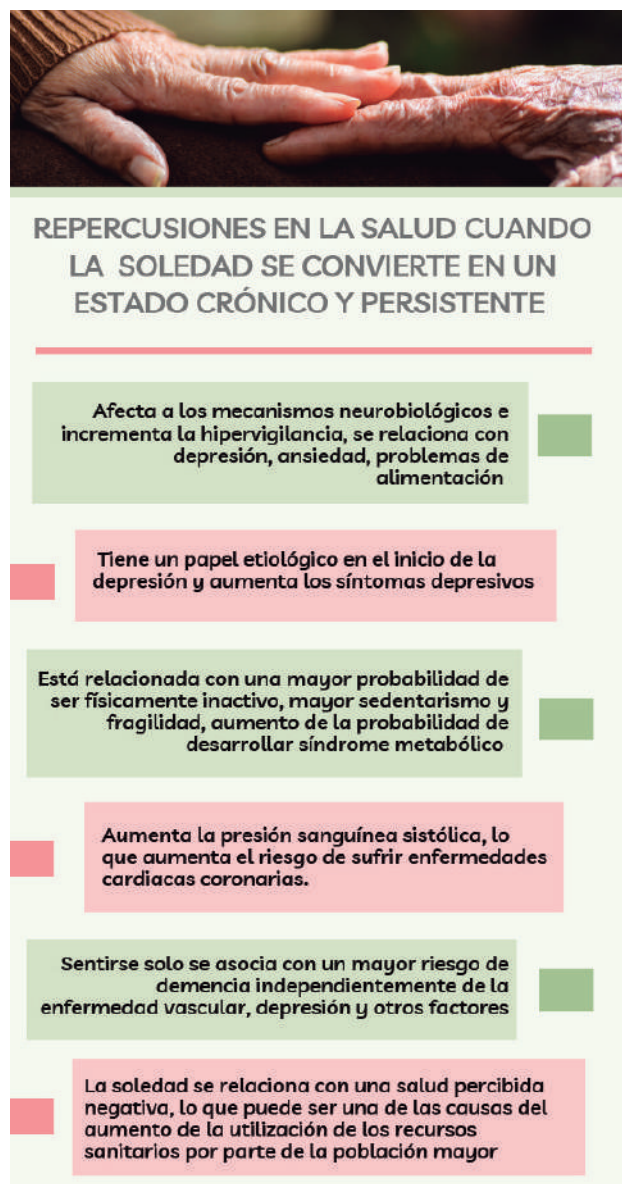
Con todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el sentimiento de soledad aumenta el riesgo de padecer diversos trastornos o enfermedades tanto a nivel físico como psicológico. **La figura 2** sintetiza las repercusiones que tiene en la salud la cronicidad de la Soledad No Deseada.

2.5 Soledad y factores relacionados. Consideraciones para la intervención

La experiencia de soledad surge de una combinación de factores predisponentes, tanto internos (personales, físicos, psicológicos) como externos (ambiente físico y social), que no afectan a todas las personas de la misma manera, presentándose gran variabilidad en su incidencia (Perlman et al., 1984)²¹. De ahí que las respuestas eficaces no puedan ser genéricas, globales o indiferenciadas. Se estima necesario analizar los factores de protección y de riesgo asociados a la Soledad No Deseada (SND) en las personas mayores, puesto que pueden ser esenciales para identificar perfiles poblacionales prioritarios y factores sobre los que intervenir:

- Los factores de riesgo pueden ser especialmente útiles para la detección de situaciones de Soledad No Deseada.

Figura 2. Repercusiones de la soledad crónica en la salud.



Fuente: Comunidad de Madrid. *I Simposio de Soledad No deseada en las personas mayores*. 2021.



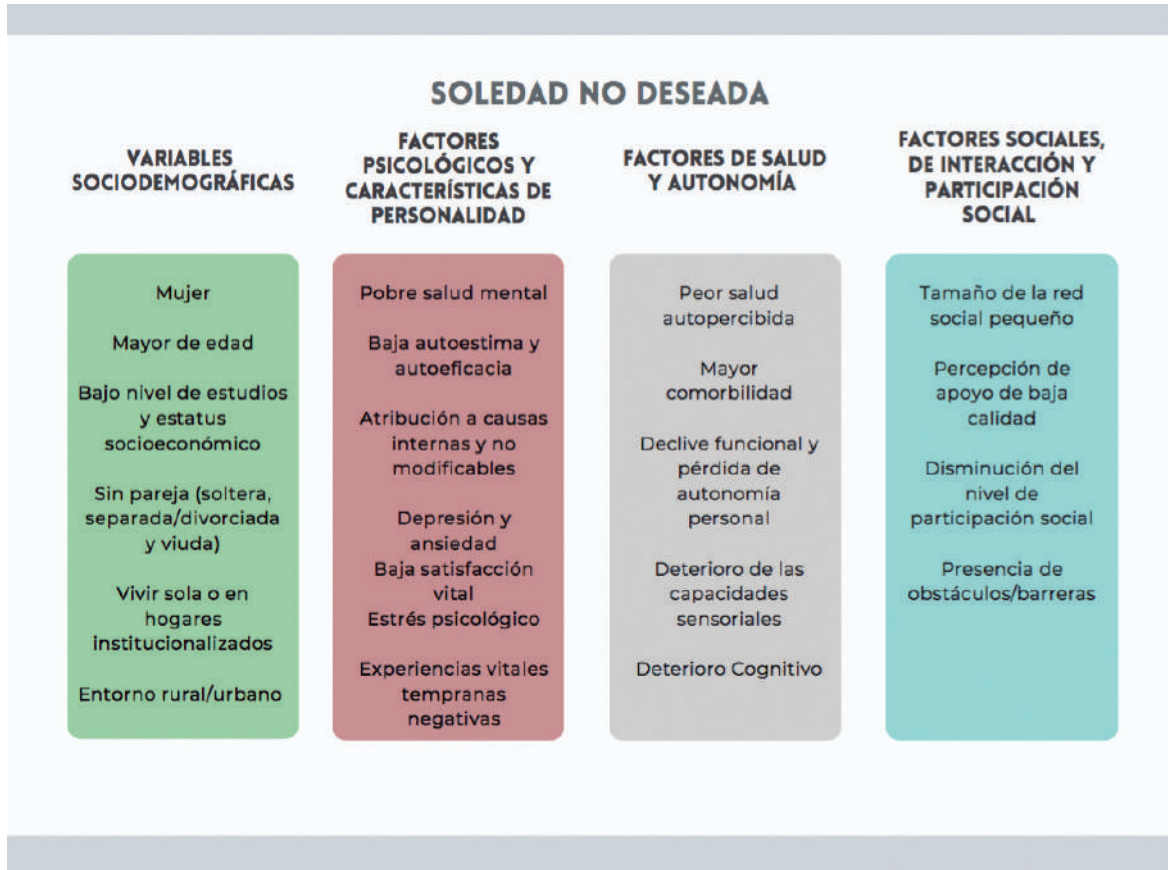
- Los factores protectores son fundamentales para la prevención e intervención. El conocimiento de estos factores, ya sean de riesgo o protectores, es fundamental pues para el diseño de intervenciones eficaces en paliar la Soledad No Deseada.

A. Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la Soledad No Deseada

Los factores de riesgo incrementan las posibili-

dades de que surjan situaciones de soledad y, a la vez, interaccionan con la misma. Por ello, es necesario tenerlos en cuenta a la hora de trazar cualquier estrategia contra la soledad. Se muestran en la **figura 3** los factores de riesgo sobre los que existe un amplio consenso entre expertos y expertas del mundo académico y aquellos vinculados a la práctica y a la intervención directa con las personas mayores. La identificación de estos factores permite caracterizar personas con vulnerabilidad a sufrir SND.

Figura 3. Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la SND.



Fuente: Comunidad de Madrid. *Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid.* 2022.

A continuación, se desglosan los **principales factores de riesgo**:

I. Variables sociodemográficas.

El género:

Hombres y mujeres pueden sentirse solos y solas. Pero son más las mujeres que afirman

sentirse solas porque suelen vivir más a menudo situaciones relacionadas con la soledad, como la viudedad o vivir en solitario. En el análisis cualitativo de las respuestas de profesionales que han participado en el estudio Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid

(2022)¹¹, “ser mujer se considera un elemento de mayor vulnerabilidad para experimentar Soledad No Deseada, asociado a tener una mayor esperanza de vida, mayor porcentaje de fallecimientos del cónyuge varón y mayor riesgo de ejercer como cuidadoras de larga duración”. Además, se incluye como factor de riesgo añadido la existencia de malos tratos en víctimas de violencia machista u otros tipos de violencia que afectan de forma diferencial a las mujeres¹¹.

La edad:

Como se ha indicado, la edad es un factor con mayor riesgo de que se produzcan pérdidas y cambios sociales y personales relevantes para

las personas. Las investigaciones dicen que la soledad se da más a partir de los 75 años, cuando se suelen producir más situaciones que la propician, como la pérdida de seres queridos. Ya se ha indicado la especial vulnerabilidad de las personas que enviudan.

II. Factores psicológicos y características de personalidad.

Características de competencias personales y habilidades:

No se conoce con certeza si determinados rasgos de personalidad –como la introversión– actúan como factores predisponentes de la



Soledad No Deseada (Perlman et al., 1981)²² o si, por el contrario, las personas que se sienten solas acentúan determinados rasgos de personalidad.

Lo que sí se sabe es que hay una serie de características, rasgos de personalidad y estados psicológicos, así como competencias personales y habilidades cuya ausencia o nivel deficitario se contempla como predictores de Soledad No Deseada: la baja autoestima, la baja autoeficacia y algunas características de estilos atribucionales, la depresión y la ansiedad, una baja satisfacción vital o haber sufrido experiencias vitales tempranas adversas¹¹.

III. Factores de salud y autonomía.

Estado de salud:

Según estudios de ámbito internacional, los factores de riesgo más relevantes asociados a la salud que han de ser tenidos en cuenta para la identificación de personas en situaciones de vulnerabilidad son los siguientes: salud autopercebida, declive funcional o pérdida de autonomía personal, dificultades de movilidad y deterioro de las capacidades sensoriales. A mayor comorbilidad, mayores niveles de Soledad No Deseada¹¹.

IV. Factores sociales, de interacción y participación social.

Los factores sociales se refieren a las variables relacionadas con el entorno próximo de la persona, que en muchas ocasiones no son tenidas en cuenta y, sin embargo, son esenciales en la comprensión y abordaje de la Soledad No Deseada.

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

Contexto social y relacional:

Muchas investigaciones han demostrado la existencia de una asociación significativa entre el tamaño de la red social y los sentimientos de soledad (Víctor et al., 2000)²³. Cuanta más extensa y diversa es la red de apoyo socioemocional (familiares, amigos, vecindad, pluralidad de edades y culturas) mayor es su eficacia, siendo más relevante la calidad del vínculo y del apoyo social.

Además del tamaño objetivo de la red social, es importante la percepción de apoyo social por parte de las personas mayores, así como el nivel de participación social. Y es que participar en la comunidad y ser una persona socialmente comprometida genera sentimiento de competencia y pertenencia al grupo, favorece la comunicación y fomenta la autoestima. Cuando una persona sufre soledad disminuyen los niveles previos de participación social.

Contexto económico-social:

- Situación económica (bajos ingresos, deudas...).
- Características de la vivienda (barreras arquitectónicas, infravivienda, falta de recursos básicos...)
- Lugar de residencia: institucionalizado o en vivienda propia, unipersonal, compartida...
- Servicios disponibles, que afecta a la percepción social de las personas y, en algunos casos, son facilitadores o proveedores de redes sociales (transporte, recursos sociosanitarios públicos y privados, contexto rural, familiares lejanos, etcétera).

Barreras y facilitadores:

Diversas investigaciones han detectado que el avance de la edad coincide con un descenso en el nivel de participación en actividades sociales, que es un factor relacionado con la percepción de salud y bienestar. Es preciso analizar qué factores del entorno resultan facilitadores o barreras u obstáculos a tener en cuenta en el diseño y puesta en marcha de actuaciones:

- **La existencia de obstáculos físicos o estructurales.**

Hay un acuerdo generalizado respecto a los problemas de accesibilidad que pueden encontrar las personas en su entorno, aunque desde hace años se viene incidiendo en la aplicación de criterios de diseño universal, tanto en espacios y mobiliario público, en transporte, así como en el diseño y prestación de bienes y servicios.

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

- **Barreras sociales: actitudes que incluyen estereotipos, estigmas y prejuicios hacia las personas mayores.**

Parece encontrarse una forma de percibir a las personas mayores, en la que tiene peso una consideración extendida de fragilidad, asumiendo que hay que protegerlas y tomar decisiones por ellas, desde una visión de cierto paternalismo y a veces infantilizadora.

Ello parece que va en detrimento del reconocimiento de la experiencia vital que tienen y lo que ello puede suponer para el crecimiento de la sociedad.

Esta forma de conceptualizar a las personas mayores es lo que se llama edadismo, e incluye tanto actitudes individuales como sociales hacia el envejecimiento y las personas mayores (Royal Society for Public Health, 2018)²⁴. El edadismo afecta a cómo la sociedad percibe a las personas mayores y su valor social pero también a lo que las personas mayores esperan de sí mismas y de su papel en la sociedad. También a lo que el resto de personas esperan de sí y de su papel cuando sean mayores.

Es un estigma que provoca prejuicios en las propias personas mayores. El edadismo interiorizado parece generar la presencia de la profecía autocumplida, de manera que aquellas personas que creen en edades tempranas que la soledad es una parte inevitable del envejecimiento, incrementan la probabilidad de experimentar altos niveles de soledad cuando son personas mayores²⁵.

Si es importante detectar los casos de personas mayores que sufren soledad, no se puede olvidar que también es fundamental evitar el estigma hacia este colectivo, asociando envejecimiento y soledad, como ya se ha expuesto anteriormente.

- **La brecha digital.**

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

- **Presencia, conocimiento y acceso a servicios, programas y actividades útiles y significativas para las personas mayores.**

La participación en actividades sociales se asocia a vivir en buena salud y se asocia con la disponibilidad de oportunidades. Por ello se valora como facilitador el acceso a servicios y recursos, tanto generales, el transporte o sanitarios; como a otros más específicos, por ejemplo, la oferta de actividades interesantes, útiles y significativas para las personas mayores.

En ocasiones, algunas personas mayores no demandan servicios o programas por su desconocimiento. A veces, como en el caso del sentimiento de SND, los profesionales señalan una percepción desajustada de esa situación por parte de los mayores, del número de personas a las que afecta, de la trascendencia que tiene ese sentimiento en su bienestar, de la disponibilidad de servicios y de la conveniencia de demandar atención¹¹.

B. Factores de protección y propuestas de intervención

I. Marco de intervención.

Anteriormente se ha utilizado como definición de soledad para este documento, la soledad como sentimiento que se produce ante la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales, percibiendo quien lo sufre, que sus necesidades sociales no están cubiertas por las relaciones interpersonales que mantiene, ni en cantidad ni en calidad. Desde el planteamiento de una actuación tendente a intervenir en ello, requiere de un análisis de cómo intervenir y qué conocimiento o experiencias avalan más un tipo de intervención u otras.

La soledad necesita un abordaje (individual)

complejo, completo e interdisciplinar, debido a su influencia en muy distintas áreas de la vida de las personas mayores: salud, bienestar, sentimientos, vulnerabilidad, etcétera. Existe una corriente en el marco de la atención a mayores en el que se señala la importancia de centrarla en la persona, de manera que su demanda y satisfacción determine la medida de los resultados.

Como se ha señalado, es importante comprender la situación y características de cada persona para diseñar un plan personalizado que actúe minimizando, rebajando y conteniendo los factores de riesgo y barreras detectados, aprovechando los facilitadores disponibles, manteniendo y promoviendo los factores de protección. En el presente apartado se analizan factores y elementos que se valoran relevantes a la hora de enfocar la intervención, así como de promover líneas de trabajo desde las que se prevean mejoras en situaciones de Soledad No Deseada.

II. Factores de protección.

Los factores de protección pueden definirse como esas variables que minimizan las posibilidades de que surjan situaciones de soledad, siendo fundamentales para la prevención e intervención. En este sentido, se señalan aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos vinculados al comportamiento prosocial, que potencian las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas³⁰. El concepto de factores de protección está muy relacionado con la teoría del aprendizaje social y la teoría del control social, y se valora su potencial en la prevención de la SND para promover habilidades de afrontamiento ante estas situaciones.

Parece conveniente recoger referencias de aquellos factores que puedan tener un efecto protector en el afrontamiento de situaciones adversas, como pueda ser el del sentimiento de Soledad No Deseada. En este sentido, desde el estudio de los factores de protección dirigidos a otros grupos poblacionales²⁶ se han detectado efectos que podrían esperarse también en población mayor ante la necesidad de afrontar situaciones de Soledad No Deseada, como pudieran ser la reducción del impacto de los factores de riesgo en el bienestar emocional. Algunos factores que este tipo de estudios

se señalan están relacionados con una personalidad resiliente, procesamiento cognitivo positivo de experiencias adversas y otras vinculadas a la autoestima positiva y percepción de autoeficacia.

Analizando el término factores de protección, se puede afirmar que no solo el propio sujeto es responsable del desarrollo de los factores de protección, sino que las personas de su entorno tienen que ser conscientes de las ventajas, el valor, la responsabilidad y el esfuerzo que supone adquirirlos y desarrollarlos.

Además, todos ellos deben valorar sus efectos



positivos, así como el beneficio social que suponen (Leandro, 2017)²⁷.

Parece haber poca literatura en este ámbito que, por otro lado, sería conveniente para el diseño y desarrollo de una posible línea de intervención específica con este fin.

Para la realización del estudio “Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid” (2022)¹¹, las autoras elaboraron un Cuestionario para profesionales de municipios de la Comunidad de Madrid cuyo ámbito de trabajo tenía relación directa con la definición, desarrollo o gestión de políticas o de servicios de atención directa a las personas mayores, y trabajadores y trabajadoras de servicios públicos o privados de la Comunidad de Madrid. En dicho cuestionario, los profesionales destacaron la importancia, como variables protectoras de la Soledad No Deseada, a disponer de:

- Entorno saludable, de cuidado y protección.
- Relaciones familiares y sociales positivas.
- Actividades interesantes y motivadoras.
- Acompañamiento.
- Fortalecimiento de la capacidad autónoma.
- Servicios domiciliarios y recursos de proximidad.

Estos factores hacen referencia en su mayor parte a factores externos, sociales y del entorno, sobre los que, en muchas ocasiones, no es posible intervenir, y otros sobre los que sí es posible la intervención de alguna manera. Solo el referido al fortalecimiento de la capacidad autónoma puede considerarse como un factor psicológico de tipo interno. Y es que también hay factores internos de protección que se relacionan con las competencias personales. Y los conocimientos se transmiten, las habilidades se

entrenan y las actitudes se promueven. La intervención en Soledad No Deseada se dirige a promover este tipo de factores internos, que pueden incrementarse o mejorar mediante el aprendizaje y la práctica.

La variable más relevante en la protección contra la Soledad No Deseada es la conexión social, de manera que aquellas personas con relaciones sociales íntimas, fuertes y de calidad, son capaces de mantener su independencia, permitiéndoles esto, al mismo tiempo, comprometerse con relaciones sociales que ayudan en la prevención de la soledad (Ten Bruggencate et al., 2019)²⁸. La creación de vínculos entre personas que faciliten esta “conexión social” puede realizarse desde diferentes niveles de intervención en función de la persona y su situación:

- Se puede promover el acompañamiento físico de las personas que se encuentran en situación de aislamiento y/o el acompañamiento emocional a aquellas que vivencian la Soledad No Deseada.
- Se puede incidir en los factores sociales fomentando la participación social de las personas mayores en el diseño y planificación de toda medida que les afecte, activando la sensación de control percibido sobre sus vidas, lo cual contribuye a prevenir sentimientos de soledad. En general, la intervención debe facilitar oportunidades de participación social.
- Se puede incidir en los factores psicológicos que fortalezcan las capacidades de las personas mayores para la vida independiente, apoyándolas para favorecer su participación en actividades que promuevan la adquisición de habilidades para la vida autónoma y el mantenimiento de estilos de vida saludables. Este aspecto es particularmente relevante en el caso de las personas mayores que viven en centros residenciales.



Hablar de soledad es hablar de relaciones entre ciudadanos, de personas que se hacen cargo de la vida de otras personas, y de su bienestar.

Con estas ideas como punto de referencia y teniendo en cuenta diferentes estudios, es preciso puntualizar algunos aspectos sobre las propuestas de intervención: contextos y tipos de intervención.

III. Contextos.

Por otro lado, respecto al contexto de intervención, algunas revisiones metodológicas han encontrado que las intervenciones más eficaces son las grupales, que incluyen actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos y que se sirven de los recursos comunitarios existentes.

Algunos estudios señalan la estabilidad en la frecuencia en intervenciones grupales que facilitan

el establecimiento y mantenimiento de vínculos entre participantes.

Por último, es recomendable que estas actuaciones incluyan un entrenamiento y apoyo específico a los facilitadores, en ocasiones personal voluntario, de estas acciones.

IV. Tipos de intervención.

En la **figura 4**, se diferencian cuatro tipos de intervenciones.

Las intervenciones que aumentan las habilidades sociales y las dirigidas al entrenamiento socio-cognitivo remiten a factores internos, personales, de tipo psicológico, pues tienen como fin dotar a la persona de recursos personales propios que contribuyan a una red

de relaciones y vínculos de calidad. Estas intervenciones se refieren a factores personales que pueden surgir del análisis de las diferencias interindividuales en la forma de vivenciar y afrontar la soledad.

Un segundo grupo lo constituyen las intervenciones dirigidas a fortalecer el apoyo social y las que incrementan las oportunidades de interacción social. Este tipo de intervenciones se centran más en los factores sociales y contextuales que envuelven a la persona, se dirigen más a modificar el entorno, facilitar oportunidades de participación y de interacción social. Entre estos últimos y en el contexto individual se valora, especialmente, el acompañamiento emocional.



Figura 4. Tipos de intervenciones.



Fuente: Comunidad de Madrid. Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid. 2022¹¹.



La soledad en cifras

Para contribuir al diseño de estrategias y actuaciones para la atención de mayores en soledad, a continuación se aportan datos de aproximación al perfil sociodemográfico de los potenciales destinatarios de las mismas

Para acercarnos al fenómeno de la Soledad No Deseada en las personas mayores de la Comunidad de Madrid, a través de datos encontrados en relación a los factores de riesgo anteriormente descritos, han de tenerse en cuenta las singularidades para recoger información de este tipo, debido al fenómeno mismo, cuya subjetividad afecta a la medición de situaciones de Soledad No Deseada.

Para contribuir al diseño de estrategias y actuaciones para la atención de mayores en soledad, a continuación se aportan datos de aproximación al perfil de los potenciales destinatarios de las mismas. Se presentan datos sociodemográficos recientes procedentes de fuentes oficiales de ámbito europeo, nacional, autonómico y local,

que nos facilitan una aproximación a la situación de las personas mayores de 65 años que residen en la Comunidad de Madrid.

El análisis de la relación entre las características sociodemográficas de la población mayor de 65 años y los factores de riesgo considerados más relevantes descritos en el apartado anterior permite señalar grupos de especial vulnerabilidad respecto a sufrir Soledad No Deseada o aislamiento, población diana de este estudio. Asimismo, contribuye a dimensionar la magnitud y el alcance que deberán adquirir las políticas y estrategias que se pongan en marcha para prevenir, detectar a tiempo y generar alternativas de intervención que mejoren la calidad de vida de las personas destinatarias.



3.1 La población de la Comunidad de Madrid y el fenómeno del envejecimiento

Las tasas de longevidad de la Comunidad de Madrid van en aumento, dato que hay que celebrar ya que es un triunfo del aumento de la calidad de vida de las personas mayores

A. Presente y futuro del proceso de envejecimiento

La longevidad que caracteriza a las sociedades del siglo XXI plantea un escenario desconocido hasta el momento, desde el punto de vista de las políticas públicas y desde la propia concepción de la sociedad. Actualmente, vivimos una “revolución demográfica” a nivel internacional, con 750 millones de personas de más de 60 años en todo el mundo y que se triplicará en tres décadas, según las previsiones, hasta alcanzar los 2.000 millones.

En paralelo con el gran logro de la longevidad abordamos otra variable muy importante en este campo: la esperanza de vida al nacer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2021, la Comunidad de Madrid alcanzó los valores más altos de esperanza de vida de España, con una media de 84,6 años, sobre los 83,1 años a nivel nacional. Entre las mujeres madrileñas, la expectativa de vida se incrementa hasta los 87,16 años y la de los hombres se queda en 81,81 años. Pero, además, según los últimos datos publicados de Eurostat (2019)³², en sus unidades territoriales



(NUTS-2), la región de Madrid, como unidad territorial encabeza el *ranking* regional europeo con mayor esperanza de vida.

A modo de aproximación, en 2020, uno de cada cuatro hogares en España era unipersonal, según los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2020 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística.

Esta Encuesta²⁹ dice que:

- En España había 4.889.900 personas viviendo solas en el año 2020. De esta cifra, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años y en Madrid ese dato alcanza el 39,68%.

- Si bien en menores de 65 años es mayor la proporción de hombres que viven solos, esta proporción va cambiando al aumentar la edad. Así, en España, de las 2.131.400 personas mayores de 65 años que vivían solas en 2020, un 70,90% eran mujeres, mientras que en Madrid era el 79,71%.

- Por edad, el 44,1% de las mujeres mayores de 85 años vivían solas, frente al 24,2% de los hombres.

Estos datos cuantitativos deben complementarse con otros que hacen referencia a cuestiones subjetivas de percepción de la soledad. Un ejemplo de esto es la encuesta realizada entre 1.688 personas (de entre 20 y 100 años)

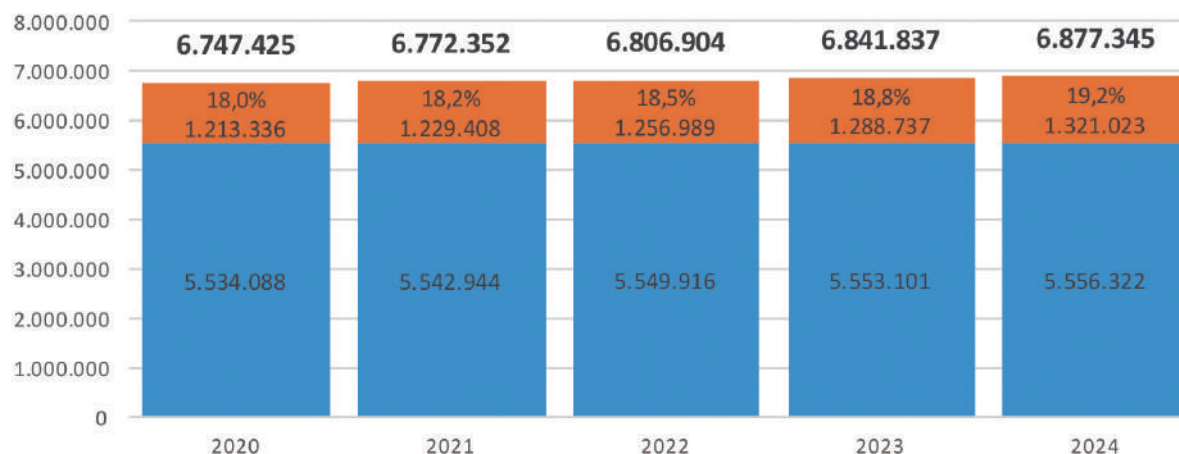
llevada a cabo en 2018 por el Programa de Mayores de la Fundación La Caixa en ocho localidades españolas. En ella se recogía que un 43,6% había respondido estar en riesgo de aislamiento social o sentirse sola y un 11,8% dijo estar en ambas situaciones³⁰. Los resultados van en línea con los obtenidos en otras encuestas recientes que ya incluyen la variable de los efectos provocados por la pandemia. Así, según el informe “El impacto de la Covid-19 en el sentimiento de SND de las personas mayores”, del Observatorio de la Soledad³¹, el 41% de las personas mayores manifiesta un aumento de su sentimiento de soledad durante

ese periodo, y hasta un 59% se ha sentido más vulnerable.

B. Características del proceso de envejecimiento en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid, la población de personas mayores alcanza el 18,33% de la población y más de 1.200.000 personas tienen 65 años o más. Hablamos, pues, de una población con un nivel relativamente alto de envejecimiento, y con tendencia a que el peso de las personas de 65 y más años siga creciendo, como se evidencia en la **figura 5**.

Figura 5. Evolución del número de habitantes de la Comunidad de Madrid de 2020 a 2035 y su distribución entre mayores y menores de 65 años.

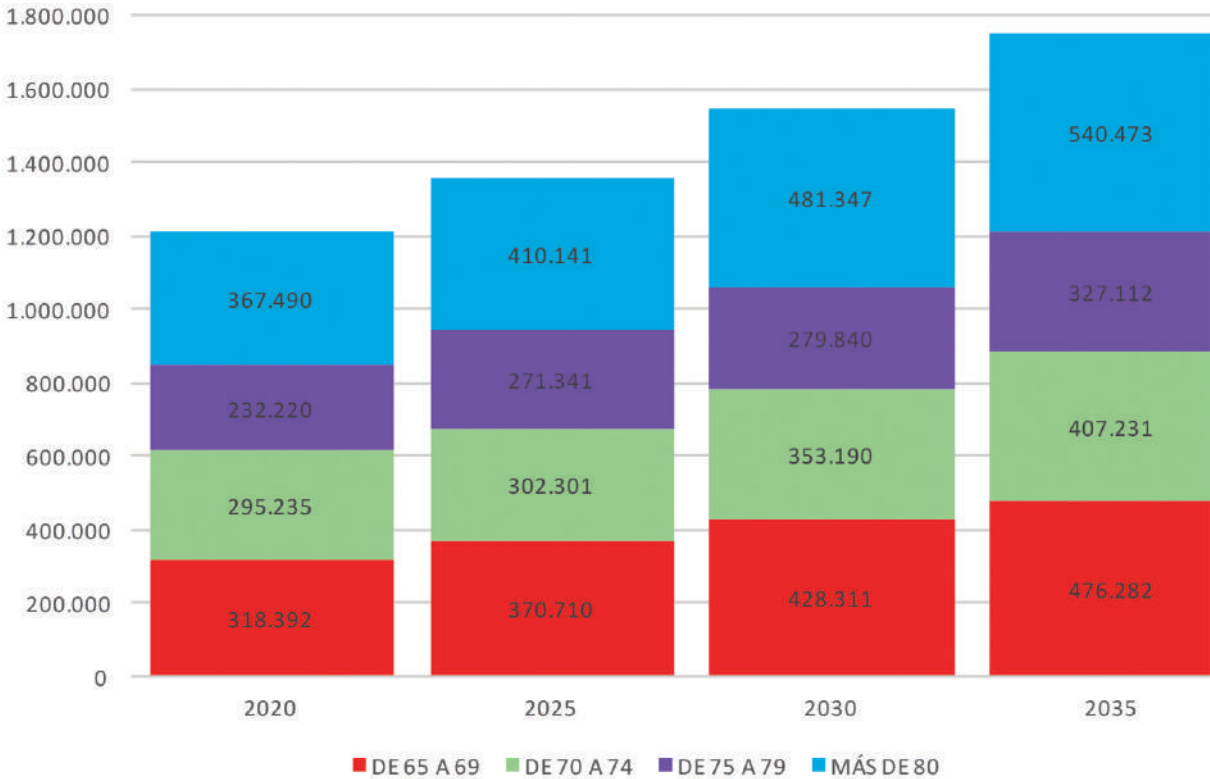


Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores de Estructura de la Población. Resultados por comunidades autónomas. Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma. 2022.*

Por otro lado, se está incrementando el fenómeno del sobrevejecimiento demográfico, es decir, la proporción de población de las edades más altas –más de 85 años de edad– crece más

rápido que la del conjunto del grupo de 65 y más. Según las previsiones, esta tendencia se mantendrá en el futuro próximo, como se observa en la **figura 6**.

Figura 6. Evolución de la población mayor de la Comunidad de Madrid de 2020 a 2035, por tramos de edad.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Proyección de la población de España. Resultados por comunidades autónomas: serie 2020-2035.* 2022.

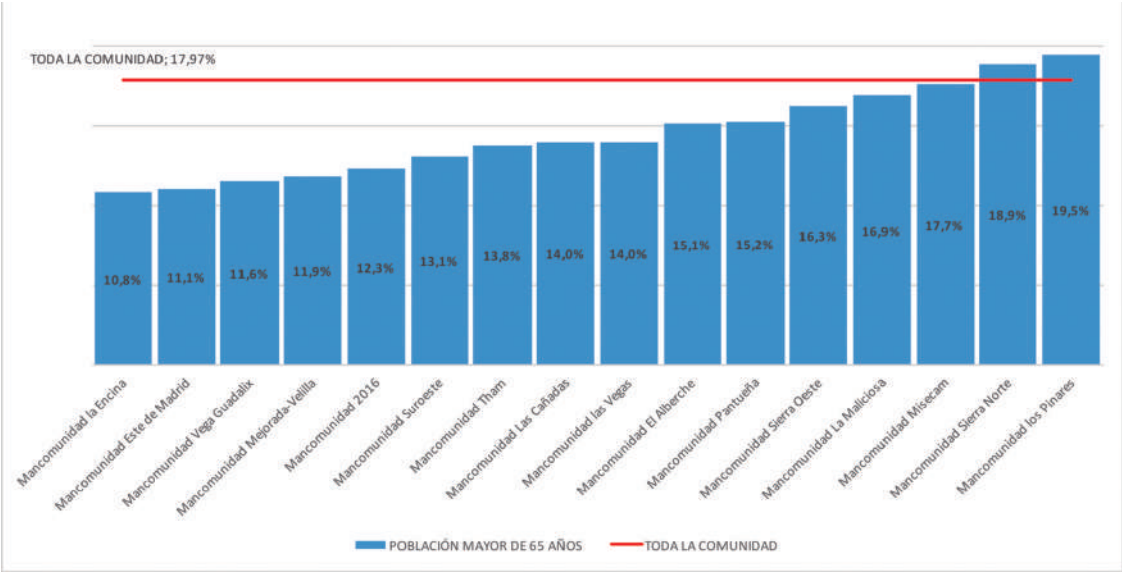
Como se observa, las tasas de longevidad de la Comunidad de Madrid van en aumento, dato que hay que celebrar ya que es un triunfo del aumento de la calidad de vida de las personas mayores, pero que debe acompañarse también de un aumento en los años de vida en los que la persona tiene la capacidad de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

Como hemos dicho, los municipios de Madrid ya lideran el *ranking* de los más longevos de España al tener sus residentes una esperanza de vida superior a los 80 años. En nuestra región, en 2020 el 5,43% de personas (367.490 como puede verse en la **figura 6**) superan la barrera de los 80 años, quienes representan el 30,20% del total de personas mayores de 65 años, un porcentaje que ha

aumentado un 16,9% en solo cinco años. Además de las estadísticas de edad, es preciso tener en cuenta cómo se reparte la población en los diferentes municipios. Las zonas rurales presentan problemáticas particulares, relacionadas con la ausencia de recursos en núcleos más pequeños y las características de la población. Este asunto se destacó como un reto clave que será tenido en cuenta en una propuesta de trabajo en red regional en las Jornadas de trabajo organizadas por la Comunidad antes aludidas³³.

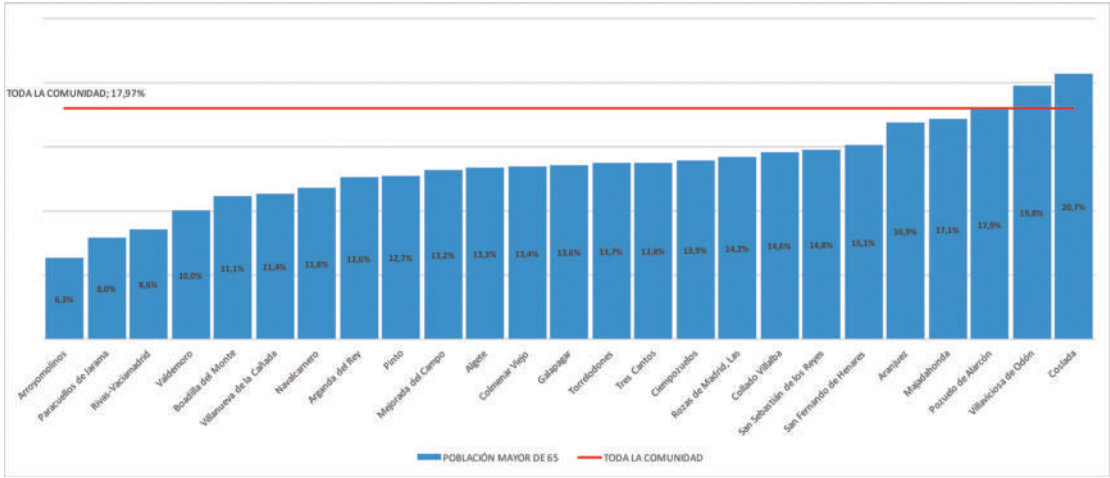
En las **figuras 7a, 7b y 7c** puede verse el porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en mancomunidades y municipios de diferente tamaño poblacional e identificar los núcleos con mayor concentración de mayores.

Figura 7a. Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en mancomunidades de servicios sociales de la Comunidad de Madrid (municipios de menos de 20.000 habitantes).



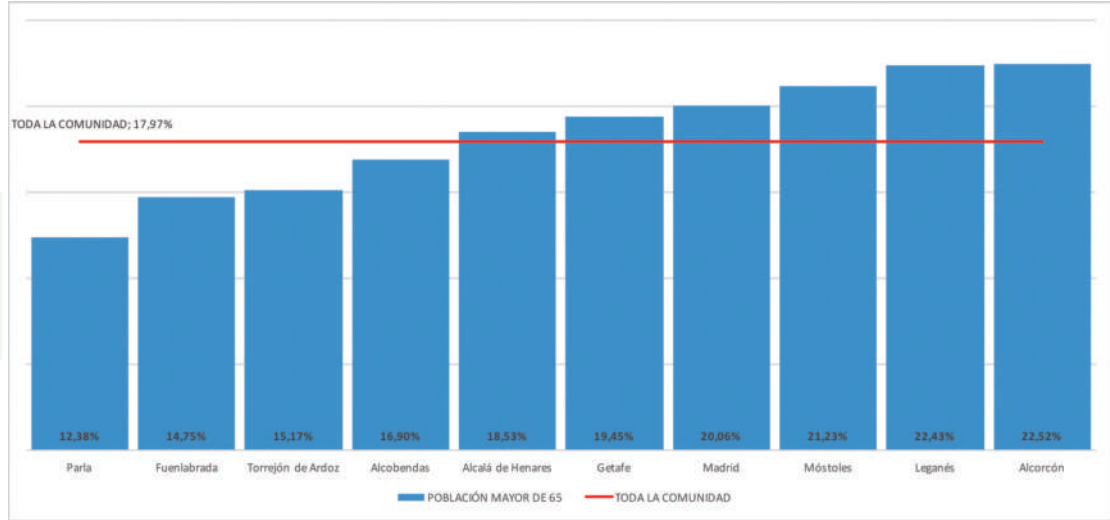
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores de Estructura de la Población*. 2021.

Figura 7b. Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en municipios de entre 20.000 y 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores de Estructura de la Población*. 2021.

Figura 7c. Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en municipios de más de 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid..



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores de Estructura de la Población*. 2021.

C. Percepción social de la vejez y la soledad

Toda esta información respecto al envejecimiento de nuestra región cobra especial importancia si tenemos en cuenta que, generalmente, la soledad es una experiencia psicológica que cultural y socialmente siempre se ha vinculado a la vejez. Esta creencia generalizada se ha confirmado repetidamente en la literatura científica. Como ejemplo podemos señalar la investigación de revisión realizada por Cohen-Mansfield et al. (2016)³⁴ en la que encuentra que numerosos estudios consideran la edad avanzada un factor de riesgo para la Soledad No Deseada.

Asimismo, en una encuesta realizada en España con población general³⁵, el análisis de las opiniones indicó que se consideraba al grupo de personas mayores y jubiladas como

el más vulnerable (con el 49,5% de las opiniones a favor).

Reforzando esta idea, según se detalla en el estudio del Observatorio Social de La Caixa “¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?” –realizada sobre una muestra representativa entre 1.688 personas encuestadas en ocho municipios españoles–, aunque la soledad como fenómeno puede afectar a las personas en cualquier momento de su ciclo vital, es a partir de la jubilación cuando la vulnerabilidad ante este riesgo es mayor. Según datos de esta investigación, “más de un cuarto de los mayores de entre 65 y 79 años están aislados de la red de amigos y son casi la mitad entre los mayores de 80 años”. Por ello, las actuaciones han de encaminarse a la promoción del aumento de la cantidad y calidad de los contactos sociales a partir de los 65 años³⁶.



Algunos estudios inciden en la percepción de la imagen negativa que existe de las personas que pueden sentirse solas. Así, Expósito et al. (2000)³⁷ en un estudio sobre las dimensiones subyacentes a la percepción que las personas tienen de aquellas otras que pueden sentirse solas, encontraban que en muchas ocasiones se mencionaban características de carácter negativo.

La soledad como experiencia negativa puede relacionarse con la existencia de estereotipos culturales que describen la soledad como fracaso social, que podría sustentar cierto estigma social; relacionado con la creencia en el mundo justo, puede llevar a atribuir la causa de características indeseables o negativas que afectan a una persona, a factores personales que la hacen merecedora de lo que le ocurre. Por tanto, este fenómeno, subjetivo, se encuentra condicionado por la forma de percibir el sentimiento de soledad por parte de las personas y la respuesta que genere, como puedan ser: realizar autoatribuciones que afecten la puesta en marcha de estrategias eficaces de afrontamiento³⁸, que traten de ocultar sus sentimientos

para evitar una “etiqueta” negativa, inhibiendo la demanda de ayuda y dificultando la intervención³⁷. Otra posible área de estudio puede estar relacionada con la relación entre necesidad de cuidado (dependencia) y la percepción de la soledad en la que, quizá, se tiende a percibir que la soledad tiene relevancia en relación con la disponibilidad de cuidados por parte del entorno, quitando importancia al impacto que puede tener en la persona la soledad emocional y la falta de unas relaciones interpersonales íntimas y de calidad.

En definitiva, tras la lectura de este y otros estudios se valora necesario profundizar en el conocimiento del fenómeno de la soledad y de sus condicionantes psicosociales por la importancia que tienen factores sociales y culturales en la interpretación del fenómeno de la soledad y en la percepción que las personas tengamos del sentimiento de soledad. También se sabe que la percepción social no se presenta como un proceso objetivo, de mero registro de la realidad, sino que refleja las ideologías y creencias de los perceptores sociales, y ello marca otras posibles vías de trabajo³⁷.



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

3.2 Las cifras de los factores de riesgo en materia de Soledad No Deseada

Con el fin de conocer las características sociodemográficas de esta población en relación a los factores de riesgo o vulnerabilidad, y para contribuir a la planificación de actuaciones eficaces, vamos a acercarnos, con cifras de nuestra región, a diferentes factores relacionados con la soledad y que ayuden a identificar grupos más vulnerables y posibles áreas de intervención

A. Edad

Aunque algunos autores señalan una curva en forma de **U** que relaciona la soledad con edad, es decir, mayor prevalencia en jóvenes y personas mayores, existe abundante literatura científica que sugiere que la soledad tiende a incrementarse a partir de los 75 años. Reforzando esta idea, para Hawkley et al. (2007)³⁹, la soledad es una experiencia común que afecta a todas las edades: hasta el 80% de los menores de 18 años y el 40% de los adultos mayores de 65 años declaran sentirse solos al menos alguna vez, con niveles de soledad que disminuyen gradualmente a lo largo de la edad adulta media y luego aumentan en vejez (a partir de los 70 años). Si bien esta experiencia ocurre a lo largo de la vida, en el estudio “Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y

consecuencias para la salud”, de la Consejería de Sanidad, se estima que el 50% de los mayores de 60 años están en riesgo de aislamiento social y un tercio experimentará algún grado de soledad a lo largo de la vida⁴⁰.

No obstante, y a pesar de no tener datos estadísticos concretos que relacionen de manera directa soledad y edad en la Comunidad de Madrid, sí se sabe que es muy prevalente y tiene connotaciones de especial riesgo en las personas mayores debido a la disminución de los recursos económicos y sociales, limitaciones funcionales y a los cambios en las estructuras familiares.

Es preciso recordar la previsión de incremento de población mayor de 65 años indicada en la **figura 5**, que para el año 2035 se estima en más de un 44% respecto a la misma población en 2020.



B. Sexo

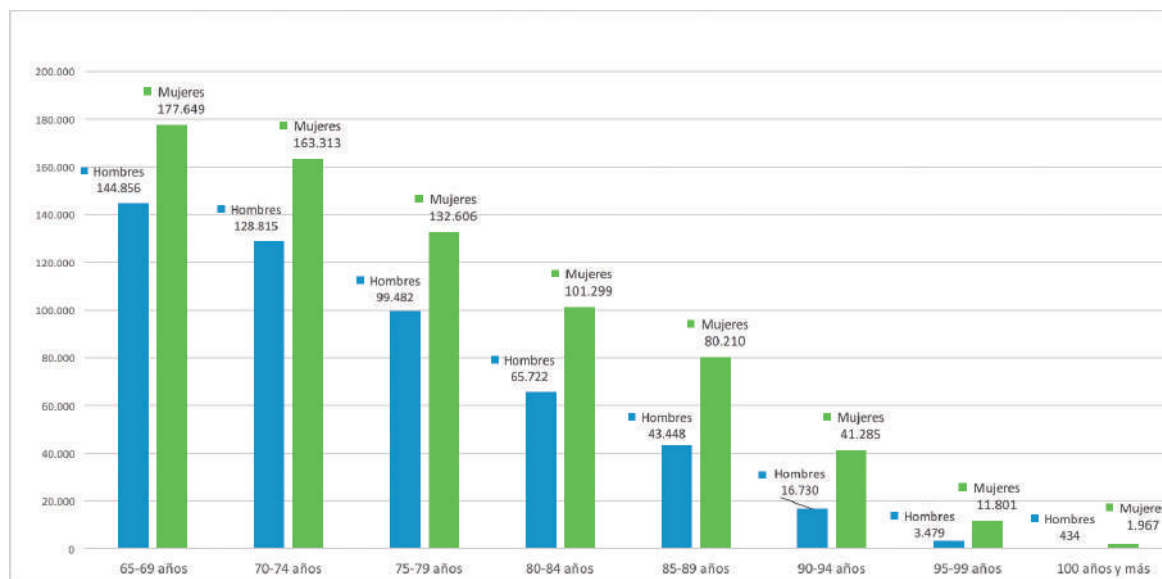
Enlazando este factor de la edad con el de sexo podemos hacer una valoración atendiendo a los datos cuantitativos. Según se observa en la **figura 8**, en la Comunidad de Madrid, el mayor peso femenino –que se da en todas las edades– aumenta considerablemente según se cumplen años.

Así se evidencia en todos los grupos quinquenales de edad a partir de los 65 años. De los 1.213.336 mayores de 65 años –según los

datos del Instituto Nacional de Estadística de 2022 que se señalan en la figura 8– el grupo de mujeres representa el 55,10% en el tramo de 65 a 69 años y crece en proporción hasta alcanzar el 82% en el grupo de más de 100 años.

Es decir, que se produce una importante feminización del envejecimiento. Esto se refleja en la esperanza de vida al nacer que es mayor entre las mujeres (87,14 años frente a los 81,81 años de los hombres) en la Comunidad de Madrid en 2021⁴¹.

Figura 8. Población mayor de 65 años de la Comunidad de Madrid diferenciada por sexo en 2022.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Principales series de población desde 1998. Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), sexo y año. 2022.*

En el estudio “Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid”¹¹ se señala que las mujeres representan el mayor porcentaje de personas que viven solas, un 75%. Asimismo, el 35% de personas con más de 85 años viven sin compañía y de estas, un 73% son mujeres.

Son ellas quienes presentan una calidad de vida peor y una inferior esperanza de vida libre de discapacidad, con una elevada tasa de hospitalizaciones, enfermedades crónicas, deterioro funcional y dependencia. Es decir, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, pero su esperanza de vida “en buena salud” es menor, con mayores tasas de morbilidad hospitalaria, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y niveles más elevados de deterioro funcional y discapacidad, según datos del “Informe de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016”⁴².

Se advierte que más mujeres que hombres informan de “mala salud”, sobre todo, a partir de los 75 años. La fragilidad puede ser la causa de esa mayor dependencia física que según estima la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología afecta a un 10% de las personas a partir de los 65 años y su prevalencia se asocia a la edad y al sexo femenino. Asimismo, la fragilidad tiene una evidente repercusión en el sentimiento de soledad y aislamiento social⁴³.

Según el Plan Regional de Atención Integral



a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025⁴⁴, la prevalencia de la fragilidad en personas de 65 o más años, a nivel estatal, es del 18%; además se observa que la fragilidad aumenta con la edad y que es más frecuente en mujeres. Algunos autores elevarían estas cifras al 15% para el conjunto de personas de 65 o más años a nivel comunitario, con una prevalencia entre el 25% y el 50% específicamente para personas mayores de 85 años.

Los hallazgos sobre las diferencias de género en la experiencia de la soledad en personas de más edad son escasos y algunos contradictorios, pero la mayoría de estudios han demostrado que las mujeres dicen sentirse más solas y esto es así también en nuestro contexto cultural (Doménech et al., 2017)⁴⁵, pero quizás por otras variables estructurales ligadas al género: la peor salud de las mujeres, la peor salud percibida, la mayor discapacidad en la vejez, la mayor posibilidad de enviudar y el hecho de vivir solas, entre otros factores.

También conviene destacar que en el caso de las esposas y esposos aparece, además, una importante influencia cultural del edadismo y del machismo, que junto con la asunción de estereotipos edadistas parecen asumir una “normalidad” de la percepción de soledad en la vejez y “normalidad” de la distribución de responsabilidades (Losada, 2004)⁴⁶.

Hemos hablado de la feminización del envejecimiento. Sin embargo, aunque la mayoría de estudios concluyen que existen diferencias en soledad en función del sexo, los resultados son contradictorios y tienden a relacionar la variable sexo con la composición de los hogares, tal y como veremos a continuación. Lo que sí parece más generalizado es 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)⁴⁷.

Por lo anterior, se estima necesario continuar investigando con perspectiva de género y de trayectoria vital sobre los caminos que conducen a la SND en la vejez.

C. Convivencia

Como señalan Abellán et al. (2016)⁴⁸, se observa un deseo (cuando no es forzado) de vida en soledad y capacidad para llevarla adelante, es decir, se vislumbra el deseo de las personas mayores de vivir de manera autónoma y elegir vivir solas, como vía para lograr dicha autonomía y autogobierno. Esto es un símbolo del éxito de las sociedades, sin embargo, no siempre es una situación que se elige voluntariamente, y las consecuencias emocionales de percibir la obligación de vivir en soledad son muy negativas para las personas mayores. Aunque el hecho de vivir en soledad no es sinónimo de que la persona se siente sola, un gran volumen de evidencias sugiere que existe un mayor riesgo de aislamiento social y de SND en los hogares unipersonales, tal y como señaló Donio M. en el I Simposio de soledad no deseada en las personas mayores (2021, Comunidad de Madrid)¹⁵.

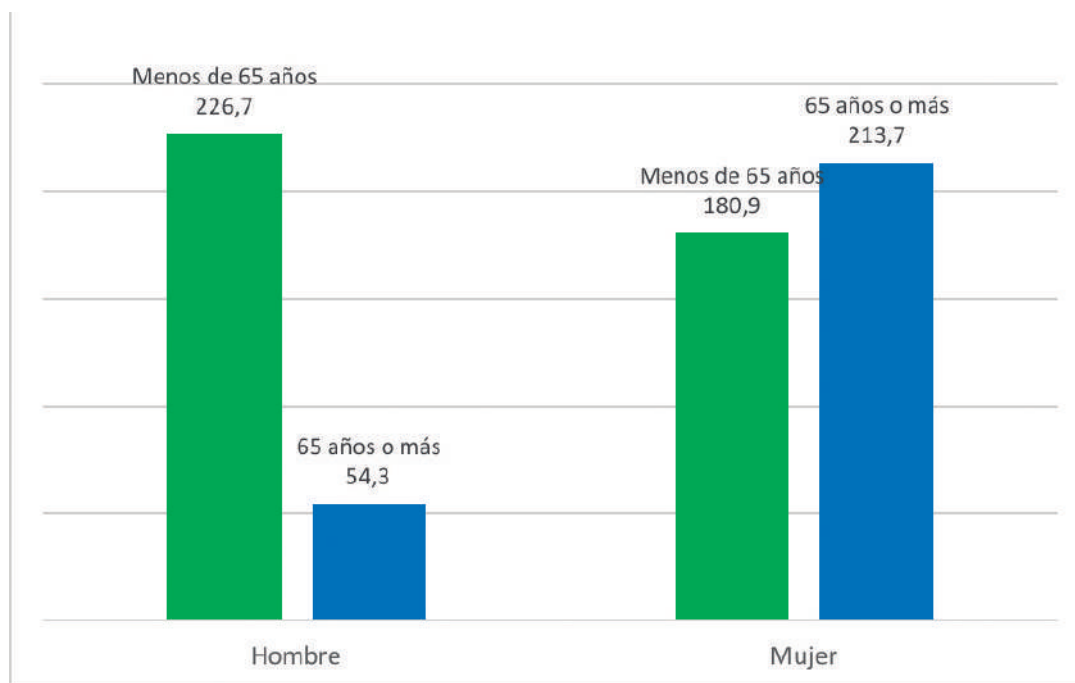
El estudio “Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores: Factores predisponentes y consecuencias para la salud” (Comunidad de Madrid, 2021)⁴⁹ incide en que existen causas estructurales que tienen que ver con los cambios sociales y que añaden gran complejidad en la propia evolución de la soledad de este colectivo. Entre ellos destacan los cambios en las estructuras y modelos familiares, menos extensos y más frágiles; las nuevas formas de trabajo y de producción, que implican mayor movilidad (los hijos ya no viven necesariamente cerca de sus padres durante toda su vida); los nuevos modelos de comunicación y relaciones vecinales y sociales; el impacto de las nuevas tecnologías en las formas de relación y de ocio;

el urbanismo no pensado para la convivencia vecinal, o la despoblación en zonas rurales; y una tendencia hacia el individualismo social.

Los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2020 del Instituto Nacional de Estadística²⁹ señalan que en la Comunidad de Madrid el número de hogares unipersonales es de 675.800. De ellos, 268.100 son habitados por personas de 65 años o más, siendo las mujeres mayores las que representan el mayor porcentaje de personas que viven solas (213.700), como puede verse en la **figura 9**. Como se ha indicado anteriormente,

se prevé un importante incremento en el grupo de población mayor de 65 años con crecimiento porcentual, además de los grupos de mayor edad. Es por ello que la variable vivienda y tipo de convivencia va a resultar de creciente importancia pues, actualmente, se calcula que casi una de cada cuatro personas mayores vive sola en su domicilio –y las proyecciones apuntan a que se podría alcanzar casi al 30% para el año 2030–. En total, el segundo grupo más frecuente es el de los hogares con una sola persona (25,7%), solo superado por aquellos con dos personas (30,3%).

Figura 9. Número de hogares unipersonales en la Comunidad de Madrid en miles.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Continua de Hogares*. 2020.

Como decimos, aunque residir en hogares unipersonales no implica, a priori, una calidad de vida inferior a la vida en compañía, se observa cómo hay diferentes factores que, a menudo, son concomitantes a la vida en solitario, siendo los más relevantes el empeoramiento de la salud, los problemas de accesibilidad dentro y fuera del hogar, la reducción de relaciones afectivas, el distanciamiento de las hijas e hijos, el déficit de interacciones sociales y escasa o nula participación social, la pérdida de poder adquisitivo, etcétera.

Por tanto, esta información es imprescindible a la hora de realizar estrategias de intervención, puesto que se acentúa la importancia del

tipo de convivencia aún más, si cabe, si atendemos a las encuestas del Imsero y el CIS⁵⁰, que elevan a un 59% las personas mayores que viven solas y que han expresado tener sentimientos de soledad negativos y de sufrir aislamiento.

La soledad y la ausencia de relaciones sociales que se deriva de formas de convivencia individuales potencian, en la mayor parte de los casos, un significativo deterioro de la calidad de vida de las personas mayores. Además, el elevado número de mujeres mayores que viven solas constituye un reto de especial relevancia (I Simposio de soledad no deseada en las personas mayores, Comunidad de Madrid, 2021)¹⁵.



La variable vivienda y tipo de convivencia va a resultar de creciente importancia pues, actualmente, se calcula que casi una de cada cuatro personas mayores vive sola en su domicilio –y las proyecciones apuntan a que se podría alcanzar casi al 30% para el año 2030–.

D. Estado civil y relación de pareja

El estado civil puede ser un indicador para conocer el apoyo social con el que cuenta una persona, ya que una situación u otra puede dar una visión de los vínculos que tiene a su disposición. Se ha observado que las personas que viven en pareja se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad frente a las que están viudas, solteras o separadas¹¹.

Lo cierto es que la convivencia unipersonal masculina está adquiriendo una importancia

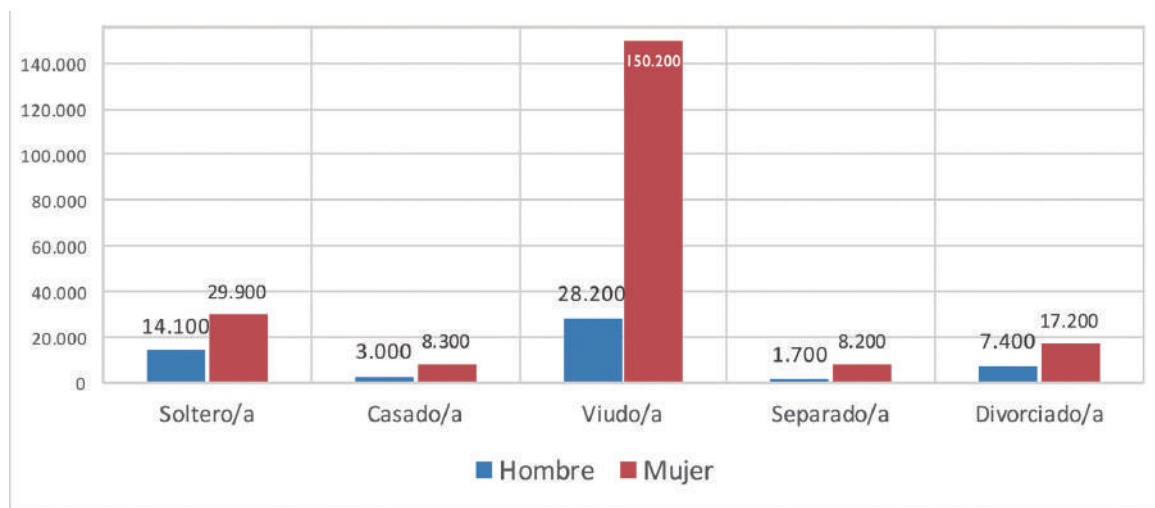
creciente, y que, aunque los casos de viudez sigan representando una clara mayoría (más mujeres viudas), se está produciendo una expansión importante de los casos de separación o divorcio, que conlleva esta soledad masculina sobrevenida a edades más tardías.

En cuanto a los datos cuantitativos, es destacable el hecho de que, en la Comunidad de Madrid, según los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2020 del Instituto Nacional de Estadística²⁹, de los 268.100 hogares unipersonales habitados por mayores de 65 años, en 34.500 viven personas separadas o

divorciadas, en 178.300 domicilios residen personas en situación de viudedad y en 43.900 son solteros. También aquí la diferencia de género se dispara, sumando 150.200 los hogares

donde viven mujeres mayores viudas, frente a los 28.200 los domicilios habitados por hombres en ese estado civil. En la **figura 10** pueden apreciarse estas diferencias.

Figura 10. Número de hogares en la Comunidad de Madrid habitados por personas mayores de 65 años según sexo y estado civil.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Continua de Hogares. Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil. 2020.*

La dependencia que los hombres de este grupo de edad tienen en la actualidad, con respecto a las mujeres para algunas actividades de la vida diaria, se hace más visible. El género marca también diferencias en relación con la condición de viudedad. En el caso de las mujeres, este estado civil suele añadir consecuencias económicas negativas. Asimismo, el sentimiento de soledad suele ser más agudo en las personas que son viudas recientes, sin que intervenga como factor beneficioso la presencia de hijos y de la frecuencia de sus visitas²³. En un estudio sobre cómo

afecta el sentimiento de soledad en mayores –asociado al estado de viudedad y de residir en hogares unipersonales– López-Doblas et al. (2018) concluyeron “que en la medida en que siga retrocediendo la convivencia intergeneracional, tal como viene ocurriendo durante las últimas décadas, cabe esperar que un porcentaje cada vez más elevado de personas mayores habiten en hogares unipersonales”⁵¹. En definitiva, la soledad emocional asociada a determinados estados civiles constituye un problema social que podría generar una creciente demanda de investigaciones sociológicas.

E. Estatus socioeconómico y educativo

La Comunidad de Madrid figura entre las tres primeras regiones españolas –junto con el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra– con los ingresos medios anuales más elevados (14.836 euros) según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2021 del Instituto Nacional de Estadística⁵².

Sobre este aspecto, los datos oficiales de la Comunidad de Madrid –en sus Indicadores Sociales– confirman que las mujeres suelen llegar a la vejez en peores condiciones económicas que los varones, ya que las pensiones de jubilación que perciben suelen ser más bajas y son las principales destinatarias de las de viudedad y no contributivas, lo que conlleva que, si no disponen de otros recursos, sean un colectivo en riesgo de pobreza¹⁵. En concreto, el 71,27% de las pensiones no contributivas que existen en nuestra región son de mujeres, que perciben ingresos por debajo de los 6.000 euros anuales. De esta manera, podría realizarse una correlación entre la mayor vulnerabilidad de las mujeres por su situación de convivencia (hogares unipersonales) y socioeconómica (rentas más bajas).

Sin embargo, aunque los varones poseen una mejor posición económica y pueden afrontar con

más medios la contratación de ayuda profesional en tareas domésticas, falta el componente emocional en el cuidado, que es clave contra el sentimiento de soledad cuando se tienen necesidades instrumentales.

Más allá de su relación con la clase social, los recursos educativos dejan huella sobre la trayectoria de vida, sobre las redes establecidas, sobre los recursos sociales, culturales y emocionales, etcétera. Por tanto, se puede deducir que el riesgo de aislamiento incide más en las personas con un nivel educativo más bajo⁵³.

En una reciente investigación, Victor et al. (2020) afirman que la soledad en la vejez es el producto de la interacción de factores macro (social), meso (comunidad/vecindario) y micro (individual), y que la soledad en las personas mayores se incrementa en las áreas más desfavorecidas⁵⁴.

Cabe concluir que la asociación entre soledad y nivel de estudios e ingresos todavía no ha sido suficientemente contrastada, pero parece ser que el nivel de ingresos suele tener una relación más fuerte con la soledad que el nivel de estudios. Por lo tanto, las personas mayores con un bajo nivel educativo y de renta baja son más vulnerables a causa de las dificultades para afrontar el día a día.



F. Factor salud

En relación con la situación de salud, autonomía personal y sentimientos de soledad, debemos tener en cuenta, a grandes rasgos, que, según los informes de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, en el año 2019, el 17,3% de las mujeres entre 65 y 74 años, y el 7% de hombres de la misma franja de edad, sufrían de “mala salud”. Este porcentaje se incrementaba a 28,5% y 12% respectivamente, a partir de los 75 años (Comunidad de Madrid, 2022)¹¹.

Resaltamos esta situación de vulnerabilidad sanitaria entre las personas mayores porque hay

evidencias de la relación bidireccional que existe entre soledad y salud que lo acreditan.

Asimismo, la SND “es un predictor más fuerte y con peores resultados para la salud, que el aislamiento social” y con repercusión en la salud física, psicológica y social, según un informe de la Consejería de Sanidad (Comunidad de Madrid, 2021)⁴⁹. Asociados a esa SND, describen comportamientos de salud adversos, como prácticas de salud más deficientes (por ejemplo, consumo de alcohol y tabaquismo) y menos comportamientos que promueven la salud (por ejemplo, menos actividad física, mala nutrición) entre las personas mayores.



Además, la soledad se relaciona con una disminución del sueño (por ejemplo, de menor duración y eficiencia) en la edad adulta tardía. Asimismo, el estrés, el sufrimiento y el dolor que la soledad genera repercute tanto en la salud física como en la psicológica; constituyendo un problema serio y prevalente⁵⁵.

La percepción del estado de salud es un indicador predictivo de las necesidades de la población mayor y para la organización de programas y actuaciones eficaces. Según señalan los indicadores estadísticos básicos referidos a las personas mayores en nuestro país de 2020 recabados por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas⁵⁶, el 45,4% de las personas mayores ve su salud como buena o muy buena, pero las percepciones negativas aumentan con la edad. Podemos añadir que, según los Indicadores Sociales de 2022 de la Comunidad de Madrid⁵⁷, el 49,96% de las madrileñas mayores de 65 años afirma tener una valoración positiva de su salud.

Esta percepción subjetiva de la salud tiene una estrecha relación con múltiples factores como la salud objetiva, el estado físico y psicológico general, las enfermedades que se

padecen y otros factores sociales, económicos y del entorno de las personas y también con el estilo de vida. Se encuentran referencias¹¹ de diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de enfermedades crónicas: el 48% de las personas que se sienten solas presenta alguna enfermedad crónica en comparación con un 32,8% de aquellas que no se sienten solas. Por otro lado, en relación con los trastornos psicológicos, el estudio señala como especialmente llamativas las diferencias en: depresión (31,1% frente a un 2,9% en personas no solas) y ansiedad (34,5% en comparación con un 7,6%). Íntimamente relacionados con la alta prevalencia de problemas de salud mental en las personas que se sienten solas, también se observan grandes diferencias en el consumo de sedantes y psicofármacos (31,2% ante un 10,5%).

En definitiva, es necesario promover medidas de envejecimiento activo que ayuden al fortalecimiento de vínculos emocionales de calidad entre mayores, personas de su entorno y con el resto de la sociedad. En este sentido, es también importante enfocar estas actividades desde un enfoque y discurso comprensivo y normalizador.



La percepción del estado de salud es un indicador predictivo de las necesidades de la población mayor y para la organización de programas y actuaciones eficaces. Según los Indicadores Sociales de 2022 de la Comunidad de Madrid⁵⁷, el 49,96% de las madrileñas mayores de 65 años afirma tener una valoración positiva de su salud.



G. Factor autonomía personal, dependencia y necesidad de cuidados

Según el “Estudio sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad de Madrid” (2021)⁵⁸, respecto a la autonomía personal, el número de personas con una situación de dependencia reconocida en 2021 alcanzó las 171.922, lo que supone un 2,6% de la población de la región. A lo largo de los últimos años ha habido un incremento en el número de estas personas, lo que implica una mayor demanda sobre las prestaciones ofrecidas por el sistema. Además, esta situación tenderá a aumentar debido al proceso de envejecimiento.

Este estudio destaca que la proporción de personas mayores en la Comunidad de Madrid con discapacidad o en situación de dependencia se eleva a 26,5%, cinco puntos más baja que la media nacional (31,9%). Esto significa que tres de cada cuatro mayores son perfectamente autónomos para su vida personal y el mantenimiento de su hogar.

Es preciso tener en cuenta que, en muchos casos, en parejas mayores con uno de los miembros en situación de dependencia se produce una relación de persona cuidadora que es especialmente vulnerable al sentimiento de soledad. A veces, la necesidad de cuidados de la persona dependiente se relaciona con una reducción de las relaciones interpersonales (en frecuencia y/o calidad) de la persona cuidadora.

En relación al rol de cuidadoras de larga duración habría que aludir a la escasez de recursos formales para atender a la situación de dependencia, hecho que también se asocia de una manera muy significativa con la percepción de la soledad por parte de las personas cuidadoras, quienes deberían ser consideradas pacientes y ser atendidas como tal, dadas las consecuencias que el cuidado tiene para ellas en términos de problemas derivados de salud mental y física.

H. Ámbito territorial

Según el avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2022, la Comunidad de Madrid es la tercera región más po-

blada del Estado, contando con diez de los municipios de mayor tamaño a nivel nacional (con más de 100.000 habitantes), en los que están empadronados el 71,1% de la población madrileña⁵⁹.

Tabla 1. Desglose de la población mayor por municipios según su tamaño.

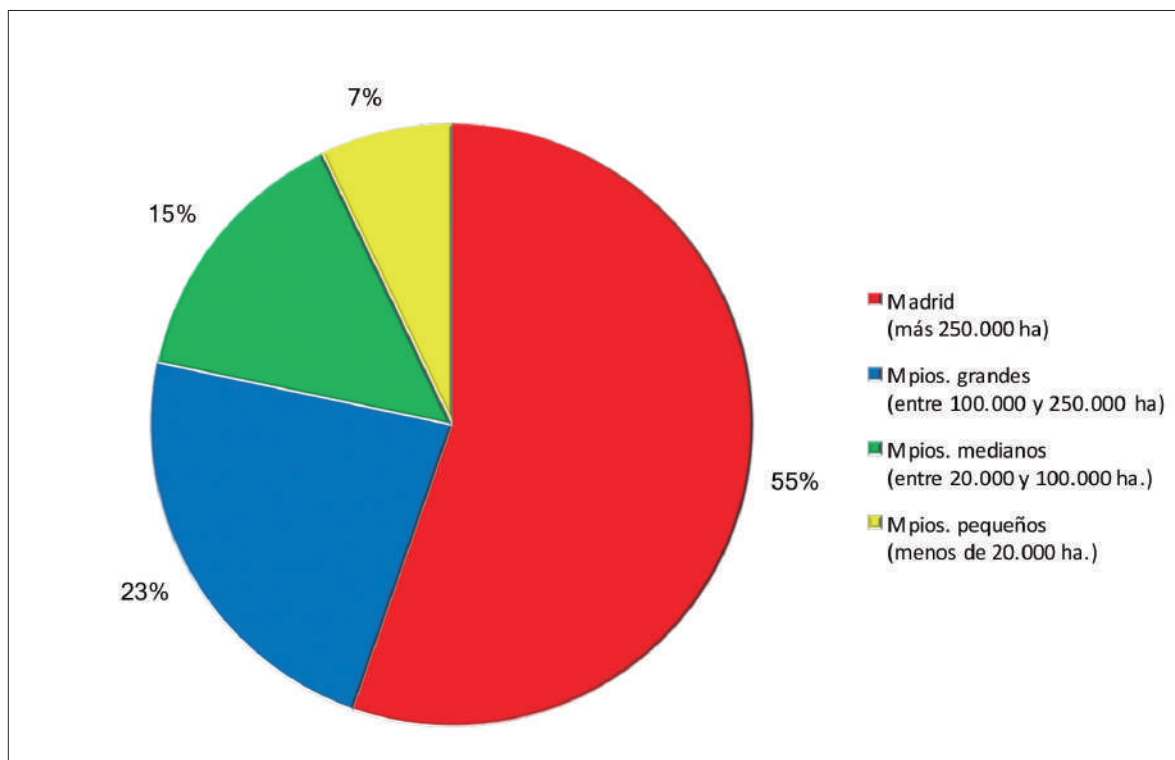
MUNICIPIOS SEGÚN POBLACIÓN	NÚMERO DE MUNICIPIOS	POBLACIÓN GENERAL	% POBLACIÓN GENERAL	POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS	% POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS	% POBLACIÓN MAYOR / POBLACIÓN GENERAL
MADRID (MÁS 250.000 HABITANTES)	1	3.334.730	49,19%	669.021	55,35%	20,06%
MUNICIPIOS GRANDES (ENTRE 100.000 Y 250.000 HABITANTES)	9	1.535.815	22,65%	277.730	22,98%	18,08%
MUNICIPIOS MEDIANOS (ENTRE 20.000 Y 100.000 HABITANTES)	25	1.294.674	19,10%	176.001	14,56%	13,59%
MUNICIPIOS PEQUEÑOS (MENOS DE 20.000 HABITANTES)	144	614.669	9,07%	85.986	7,11%	13,99%
TOTALES	179	6.779.888	100,00%	1.208.738	100,00%	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020. Datos por municipios.

En la **tabla 1** puede verse el porcentaje de población mayor en función del tamaño del municipio, así como una representación gráfica de estos porcentajes en la **figura 11**. Como

puede observarse, el porcentaje más elevado de personas mayores se da en los municipios pequeños y grandes, especialmente en Madrid capital⁴⁰.

Figura 11. Porcentaje de población mayor por tipo de municipio.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2020. Datos por municipios.*

Se ha encontrado cierta correlación entre las personas que viven en áreas rurales y mayores sentimientos de soledad, sin embargo, esta variable ha sido poco investigada, por lo que no se tienen datos suficientes para concluir en este sentido (Martínez, 2017)⁶⁰.

Lo que sí puede afirmarse es que las relaciones sociales en el ámbito rural suelen ser más fuertes, pero existen factores que podrían conducir a una mayor vulnerabilidad. En las “Jornadas de

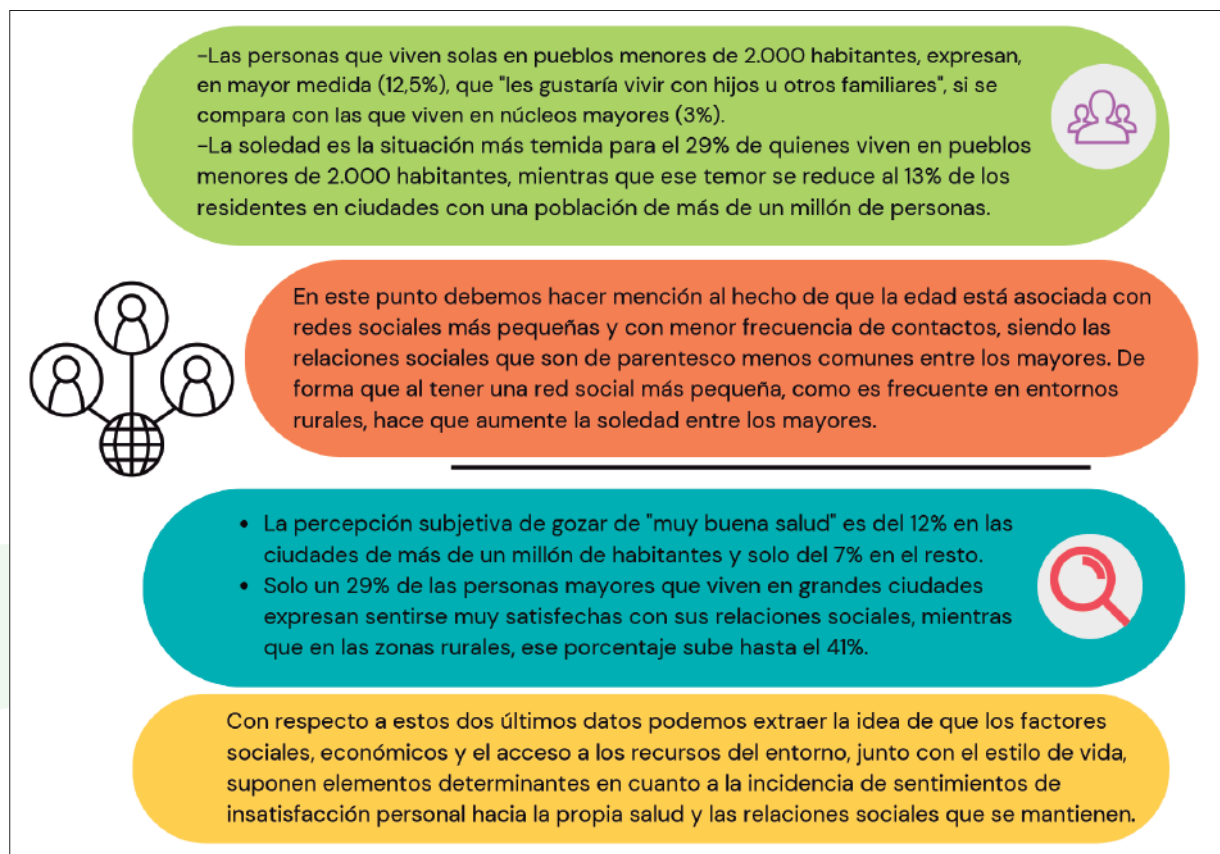
trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad de Madrid” (2021)³³ se identificó como uno de los retos clave en el contexto del entorno rural la falta de recursos, por lo que instan a desarrollar e impulsar distintos modelos de atención, adaptándolos a todos los escenarios (rural, rural aislado, urbano, periferia, etcétera). Otros desafíos detectados en los municipios pequeños durante estas jornadas fueron: una insuficiencia de voluntariado, una brecha digital más acentuada y

una especial dificultad de llegar a los grupos vulnerables ya que muchas de estas personas mayores no están dentro de los circuitos sociosanitarios. Por tanto, todas las carencias que se dan en los entornos rurales –sumadas a la accesibilidad, las barreras y la ausencia de algunos servicios básicos–, representan una variable de primer orden para detectar y combatir

la SND en los territorios más aislados.

En la **figura 12** se resumen las características diferenciales entre las personas mayores que viven en núcleos rurales y las que lo hacen en las ciudades, resultados estadísticamente significativos que se obtuvieron en una encuesta aplicada por el CIS, por encargo del Imerso (1998), entre la población mayor de 65 años⁶¹.

Figura 12. Características diferenciales entre las personas mayores de 65 años que viven en núcleos rurales y las que lo hacen en las ciudades según la variable “tipo de hábitat”.



I. Tipo de alojamiento

El tipo de alojamiento en el que viven las personas es determinante para las oportunidades y características de sus interacciones sociales. Abellán García et al. (2020)⁶² estiman que, en el año 2020, un total de 312.668 personas de 65 años o más vivían en residencias de personas mayores en España. Esta cifra ha descendido en comparación con la del 2019, cuando se calculaba que eran 322.180 las personas mayores institucionalizadas.

Tal y como se observa en la **tabla 2**, en la Comunidad de Madrid, a fecha 1 de enero de 2022 se cifraba en 1.236.175 el total de las personas mayores de 65 años. De ellas, 52.830 eran usuarias de servicios de atención residencial, 53.823 residentes en centros y 731 habitaban viviendas para mayores, siendo la segunda Comunidad Autónoma con más personas usuarias de estos recursos (teniendo en cuenta, además, que Madrid es la tercera en población de más de 65 años, por detrás de Andalucía y Cataluña)⁶³.

Tabla 2. Servicios de Atención Residencial por Comunidades Autónomas a fecha 1 de enero de 2022.

Comunidades Autónomas	Población ≥ 65 01/01/2022	Centros			Plazas de Atención Residencial			Índice de Cobertura ¹		
		Total	Centro residencial	Vivienda para mayores	Total	Centro residencial	Vivienda para mayores	Total	Centro residencial	Vivienda para mayores
Andalucía**	1.526.342	710	647	63	45.300	44.842	458	2,97	2,94	0,03
Aragón*3	292.893	272	272	0	19.144	19.144	0	6,54	6,54	0,00
Asturias, Principado de	272.846	239	236	3	15.447	15.222	225	5,66	5,58	0,08
Baleares, Illes	192.246	64	57	7	5.715	5.554	161	2,97	2,89	0,08
Canarias*	372.727	193	193	0	9.927	9.927	0	2,66	2,66	0,00
Cantabria**	135.058	68	65	3	6.244	6.211	33	4,62	4,60	0,02
Castilla y León*	621.981	687	687	0	48.602	48.602	0	7,81	7,81	0,00
Castilla-La Mancha	395.487	509	341	168	26.504	26.876	1.628	7,21	6,80	0,41
Cataluña	1.501.342	1.161	1.129	32	65.494	64.367	1.127	4,36	4,29	0,08
Comunitat Valenciana	1.016.938	329	324	5	27.412	27.362	50	2,70	2,69	0,00
Extremadura*3	226.693	328	302	26	15.207	15.207	-	6,71	6,71	-
Galicia**	702.501	400	277	123	22.552	21.053	1.499	3,21	3,00	0,21
Madrid, Comunidad de	1.236.175	504	484	20	54.554	53.823	731	4,41	4,35	0,06
Murcia, Región de*	246.803	75	75	0	10.415	10.415	0	4,22	4,22	0,00
Navarra, C. Foral de**	134.600	91	76	15	6.994	6.161	833	5,20	4,58	0,62
País Vasco	512.506	377	283	94	21.810	19.223	2.587	4,26	3,75	0,50
Araba/Álava	73.089	90	61	29	3.178	2.769	409	4,35	3,79	0,58
Bizkaia**	272.051	221	156	65	12.478	10.914	1.564	4,59	4,01	0,57
Gipuzkoa**	167.366	66	66	-	6.154	5.540	614	3,68	3,31	0,37
La Rioja**	68.833	33	32	1	3.333	3.323	10	4,84	4,83	0,01
Ceuta*	10.380	3	3	0	175	175	0	1,69	1,69	0,00
Melilla*	9.515	2	2	0	256	256	0	2,69	2,69	0,00
España	9.475.866	6.045	5.485	560	407.085	397.743	9.342	4,30	4,20	0,10

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE Base Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, datos a 1 de enero de 2022. Elaboración propia del Imsero.

También se destacó que se extiende una corriente mundial llamada '*ageing in place*', es decir, el deseo por envejecer en casa. Algunos estudios indican que la mayoría de los españoles mayores preferiría seguir viviendo en sus propios domicilios a mudarse a la casa de un familiar o a ser institucionalizados. Para atender a esta demanda es imprescindible disponer de suficientes recursos dirigidos a prevenir la dependencia y, cuando la persona ya se encuentra en situación de discapacidad o fragilidad, poder ofrecerle los servicios y apoyos que necesite para poder seguir viviendo en su casa con autonomía e independencia (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011)⁶⁴.

Pero si nos centramos en las personas que viven en residencias, los expertos señalan que este cambio en sus vidas puede ocasionar un aumento de la soledad y la depresión. Dejar su entorno habitual conlleva una serie de pérdidas. Algunos autores (Hauge et al., 2008)⁶⁵ las dividen en pérdidas materiales (la vivienda y sus pertenencias), sociales (la familia, los amigos y/o las mascotas) y abstractas (el rol social, la autonomía, la privacidad, etcétera).

En 2019, Abellán et al.⁶⁶ estiman que en España viven, por término medio, en residencias de mayores, 322.180 personas de 65 y más años.





En el caso de personas mayores que residen en hogares institucionalizados de cuidados a largo plazo, una revisión realizada recientemente estima que un 35% de las personas están solas (Gardiner et al., 2020)⁶⁷.

En este punto podríamos destacar una encuesta realizada por la Fundación La Caixa³⁰ entre 14.832 personas usuarias de más de 600 centros de día. Para el análisis se recurrió a la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (1987), que se fundamenta en que la soledad es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen. De la muestra se obtuvo que: la soledad social hallada es ligeramente mayor que la soledad emocional; y que afecta a hombres y mujeres de forma bastante similar, aunque existen diferencias estadísticamente significativas para los tipos de soledad analizados entre ambos géneros. Así, el 66,2% de los hombres y el 69,4% de las mujeres sufren soledad. Por tanto, se concluye que la prevalencia de la soledad de las personas que acuden a estos centros de personas mayores es muy superior a la existente en la población general.

Preguntados por la satisfacción con su propia vida, la mayoría (65%) manifiesta sentirse satisfecha, sin embargo, es llamativa la prevalencia de personas que no lo están (35%) y/o consideran que no tienen una vida plena (33,8%). Se advierte que hay relación entre la satisfacción vital, la vida plena y los sentimientos de soledad.

Asimismo, el estudio destaca la relevancia de los recursos personales (estrategias de afrontamiento proactivo, visión positiva de la soledad, mayor coherencia entre valores propios y realidad cotidiana, etcétera) en las situaciones de confinamiento, que han permitido superar esta situación de una manera más benigna.

En cualquier caso, es importante destacar que la información sobre la Soledad No Deseada y los residentes de estos centros está poco desarrollada, pero las referencias anotadas de su incidencia en este tipo de centros, hace preciso avanzar en el estudio de la población mayor institucionalizada en relación a la Soledad No Deseada, por la posible vinculación a propuestas de prevención, detección e intervención.

3.3 Conclusiones

En resumidas cuentas, como se puede observar en la revisión de estudios realizada en los párrafos anteriores, no existen investigaciones suficientes (y son muy necesarias).

A modo de conclusión, y según la investigación de Losada et al. (2012)⁶⁸ la prevalencia de soledad entre las mujeres presenta niveles más elevados, sobre todo, en el grupo de personas de 85 o más años de edad, que llega a ser más del doble que la de los varones. Como consecuencia de lo dicho se deduce que pueden ser predictores significativos de sentimientos de soledad: ser mujer, tener una edad avanzada, vivir sola, tener una renta baja (generalmente, pensiones de viudedad o no contributivas), tener una mala percepción de la propia salud y estar insatisfecho con la frecuencia de contacto con familiares y amigos.

También es importante poner de relieve que los

resultados de estudios cuantitativos acerca de la Soledad No Deseada en las personas mayores ayudan a entender la evolución del problema, pero son limitados si queremos comprender en profundidad las causas de este fenómeno ya que esos datos cuantitativos, únicamente facilitan relaciones entre algunas variables previamente elegidas en las investigaciones, pero no permiten conocer cómo es la experiencia de la persona mayor que convive con la soledad. Por ello, resulta necesario, de forma genérica en actuaciones dirigidas a mayores, integrar la información cuantitativa con la opinión de las personas mayores.

Tal y como va quedando constatado, queda mucho camino por recorrer en la investigación, la innovación y el desarrollo de intervenciones eficaces que hagan frente a una situación que padecen una parte muy importante y significativa de las personas mayores.



Primeras actuaciones

Construir una red de entidades, profesionales e instituciones, sensibilizadas y comprometidas frente a la Soledad No Deseada de las personas mayores necesita una base sólida y un buen tejido colaborativo. Así empezó a dar sus primeros pasos la Red de Atención a la Soledad

Conscientes del problema que supone la Soledad No Deseada para el colectivo senior, desde el Consejo Regional de Mayores de la Comunidad de Madrid se creó, en el año 2020, un grupo de trabajo específico para promover medidas que abordaran el problema de la Soledad No Deseada, instando a la Administración regional a poner en marcha un programa dirigido a paliar este tipo de situaciones entre las personas mayores de la región.

El principal objetivo de esta medida fue iniciar la construcción de una red de entidades, profesionales e instituciones, sensibilizadas y comprometidas frente a la Soledad No Deseada de las personas mayores, que trabaje con fórmulas de intervención consensuadas, comunes y coordinadas.

Desde la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, se propusieron un total de cuatro acciones para profundizar en este asunto de una manera integral, recabando información y teniendo en cuenta todos los puntos de vista de los implicados –administraciones, entidades y la sociedad civil–, con la finalidad de consensuar un instrumento eficaz para prevenir y luchar frente a la Soledad No Deseada de las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

En la **figura 13**, se resumen las cuatro actuaciones realizadas que, a continuación, se desarrollarán con mayor profundidad.

Figura 13. Primeras actuaciones de la Red de atención a mayores en soledad.



Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Datos de elaboración propia. 2021

En la planificación de la Red de atención a mayores en soledad se han tenido en cuenta diversos estudios para conocer la problemática a través de los afectados. Asimismo, desde la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia se realizó una primera identificación de organizaciones interesadas en colaborar frente a la soledad.

Además, se organizó el I Simposio sobre Soledad No Deseada en las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid (2021)¹⁵, donde se consensúa que crear una Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de SND liderada por la Comunidad de Madrid es una iniciativa necesaria, fundamentada en el conocimiento de la importancia que tiene ofrecer una diversidad de recursos, de forma coordinada e integrada, para dar respuesta a los distintos perfiles existentes en el heterogéneo colectivo de personas mayores que viven en situación de SND.

Posteriormente, se celebraron unas “Jornadas de trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad de Madrid” (2021)³², donde se pusieron en práctica herramientas útiles frente a la SND.

Finalmente, para el fortalecimiento de la Red Regional, la Comunidad de Madrid, con la colaboración del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, llevó a cabo el estudio “Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid” (2022)¹¹. La Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de SND liderada por la Comunidad de Madrid se presenta como una entidad viva, abierta a las aportaciones de todos sus miembros, presentes y futuros que, respetando sus valores y principios, contribuyan con su cooperación directa a reforzar el bienestar y la calidad de vida del colectivo de las personas mayores.

4.1 Formulario de entidades en Red

La primera actuación tuvo como objetivo identificar a las entidades interesadas en el trabajo en Red propuesto desde la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia y el Consejo Regional de Mayores mediante un formulario de recogida de datos dirigido a las administraciones regionales y locales; entidades sin ánimo de lucro y otras organizaciones (universidades, colegios profesionales, etcétera). Este formulario se creó en base a los siguientes objetivos:

- **Establecer una primera clasificación de entidades y organizaciones** en la que se identificasen sus ámbitos de actuación y se ex-

pusieran y cuantificaran las actuaciones y/o servicios que dirigían a las personas mayores y, en especial, a las situaciones de SND, atendiendo a criterios como el número de profesionales dedicados a ello, las personas mayores participantes y el voluntariado implicado.

- **Identificar documentos y herramientas de trabajo** que pudieran servir de referencia en los diferentes procesos de intervención.

- **Recoger la valoración** que los propios profesionales de las entidades hacían de los diferentes procesos de atención, con el fin de integrarlo, posteriormente, en las estrategias que se diseñarán en el futuro.

Nace la Web de la Soledad No Deseada

La información recopilada con este cuestionario sirvió como punto de partida para promover

nuevas acciones en la fase inicial de creación de dicha red. Una de ellas fue la creación de un espacio web en el que se irá incorporando la información de interés que se vaya generando.

Figura 14. Imagen de la página web sobre SND de la Comunidad de Madrid.



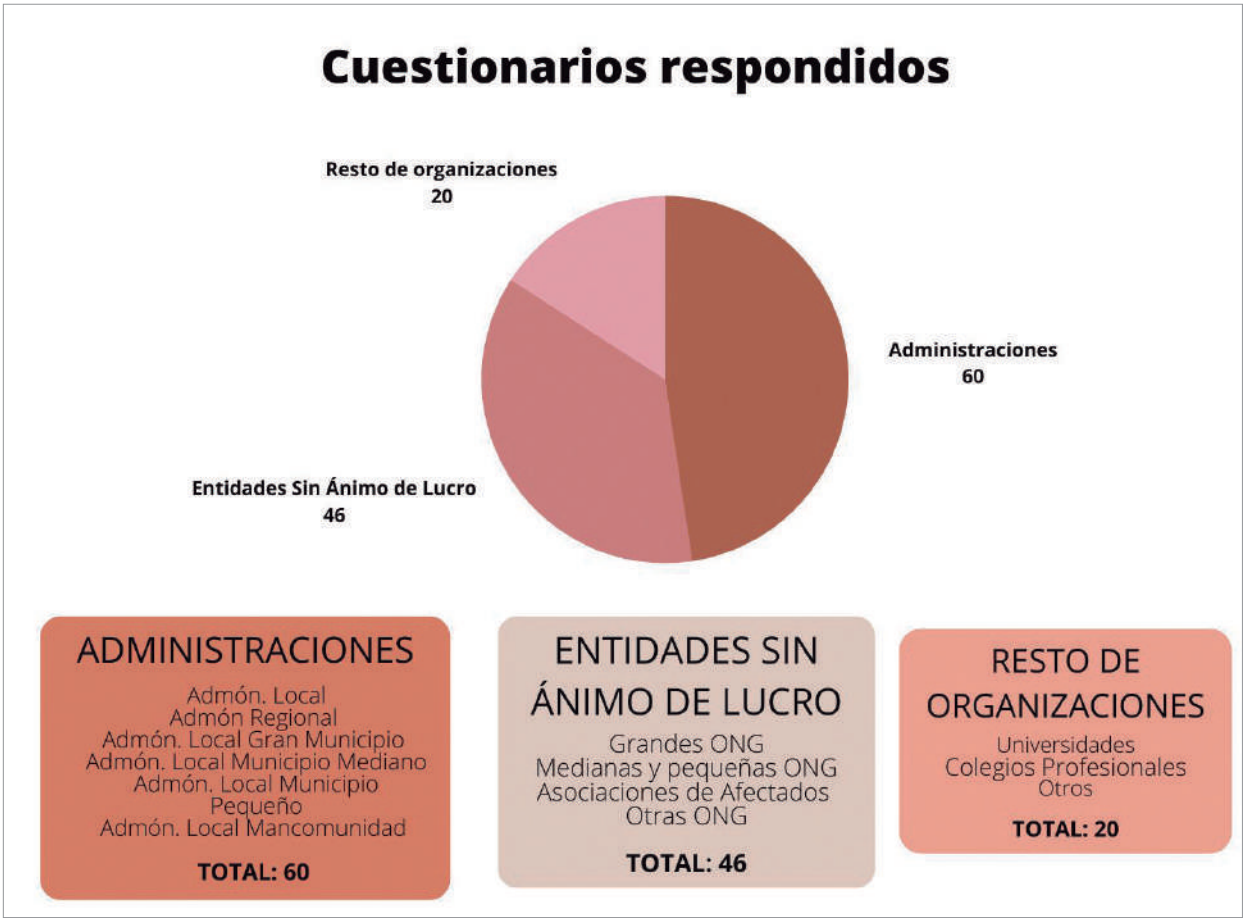
Fuente: Página web de la Comunidad de Madrid "Soledad no deseada de las personas mayores en la Comunidad de Madrid".

Algunos indicadores: entidades interesadas

El formulario estuvo disponible en la web de la Comunidad de Madrid y disponible para cualquier entidad interesada en este ámbito.

En la **figura 15** se desglosan los cuestionarios respondidos por tipología de organización y en la **figura 16** se da cuenta de los diferentes actores implicados en la problemática de la Soledad No Deseada.

Figura 15. Cuestionarios respondidos por tipología de organización.

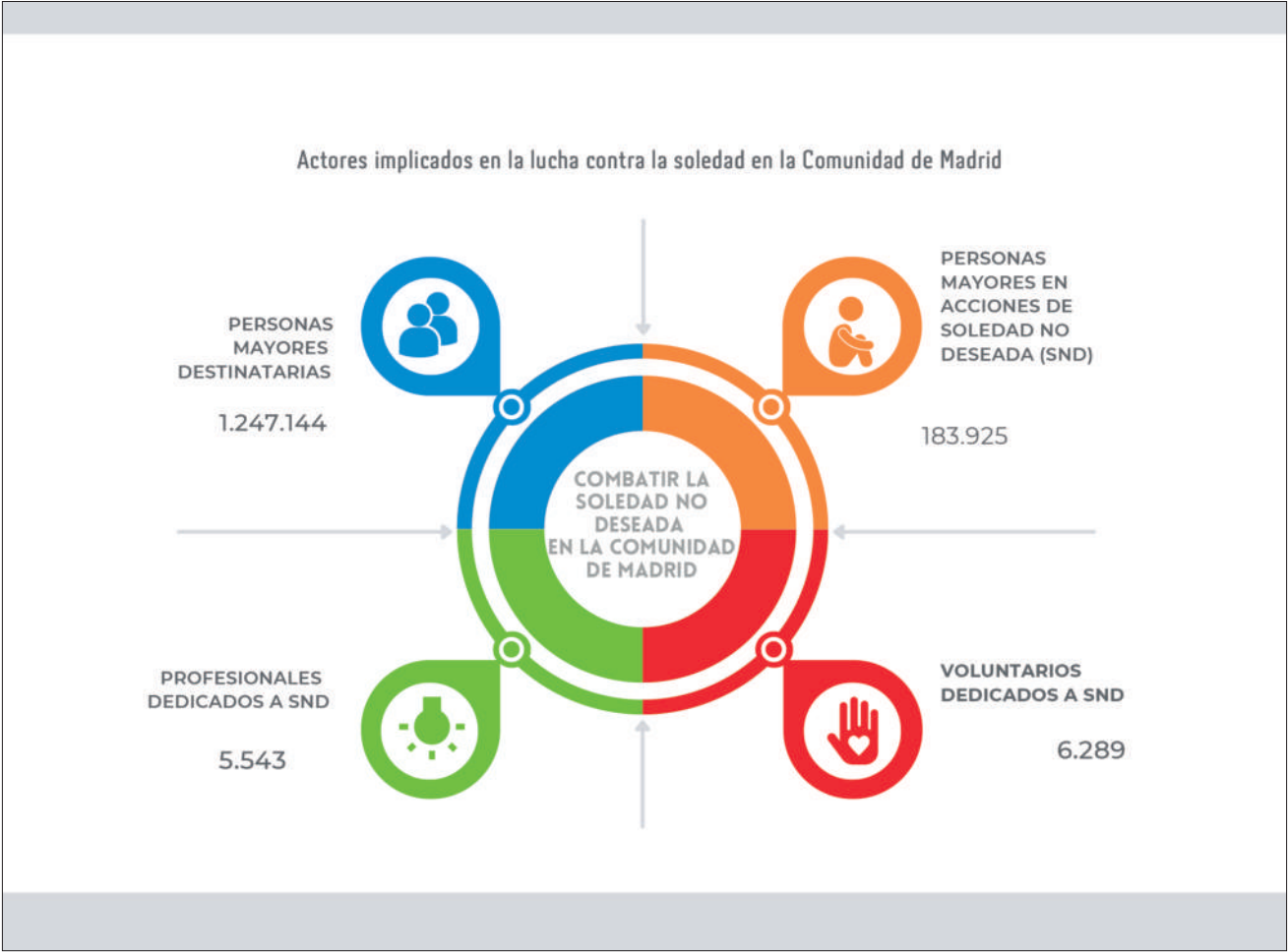


Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Datos de elaboración propia. 2021.



Este cuestionario permitió componer una primera foto aproximada de la Red, apuntando algunos posibles indicadores.

Figura 16. Actores implicados en la lucha contra la soledad en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Datos de elaboración propia. 2021.

Algunos indicadores: recomendaciones

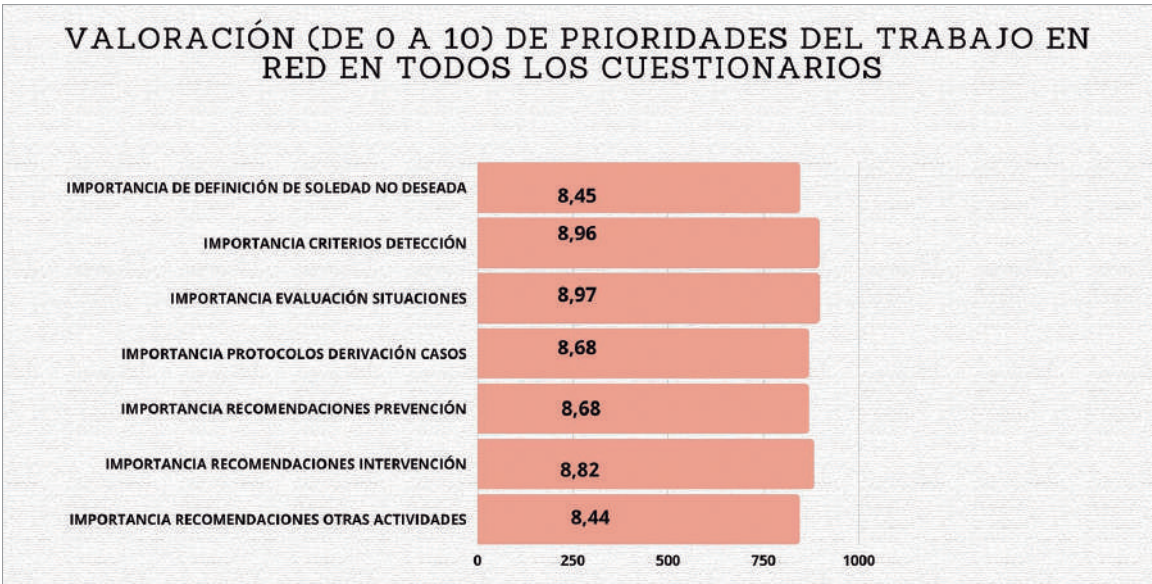
Los participantes en este cuestionario valoraron las prioridades para desarrollar acciones de trabajo en red, datos que reflejan un alto interés por parte de los agentes sociales por diseñar y definir acciones de detección, valoración, prevención e intervención para trabajar la Soledad No Deseada.

Las acciones que se consideraron prioritarias fueron la evaluación de los casos y el establecimiento de criterios de detección, es decir, las entidades creen que lo principal es detectar y evaluar de forma individual cada caso para poder actuar de una forma eficaz. Precisamente, los profesionales de primera línea que intervienen alrededor de una persona mayor son un agente de

detección clave para identificar situaciones de riesgo de sufrir Soledad No Deseada y, como cada caso es diferente, la intervención personalizada es el método más eficaz; de ahí que la evaluación de las situaciones sea el segundo ítem más valorado en estos cuestionarios, tal y como puede verse en la **figura 17**.

De los cuestionarios realizados se extrajo también información sobre las actividades que recomiendan los distintos agentes sociales. En este sentido es relevante destacar que las acciones de detección de la soledad o las actuaciones individuales se consideran importantes, y en el área de intervención las más recomendadas son las grupales y las de acompañamiento, como medidas para paliar las situaciones de soledad en personas mayores.

Figura 17. Valoración (de 0 a 10) de prioridades del trabajo en red en todos los cuestionarios.



Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Datos de elaboración propia. 2021.

Tres puntos de partida

La elaboración del formulario sirvió para definir tres puntos fundamentales por los que empezar a trabajar y a construir esa Red de Atención:

☑ Las prioridades del trabajo en red se relacionan con la definición, prevención, detección e intervención. Los actores consideraron muy importantes estos cuatro factores como las guías para abordar esta problemática.

☑ La intervención comunitaria es fundamental. En lo referido a las estrategias consideradas como prioritarias para combatir la Soledad No Deseada, el 56% así lo considera; mientras que el 28,4% ve más urgente desarrollar actividades para paliar la brecha digital, y el 15,7% apuesta por las actividades intergeneracionales.

☑ Los centros de salud son espacios fundamentales. Con relación a los espacios consignados como prioritarios a la hora de combatir la Soledad No Deseada, el 72,4% considera que son los centros de salud, el 12,7% los comercios de proximidad, el 8,2% el trabajo de calle (espacios verdes, entre otros) y solo el 6,7% los hospitales.



De los datos obtenidos se traslucía, además, la necesidad de coordinación de actividades por parte del conjunto de entidades preocupadas por el tema, la diversidad de ámbitos de trabajo y la complementariedad y coincidencia de muchas actuaciones. La soledad es un problema multidimensional que viene determinado por diversos factores individuales, culturales y sociales, y que implica a muy diversos agentes por lo que, como tal, requiere una adecuada coordinación de distintas políticas y la implicación activa de distintos actores.



En definitiva, para luchar contra la Soledad No Deseada es fundamental avanzar en el trabajo conjunto y la coordinación entre los diferentes actores clave. Esto implica unos retos determinados que son necesarios abordar poniendo en marcha una serie de acciones y medidas. Por eso, el segundo paso fue la organización de actividades que ayudasen a “dibujar” una visión compartida del proyecto de Red, que canalizasen lo expresado en los formularios y que permitiesen avanzar en futuras líneas de trabajo en común.

4.2 Primer Simposio sobre Soledad No Deseada en las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid¹⁵

El primer paso fue celebrar un encuentro entre profesionales relacionados con la atención a las personas mayores, un encuentro que facilitase información de estudios y experiencias que aportasen referencias para empezar a trabajar. Así, en noviembre de 2021, la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia, y por tanto de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, organizó el Primer Simposio sobre Soledad No Deseada, dirigido a profesionales y voluntariado de organizaciones del tercer sector, de la Administración y de empresas de servicios, cuya actividad esté relacionada con los principales ejes de actuación en SND de las

personas mayores en la Comunidad de Madrid. Con el objetivo de crear un primer espacio de encuentro entre profesionales para debatir y reflexionar sobre esta realidad se evaluaron distintas investigaciones, iniciativas y proyectos en red que ya están en marcha en otras zonas geográficas. En él se analizaron y debatieron los aspectos más relevantes de esta problemática social, así como diversas experiencias exitosas de trabajo en red a nivel nacional de la mano de sus responsables técnicos.

Este encuentro se configuró como el punto de partida inicial de la Red Regional de Atención a Personas Mayores en Situación de Soledad No Deseada.





Importancia de las relaciones de calidad

Además, se dedicó un tiempo a la exposición de las últimas investigaciones en materia de soledad. Según recientes estudios longitudinales, una de las claves que hace que unas personas vivan con más bienestar a lo largo de su vida, y que estas sean más longevas, son las buenas relaciones sociales. Pero no solo es importante tener muchas personas en nuestras redes de relación o redes sociales, es más importante aún la calidad de esas relaciones. La intimidad, la confianza, el respeto mutuo, son los aspectos cualitativos de las relaciones. En este sentido, se insistió en que es preciso abordar la soledad en el ámbito comunitario, ofreciendo recursos que generen y fortalezcan vínculos de calidad entre las personas mayores y el resto de la comunidad y potenciando su participación social y comunitaria como lo puede hacer cualquier otro grupo de edad.

Soledad y género

Otro tema importante que se abordó en el Simposio fue la soledad y el género. La vivencia de la soledad por parte de las mujeres y de los varones es diferente en aspectos cualitativos, como en lo referente al déficit de apoyo instrumental (condiciones materiales de vida) y al déficit de apoyo emocional —aspectos que ya se han analizado en apartados anteriores—.

Residencias vs. domicilios

Un tercer tema central de este encuentro analizó cómo se vive la soledad en las residencias y en los domicilios, destacando que para personas mayores en los últimos años hay una tendencia al llamado '*ageing in place*'—deseo por envejecer en casa— y para atender esta demanda, es necesario contar con suficientes recursos dirigidos

a prevenir la dependencia o facilitar la autonomía e independencia de las personas en situación de dependencia. No obstante, las residencias para personas mayores son un importante recurso, y para evitar o reducir la soledad de los mayores institucionalizados –tal y como hemos ido viendo–, se debe implementar un modelo de atención que sea respetuoso y que ponga a la persona mayor en el centro de la intervención, más en concreto, aplicando el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP).

La soledad en las personas cuidadoras

También se abordó el problema de la soledad en las personas cuidadoras, destacando que esta tarea recae mayormente en las mujeres, siendo las hijas quienes asumen las tareas del cuidado en la mayoría de las ocasiones.

En relación a la soledad, se apuntó que cuidar de una persona que necesita ayuda o supervisión para las actividades del día a día es considerado un ejemplo de estrés crónico. Por eso, diferentes estudios asocian el sentimiento de soledad con ser cuidador. Se concluyó, pues, que los cuidadores deberían ser considerados un grupo vulnerable y ser atendido como tal, recibiendo intervenciones individualizadas que puedan reducir los sentimientos de soledad de las personas que cuidan.

Experiencias prácticas destacadas

En una segunda parte del Simposio se presentaron experiencias prácticas en diferentes ámbitos territoriales, (autonómico, regional y local), en distintos marcos de actuación (servicios sociales, sanidad, etcétera), y con diferentes protagonistas (profesionales sanitarios, voluntarios y personas mayores).



En el ámbito de la Comunidad de Madrid destaca la implicación del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), organismo que trabaja para paliar la Soledad No Deseada de las personas mayores en el ámbito territorial de los municipios de la zona sur de la Comunidad de Madrid, a través de un proyecto de marcado carácter comunitario. Esta iniciativa combina la formación de un grupo de voluntarios especializados en tareas de acompañamiento psicosocial a situaciones de soledad y aislamiento, un buen dispositivo de detección y análisis de la situación y un sistema de derivación a programas especializados de atención y asistencia.

Siguiendo en el ámbito institucional, también el Ayuntamiento de Madrid trabaja para paliar situaciones de soledad emocional o relacional en las personas mayores, a través del fortalecimiento de la amigabilidad de la ciudad de Madrid, la sensibilización a la ciudadanía, la detección de riesgos y la intervención sobre la soledad y sus consecuencias.

El Ayuntamiento de Barcelona ha puesto en marcha el Programa Radars que promueve un abordaje comunitario de la soledad liderado por los Servicios Sociales municipales. En este programa tienen un especial protagonismo

los comercios de barrio y farmacias para detectar y hacer seguimiento de situaciones de SND, destacando el rol de las familias para que colaboren, alerten y compartan la evolución de su pariente en soledad.

Otra iniciativa a destacar es la del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, que colabora en el impulso de múltiples acciones de prevención e intervención para paliar la soledad no deseada, destacando la Red BIZAN, constituida por los anteriormente denominados Centros Socioculturales de Mayores. Los centros BIZAN se basan en un modelo de participación que permite la gestión compartida de los centros, entre profesionales y personas mayores.

Por último, las entidades privadas también desarrollan trabajos destacados en torno a esta problemática. Este es el caso de Fundación La Caixa que ha impulsado una iniciativa para activar los recursos propios de la persona mayor y que estos sirvan, a su vez, para establecer sus propias estrategias. El objetivo de este proyecto es afrontar la soledad a través de una intervención que empodere a los individuos, comprometa a la comunidad y sensibilice a la ciudadanía, y evidentemente, con la finalidad de poder prevenir, paliar y mitigar las distintas situaciones de soledad.



4.3 Jornadas de trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad De Madrid³²



Con el objetivo de avanzar en el proceso de construcción de la Red Regional contra la Soledad No Deseada, desde la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia se organizaron, en 2021, unas ‘Jornadas de trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad De Madrid’, en las que participaron 134 organizaciones comprometidas pertenecientes al Tercer Sector, a la Administración Pública y al tejido empresarial de servicios relacionados con la

prevención e intervención en soledad de las personas mayores.

Para la gestión de los trabajos se propusieron metodologías participativas e interactivas para dinamizar el debate y fomentar la participación. Se propusieron cuatro grupos de discusión virtuales que se focalizaron en cuatro puntos clave: la prevención y detección de soledad, la movilización de actores y del entorno, la articulación de la red y la respuesta a grupos vulnerables.

Se destacan los principales problemas y retos prioritarios identificados en los grupos y que son de especial consideración para la posterior articulación de objetivos y medidas que forman el programa de acción en red:

- Conocimiento mutuo insuficiente y desconocimiento de los recursos existentes y frecuente dificultad de aprovechamiento.
- Coordinación insuficiente entre los recursos.
- Falta de recursos tanto para atender a las personas como para consolidar el trabajo en red.
- Ausencia de un modelo de atención común compartido y falta de protocolos y herramientas conjuntas, tanto en intervención como en la articulación de la propia red.
- Movilizar e implicar a los diversos actores comunitarios, incluyendo al voluntariado.
- Escaso conocimiento y sensibilización social relacionada con el envejecimiento, la soledad y sus consecuencias. Esto puede deberse a la falta de recursos por parte de las entidades del entorno para hacer campañas de sensibilización con impacto.
- Se identifican contextos más relevantes y grupos de especial vulnerabilidad para la organización de actuaciones prioritarias: zonas rurales,

espacios de atención sanitaria y residencias, donde es muy importante evitar la soledad.

En respuesta a este escenario, los grupos aportan diferentes recomendaciones y estrategias que suponen un marco de trabajo enriquecedor y ponen de manifiesto la existencia de un buen caldo de cultivo de entidades, instituciones y personas que están llevando a cabo iniciativas contra la soledad y con motivación por implicarse más.

Las 'Jornadas' respaldan la importancia y reconocimiento que se otorga del trabajo en red y de lo que puede aportar a la atención de las personas mayores en soledad en la Comunidad. También, que su impulso para conseguir que esta sea algo más que un espacio de trabajo informal en el que las entidades están conectadas o se encuentran puntualmente, requiere articular una serie de medidas y apoyos.

En la jornada presencial de todos los grupos se propuso una priorización de actuaciones para articular la red y sus apoyos. Dicha priorización sintetiza propuestas que sirven de referencia para el desarrollo de un programa de acción.

La priorización de actuaciones se ordenó de la siguiente manera:

1. Para el trabajo en red en la Comunidad de Madrid.

- I. Generar un modelo común de atención.
- II. Crear un protocolo conjunto.
- III. Sensibilizar a la sociedad sobre la Soledad No Deseada.
- IV. Explotar y dar más a conocer los recursos existentes.
- V. Favorecer el conocimiento mutuo de los actores.
- VI. Escalar y crear mayores sinergias entre los recursos.
- VII. Movilizar la solidaridad vecinal y comunitaria.

2. Acciones de coordinación y trabajo en red.

- I. Crear grupos focales/de trabajo y mesas de trabajo.
- II. Mejora en las subvenciones.
- III. Organizar jornadas de encuentro entre los actores.
- IV. Elaborar un libro verde o blanco para desarrollar la red.

3. Acciones sobre herramientas y protocolos.

- I. Establecer protocolos y procedimientos conjuntos.
- II. Crear un mapeo/directorio de las entidades, recursos y servicios.
- III. Desarrollar indicadores conjuntos.
- IV. Crear bases de datos conjuntas.
- V. Desarrollar una web unificada.

4. En relación con algunas temáticas relevantes.

- I. Fortalecer la coordinación sociosanitaria.
- II. Desarrollar programas específicos para personas especialmente vulnerables (personas en residencias, etcétera).
- III. Impulsar distintos modelos de atención en función del contexto y las necesidades (rural/urbano).
- IV. Establecer una mesa de seguimiento de casos de especial vulnerabilidad.
- V. Conectar a las personas del entorno rural con recursos y actores de otros lugares cercanos.

5. Sobre la gestión del conocimiento.

- I. Realizar un estudio para medir la soledad y estudiar los perfiles en la Comunidad de Madrid.
- II. Identificar experiencias y seleccionar aquellas que se puedan implementar en la Comunidad de Madrid.
- III. Formar a los diferentes actores sobre Soledad No Deseada.

6. Sobre sensibilización y movilización.

- I. Realizar campañas para sensibilizar a la sociedad.
- II. Impulsar redes de apoyo vecinales.

4.4 Estudio del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid¹¹

Para la consolidación de una base sólida que diera paso a la construcción de la Red regional a petición de la Comunidad de Madrid, el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid elaboró un estudio, en el año 2022, con el objetivo de identificar el marco conceptual y normativo de referencia, los factores de riesgo y protección, las mejores prácticas y los ámbitos de mejora e innovación de las políticas sociales, en materia de soledad de personas mayores.

El estudio ofrece información actualizada sobre la realidad de la incidencia y del impacto de la Soledad No Deseada en las personas mayores que residen en la Comunidad de Madrid, su situación y tendencia, los factores de riesgos y los protectores personales y de contexto.

Las principales conclusiones del estudio se organizaron en torno a ocho líneas:

1. Investigación y evaluación.

Como requisito imprescindible para el diseño de estrategias institucionales y programáticas eficaces y eficientes que ayuden a comprender y abordar el fenómeno de la Soledad No Deseada en toda su dimensión.

2. Responsabilidad colectiva.

La respuesta a un fenómeno complejo como la Soledad No Deseada exige una implicación colectiva en la que cada agente debe jugar su papel de forma exigente. El compromiso abarca desde la prevención a la intervención, con un tejido de las relaciones y de los cuidados.

3. Sensibilización.

La Soledad No Deseada debe abordarse desde la visibilización de la vida de las personas mayores y su aportación a la sociedad, eliminando el estigma asociado a las personas mayores y a la propia soledad y apoyándolas en todas las etapas de su ciclo vital, como soporte ante situaciones de necesidad.

4. Atención centrada en la persona y diseño universal.

Colocar a la persona en el centro de todo el sistema es la estrategia que permite el diseño de propuestas eficaces y de impacto, es el medio para asegurar la participación real de las personas mayores en la toma de decisiones de los distintos ámbitos sociales y políticos.

5. Prevención.

La prevención (y detección a tiempo) de la soledad evita el sufrimiento y los efectos nocivos en la salud física, psicológica y el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

6. Intervención comunitaria, social e individual.

El diseño de estrategias con base comunitaria se ha mostrado como el más eficaz y en esta línea, la red de proximidad es la que mejor facilita a sus miembros el ejercicio de sus deseos y la cobertura de sus necesidades.

7. Coordinación.

Las intervenciones deben ser multidisciplinarias y generar sinergias entre todos los perfiles implicados, por eso, es importante tener en cuenta la pluralidad de enfoques.

8. Relevancia política y presupuestaria.

Construir una Red de Atención eficaz y eficiente requiere inversión y compromiso presupuestario por parte de las Administraciones implicadas.

Figura 18. Líneas de actuación en materia de SND.



Fuente: Comunidad de Madrid. *Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid. 2022*¹¹.



Propuestas de actuación y funcionamiento en Red

El abordaje de la Soledad No Deseada en las personas mayores debe realizarse desde un punto de vista sistémico, multidisciplinar, coordinado y consensuado, y estos son los pilares sobre los que se sustenta la estructura de esta Red regional

Tras el trabajo de todos los agentes implicados en las diferentes acciones puestas en marcha por la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor se llegó a tres importantes puntos de arranque:

Las prioridades del trabajo en red se relacionan con la definición, prevención, detección e intervención.

La intervención comunitaria es fundamental.

Los centros de salud son espacios fundamentales.

Puesto que la soledad es un problema multidimensional que viene determinado por diversos factores individuales, culturales y sociales, no puede ser abordada desde la intervención de una única política, sino que requiere una adecuada coordinación de distintas políticas y la implicación activa de diferentes actores.

Identificar a esos agentes que intervendrán en todo el proceso, poner en contacto a unos con otros, impulsar el intercambio de información, facilitar herramientas de trabajo, generar espacios de encuentro y de conocimiento mutuo, compartir experiencias, fomentar nuevas iniciativas y poner en marcha grupos de trabajo temáticos, entre otras acciones, conforman la hoja de ruta que seguirá esta Red.

¿Quiénes son los agentes implicados?

En esta Red de Atención a Mayores en Soledad intervendrán como agentes principales, por un lado, las Administraciones Públicas: la Consejería de Familia, Juventud y Política Social y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, las Direcciones Generales implicadas en la atención y cuidado de las personas mayores, y cualquier otro ente público local y regional que tenga competencia en el ámbito de servicios sociales y de mayores, o cualquier otro que afecte a su bienestar integral.

También las entidades locales, ayuntamientos y mancomunidades que intervienen desde diferentes ámbitos en todas las políticas que afectan de manera directa a las personas y su entorno. Y, por supuesto, otras entidades como las universidades, directamente relacionadas con el trabajo con los ciudadanos de todas las edades.

Por otro lado, otro grupo importante de agentes implicados son las entidades privadas, como Organizaciones sin Ánimo de Lucro, las empresas prestadoras de servicios y gestoras

de centros especializados en atención a los mayores, entidades que desarrollan programas de Responsabilidad Social Corporativa, colegios y agentes sociales y comunitarios (sindicatos, patronales, asociaciones de vecinos, parroquias, etcétera).

Principios y fundamentos de la Red de Atención

Los principios que la Red de Atención se exige y exige a sus socios son universales:

- 1 El respeto del principio de igualdad y no discriminación.
- 2 El derecho de todas las personas a recibir información suficiente, veraz y comprensible.
- 3 El derecho a la libre elección de cada persona con respecto a los recursos, medidas y otras intervenciones que se le puedan ofrecer.
- 4 El respeto al principio de secreto profesional y el derecho a la confidencialidad.
- 5 La participación de las personas mayores desde un enfoque de la Atención Centrada en la Persona como eje transversal de todas las actuaciones y el diseño universal apoyado en la accesibilidad y la flexibilidad de procesos.

Propuestas para el buen funcionamiento de la Red:

El desarrollo eficiente y eficaz de la Red se basa en unas ideas fundamentales que son una coordinación eficaz, eficiente y convergente; compromiso por parte de todos los agentes de compartir los conocimientos y experiencias desarrolladas; que sea constante en el tiempo; promover una visión compartida del fenómeno de la Soledad No Deseada; contar con unos protocolos y recomendaciones consensuados y marcados por la profesionalidad, la transparencia y calidad; accesibilidad y la participación de los mayores; y, por último, la aceptación de los compromisos derivados de la adhesión a la Red.

Estructura y funcionamiento

Participación y consenso son los principios en los que se basa el trabajo de la Red de Atención a Mayores en Soledad.

En dicha participación, las entidades que integran la Red son el motor que impulsa la toma de decisiones sobre qué hacer, cómo y cuándo. No obstante, a pesar de que se ha establecido cierta organización dentro de la Red y los órganos que la conforman, esta se va a caracterizar por ser una **redarquía**, es decir, un modelo que se caracterizará por la colaboración basada en las interacciones que los diferentes agentes mantendrán entre sí, compartiendo talento y su conocimiento de forma abierta y transparente, y estableciendo relaciones de igual a igual.



Distribución de las actividades recomendadas

La metodología de trabajo se articulará en torno a un grupo motor y varios grupos de trabajo.

En el motor participarán representantes de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia y del Consejo Regional de Mayores y un servicio de coordinación encargado de dinamizar el funcionamiento de la Red.

Puntualmente, podrán incorporarse otros representantes o profesionales de las entidades miembros o externos. Este grupo motor tendrá las funciones de programar los objetivos y las actuaciones de la Red, y dinamizar los grupos de trabajo y las tareas que en ellos se desarrollan.

Además, habrá varios grupos de trabajo que desarrollarán su función en base a un procedimiento participativo, coordinado y consensuado.

Evaluación

La Red tiene entre sus objetivos la generación de un conocimiento consensuado y acumulativo, con el fin de promover una mejora continua en las actuaciones de la propia Red y de las entidades que la conforman. Por ello es importante controlar y evaluar los procedimientos y resultados de forma periódica.

La evaluación debe realizarse mediante la definición de los objetivos de actuación y de los criterios o indicadores de evaluación, identificando los factores y las variables que intervienen y analizando las prácticas siguiendo los criterios de eficacia, pertinencia, resultados e impacto, con un sistema de indicadores que tengan relevancia y significado individual, social e institucional.





Programa de Acción en Red

Cabe resaltar la importancia de la participación y gobernanza en la Red de Atención a Mayores en Soledad que, además de constituir la tercera línea estratégica del programa, son principios presentes en las diferentes etapas del diseño, ejecución y evaluación de este programa

Antecedentes en la redacción de este Programa

Debido a la importancia de la participación y el consenso como pilares de la Red de Atención a Mayores en Soledad, para elaborar este documento se ha solicitado —en mayo de 2022— la colaboración de 198 entidades (14 administraciones públicas de la Comunidad de Madrid, 21 entidades pertenecientes al Consejo Regional de Personas Mayores y 163 entidades y profesionales), cuyas observaciones al borrador inicial han contribuido a su enriquecimiento y redacción actual. Se recibieron un total de 111 observaciones al borrador por parte de 30 entidades.

Un total de 54 observaciones dieron lugar a modificaciones en la redacción del documento. Además, las observaciones han contribuido a definir mejor el número y estructura que han de tener los grupos de trabajo. Muchas de estas entidades han incidido en colectivos específicos que, si bien no pueden ser citados explícitamente en la redacción de

las líneas y objetivos del Programa, sí deben ser citados ya que este Programa los tendrá en cuenta en su fase de ejecución:

- Las personas mayores en situación de cuidados paliativos.
- Las personas mayores usuarias de servicios de atención residencial, no residencial, así como no usuarias.
- Las personas mayores grandes dependientes institucionalizadas.
- Mujeres mayores víctimas de violencia de género.
- Cuidadores informales.

Cabe resaltar la importancia de la participación y gobernanza en la Red de Atención a Mayores en Soledad que, además de constituir la tercera línea estratégica del programa, son principios presentes en las diferentes etapas del diseño, ejecución y evaluación de este programa, como ha quedado de manifiesto en esta primera fase de diseño, en la que se ha solicitado la colaboración de 198 agentes.

El Programa de Acción en Red

Como se ha insistido en varias ocasiones a lo largo de este documento, luchar contra la Soledad No Deseada en la Comunidad de Madrid implica avanzar en el trabajo conjunto y la coordinación entre los diferentes actores clave.

La coordinación y trabajo conjunto implica, además, unos retos determinados que es necesario abordar poniendo en marcha una serie de acciones y medidas.

En este sentido, este texto se presenta como una propuesta de trabajo a desarrollar para la consecución del objetivo principal que es construir una red de entidades, profesionales e insti-

tuciones sensibilizadas y comprometidas ante la Soledad No Deseada de las personas mayores con fórmulas de intervención consensuadas, comunes y coordinadas.

Así, se han establecido tres líneas de trabajo y cada una de ellas engloba una serie de objetivos y unas acciones para conseguirlos. A su vez, esas acciones vienen determinadas por diversas actividades que las entidades que se adhieran a la Red se comprometen a cumplir.

Por su parte, los organismos competentes de la Comunidad de Madrid harán un seguimiento y verificarán que esos compromisos se cumplen, materializándose en las actividades propuestas.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- 1 ESTUDIO Y SENSIBILIZACIÓN
- 2 PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN
- 3 PARTICIPACIÓN Y GOBERNANZA

OBJETIVO 1

Conocer la realidad de las personas mayores en situación de Soledad No Deseada y aislamiento social de la Región y su evolución.

Cualquier intervención que aspire a ser eficaz y eficiente en la reducción del problema de la soledad de las personas mayores requiere tener un conocimiento informado acerca de su dimensión y características. Resulta imprescindible que esta aproximación al fenómeno se realice de forma coordinada entre los distintos agentes implicados, evitando duplicidades y propiciando la eficiencia de las investigaciones.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

1.1. Creación y mantenimiento de espacios de análisis y generación de conocimiento.

- 1.1.1. Creación de un comité técnico-científico asesor en materia de SND y aislamiento social de las personas.
- 1.1.2. Creación de un "Observatorio" regional que recopile y explore datos de diferentes fuentes.

1.2. Promoción de la investigación en materia de SND.

- 1.2.1. Realización de Investigaciones/Estudios sobre SND de las personas mayores.
- 1.2.2. Creación de una línea específica para el fomento de actuaciones de investigación en subvenciones (IRPF, etcétera).
- 1.2.3. Creación de una línea de colaboración económica con entidades locales que realicen actividades de investigación en materia de SND y aislamiento social de las personas mayores.

Línea 1

OBJETIVO 2

Conocer y clasificar las entidades, dispositivos y recursos disponibles para evitar o paliar las situaciones de Soledad No Deseada y aislamiento en las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

Existe una multiplicidad de actores y dispositivos dedicados a evitar situaciones de soledad entre las personas mayores de nuestra Región. Procede realizar un censo exhaustivo de dichos recursos, que sea accesible para toda la comunidad y que sirva de referencia a profesionales y ciudadanía.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

2.1. Recopilación de información de servicios y recursos.

- 2.1.1. Diseño de un registro de actividades, servicios y recursos útiles en la prevención, detección e intervención de casos de soledad de personas mayores.
- 2.1.2. Creación y mantenimiento del registro de actividades, servicios y recursos.

2.2. Difusión de los servicios y recursos entre población y agentes implicados.

- 2.2.1. Creación y mantenimiento de una estructura que centralice la difusión de actividades, servicios y recursos mediante una página web, accesible y amigable, y perfiles en redes sociales.

OBJETIVO 3

Sensibilizar a la sociedad madrileña reduciendo la carga estigmatizante de la soledad y el aislamiento, y difundiendo sus efectos sobre la salud física y psíquica de las personas mayores.

Debemos saber transmitir a la Comunidad los numerosos efectos negativos que la soledad produce en la salud de las personas mayores. Es necesario conseguir una toma de conciencia general acerca de la importancia de un problema que puede afectar a cualquiera y a cuya solución todos podemos contribuir de alguna manera.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

3.1. Diseño de un discurso adecuado para la sensibilización de la sociedad acerca de la SND y aislamiento de las personas mayores.

3.1.1. Creación de grupo de trabajo para la generación de mensajes positivos y diseño de una estrategia de comunicación.

3.1.2. Elaboración, de forma consensuada entre miembros de la red, de una guía de estilo para el tratamiento en medios del fenómeno de la soledad y aislamiento de las personas mayores.

3.2. Traslado del discurso consensuado a los medios de comunicación, a la sociedad en general y a grupos de especial interés (profesionales, familias, cuidadoras, etcétera).

3.2.1. Implementación de la estrategia de comunicación en los distintos canales comunicativos (cartelería, buzoneo, páginas web o redes sociales, entre otros).

3.2.2. Impartición de charlas de sensibilización en distintos contextos (educativo, centros de mayores, asociaciones de vecinos, etcétera.).

3.3. Visibilización de las mejores prácticas en materia de soledad y aislamiento social de personas mayores.

3.3.1. Creación de premios anuales (a las mejores prácticas, proyectos de investigación, TFG, etcétera) en materia de soledad y aislamiento de personas mayores en la Comunidad de Madrid.

Línea 2

OBJETIVO 4

Evitar la aparición de nuevas situaciones de Soledad No Deseada y aislamiento entre los grupos de población más vulnerable y susceptibles de padecerlas.

Si bien cualquier persona mayor es susceptible de padecer una situación de Soledad No Deseada, existen sectores especialmente vulnerables a los que debemos prestar especial atención y soluciones adaptadas: como las personas mayores en situación de dependencia, institucionalizadas o no, o aquellas que viven en entornos rurales y aislados.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

4.1. Información y asesoramiento especializado en materia de soledad y aislamiento de personas mayores.

- 4.1.1. Diseño, creación y mantenimiento de un servicio de información y orientación para personas mayores, familiares, personas cuidadoras, profesionales sociosanitarios y otros agentes implicados.
- 4.1.2. Realización de campañas de difusión y promoción del servicio de información y orientación entre los diferentes destinatarios del mismo.

4.2. Impulso de programas y proyectos preventivos dirigidos a colectivos específicos de personas mayores, profesionales, familiares.

- 4.2.1. Desarrollo de un documento consensuado de recomendaciones para la prevención de la soledad y el aislamiento, adaptado a distintos contextos y grupos.
- 4.2.2. Establecimiento de criterios de priorización de contextos y grupos especialmente vulnerables de personas mayores en los convenios con entidades locales y líneas de subvenciones (IRPF, etcétera).

OBJETIVO 5

Detectar el mayor número posible de situaciones de Soledad No Deseada y aislamiento social entre las personas mayores de la región.

Se requiere una acción coordinada en todo el territorio de la Comunidad de Madrid que permita compatibilizar una detección eficaz de las situaciones de soledad con la equidad en el trato y el derecho a la voluntad e intimidad de las personas mayores.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

5.1. Diseño de herramientas estandarizadas útiles para la detección.

- 5.1.1. Establecimiento de una escala común de medición de situaciones de SND y aislamiento.
- 5.1.2. Desarrollo de procedimientos estandarizados de detección y derivación adaptados a los distintos contextos de atención (residencias, recursos no residenciales, servicios sociales de atención primaria, servicios sanitarios de atención primaria, hospitalaria y servicios de urgencias).

5.2. Creación de un dispositivo telefónico de primera atención, registro y derivación de casos de soledad de mayores.

- 5.2.1. Desarrollo de un protocolo atención y derivación entre el personal del 012.
- 5.2.2. Realización de una campaña de sensibilización y difusión de la vía telefónica como inicio de la atención.

5.3. Diseño y puesta en marcha de programas y proyectos de detección adaptados a los distintos contextos de atención.

- 5.3.1. Impulso de programas y proyectos de detección mediante convenios con entidades locales y proyectos subvencionables a través del IRPF.

Línea 2

OBJETIVO 6

Promover la creación y fortalecimiento de los vínculos sociales y afectivos de calidad de las personas mayores de la región.

Las relaciones sociales son esenciales para el mantenimiento de una buena salud física, social y psicológica. Puesto que definimos el sentimiento de soledad como el resultado de percibir unas necesidades sociales no cubiertas ni en cantidad ni en calidad, por las relaciones que mantiene, es necesario propiciar una vinculación comunitaria y unas relaciones significativas y satisfactorias en las personas mayores.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

6.1. Diseño de actuaciones que fomenten y fortalezcan los vínculos afectivos de calidad de las personas mayores de la Comunidad de Madrid, con especial atención a las actividades de acompañamiento.

6.1.1. Desarrollo, mediante la creación de un grupo de trabajo, de recomendaciones para programación y desarrollo de actividades que fomenten y fortalezcan los vínculos afectivos de calidad en mayores, con alusión a contextos y grupos especialmente vulnerables, con especial referencia a actividades de acompañamiento.

6.2. Desarrollo, por la Administración regional, de actividades que fomenten y fortalezcan los vínculos afectivos de calidad de las personas mayores de la Comunidad de Madrid, con especial atención a las actividades de acompañamiento.

6.2.1. Impulso y fortalecimiento de los programas que fomenten los vínculos afectivos de calidad de las personas mayores usuarias de servicios sociales públicos de la Comunidad de Madrid.

6.2.2. Impulso y fortalecimiento, de los programas de voluntariado que fomenten los vínculos afectivos de calidad de los mayores, con la colaboración de la Mesa de Voluntariado del CRM

6.2.3. Promoción del desarrollo de actividades intergeneracionales en el ámbito educativo en las que participen activamente las personas mayores.

6.2.4. Promoción del desarrollo de actividades que fomenten los vínculos afectivos de calidad de las personas mayores en otros ámbitos como el sanitario, cultural, etcétera.

6.3. Fomento de la ejecución, por otras administraciones y entidades públicas y privadas, de actuaciones que refuercen los vínculos afectivos de calidad de las personas mayores de la Comunidad de Madrid, con especial atención a las actividades de acompañamiento.

6.3.1. Introducción de una línea específica en subvenciones (IRPF, etcétera) para el fomento de proyectos que desarrollen los vínculos afectivos de las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

6.3.2. Fomento de proyectos que desarrollen los vínculos afectivos de las personas mayores mediante la firma de convenios con entidades locales.

Línea 2

OBJETIVO 7

Dotar de competencias y habilidades personales ante situaciones de soledad y aislamiento a las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

Poner a disposición de las personas mayores actividades que favorezcan su capacitación para llevar una vida saludable y equilibrada, acceder a recursos digitales o afrontar situaciones de crisis, contribuirán a aumentar su autonomía y su resiliencia ante el sentimiento de soledad. Este objetivo tienen como finalidad empoderar a los propios mayores para que ellos mismos puedan evitar o buscar solución a las situaciones de Soledad No Deseada.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

7.1. Diseño de actuaciones que doten de competencias personales para afrontar situaciones de Soledad No Deseada a las personas mayores.

7.1.1. Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un documento de recomendaciones para la programación y el desarrollo de actividades que fomenten las competencias personales para afrontar la Soledad No Deseada de las personas mayores.

7.1.2. Desarrollo de un documento consensuado de recomendaciones para la programación y el desarrollo de actividades para el fomento de competencias personales para afrontar la SND de las personas mayores, con referencia a contextos y grupos especialmente vulnerables.

7.2. Desarrollo de actividades que doten de competencias personales para afrontar situaciones de SND a las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

7.2.1. Impulso y fortalecimiento de los Programas dirigidos al Envejecimiento Activo y Saludable para un mayor fomento de las competencias personales para afrontar la SND de sus participantes.

7.2.2. Impulso y fortalecimiento de los Programas de Dinamización en Residencias, Centros de Día y Centros de Mayores para un mayor fomento de las competencias personales para afrontar la SND de sus usuarios.

7.2.3. Adaptación y fortalecimiento de la programación de los Centros de Mayores de la AMAS para un mayor fomento de las competencias personales para afrontar la SND de sus usuarios.

7.2.4. Impulso y fortalecimiento de actividades de voluntariado que potencien las competencias personales para afrontar la SND de los mayores, con la colaboración de la Mesa de Voluntariado del CRM.

7.3. Fomento de actividades que doten de competencias personales para afrontar situaciones de SND y aislamiento social a las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

7.3.1. Introducción de una línea específica en subvenciones (vía IRPF, por ejemplo) para el fomento de actividades que doten de competencias personales para afrontar situaciones de soledad y aislamiento a los mayores.

7.3.2. Fomento de proyectos que doten de competencias personales para afrontar situaciones de soledad y aislamiento a los mayores, mediante la firma de convenios con las entidades locales.

Línea 3

OBJETIVO 8

Promover la participación de las personas mayores en el diseño de actuaciones en materia de soledad y aislamiento social.

Cualquier estrategia de intervención social está condenada al fracaso si no se cuenta con la colaboración y la opinión del grupo al que se dirige. Es necesario que sean las propias personas mayores las que opinen sobre sus necesidades y demandas, contando con la participación efectiva de las personas mayores en la toma de decisiones en todo el proceso.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

8.1. Impulso del papel del Consejos Regionales de Mayores y los distintos Consejos Locales en el diseño de políticas y actuaciones en materia de soledad y aislamiento.

8.1.1. Impulso de la creación de grupos de trabajo específicos en materia de soledad en los distintos Consejos (Regional y locales).

8.2. Fomento de la participación de los usuarios de programas, proyectos y actividades relacionadas con la SND, en el diseño y evaluación de los mismos.

8.2.1. Impulso de la creación de grupos de discusión formados por personas usuarias de programas y proyectos.

8.2.2. Impulso de la creación de buzones de sugerencias en materia de SND.

OBJETIVO 9

Movilizar a la comunidad en las labores de sensibilización, detección e intervención en situaciones de Soledad No Deseada.

Por su propia naturaleza, las situaciones de aislamiento requerirán estrategias que impliquen a toda la comunidad. Tanto los recursos públicos de atención sociosanitaria como actores habitualmente no implicados en materia de intervención social (vecinos, policía, pequeños comercios, farmacias, etcétera), pueden ser clave para una intervención de éxito a la hora de afrontar las situaciones de soledad.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

9.1. Desarrollo de actividades que fomenten la implicación de la comunidad en la prevención y tratamiento de las situaciones de soledad de las personas mayores.

9.1.1. Realización de una campaña de sensibilización para la implicación de la ciudadanía, con especial atención a sectores clave (farmacias, comercios, bancos, etcétera), en la prevención de situaciones de soledad entre los mayores.

9.1.2. Impulso del alineamiento de objetivos en materia de soledad en la acción de administraciones y entidades que desarrollan RSC.

9.1.3. Impulso de la colaboración intra e interadministrativa en materia de Soledad de personas mayores.

9.2. Fomento de actividades para la implicación de la comunidad en la prevención y tratamiento de las situaciones de soledad de las personas mayores.

9.2.1. Introducción de una línea específica en subvenciones (IRPF, ...) para el fomento de actividades de movilización de la ciudadanía en la prevención y detección de situaciones de soledad.

9.2.2. Alineamiento de estrategias de RSC de empresas e instituciones con los objetivos de la Red.

9.2.3. Fomento de actividades de movilización de la ciudadanía en la prevención y detección de situaciones de soledad en el ámbito local, mediante la firma de convenios con las entidades locales.

OBJETIVO 10

Desarrollar métodos eficaces y compartidos por todos los actores implicados para la medición, detección, valoración, derivación e intervención de las situaciones de Soledad No Deseada y aislamiento social.

Una acción coordinada requiere de herramientas comunes y de decisiones consensuadas. La Red de Atención a Mayores en Soledad de la Comunidad de Madrid pretende nutrirse de unos y otros para maximizar sus resultados y aprovechar las sinergias generadas por la multiplicidad de actores implicados.

MEDIDAS Y SUBMEDIDAS A DESARROLLAR:

10.1. Creación, mantenimiento, fortalecimiento y coordinación de una RED REGIONAL de instituciones y entidades relevantes para la prevención y tratamiento de las situaciones de Soledad No Deseada de las personas mayores.

- 10.1.1. Creación de un órgano de coordinación de la RED REGIONAL desde el que centralizar su actividad.
- 10.1.2. Desarrollo de un procedimiento para el funcionamiento y toma de decisiones de la RED REGIONAL.
- 10.1.3. Desarrollo de programas de actuación y evaluaciones anuales en el marco de la RED REGIONAL.

10.2. Desarrollo de herramientas y procedimientos compartidos.

- 10.2.1. Desarrollo colaborativo de un sistema de indicadores comunes para la medición de las distintas realidades territoriales de la Región en materia de soledad de personas mayores.
- 10.2.2. Desarrollo de recomendaciones para el abordaje de las situaciones de soledad de los mayores adaptadas a distintos ámbitos e instituciones.

10.3. Difusión, entre el conjunto de actores relevantes, del conocimiento adquirido en el marco de la RED REGIONAL.

- 10.3.1. Celebración de jornadas anuales de buenas prácticas en materia de estudio, prevención y tratamiento de las situaciones de soledad en personas mayores.
- 10.3.2. Creación de un servicio de asesoría a organizaciones para la introducción de buenas prácticas en materia de soledad de personas mayores.
- 10.3.3. Desarrollar un plan de formación en materia de SND dirigida a profesionales y voluntarios del ámbito de la atención a Personas Mayores.



Calendario de desarrollo

Los pasos dados han ayudado a definir la arquitectura de una exitosa Red de Atención a Mayores en Soledad de la Comunidad de Madrid, que marca un hito en este ámbito

Los efectos de la Soledad No Deseada y el aislamiento social se han convertido en un problema transversal en el que, desde la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, se viene trabajando desde hace tiempo.

La Red Regional de Atención a Mayores en Soledad comenzó a gestarse en 2019 con el compromiso de la Comunidad de Madrid de impulsar programas para prevenir y combatir esta situa-

ción, a través de distintas acciones, mecanismos y recursos que, de una manera cohesionada y transparente, estén al alcance de la mano de los potenciales beneficiarios.

Desde entonces y hasta este momento se han dado muchos pasos, avances muy significativos, para su puesta en marcha a finales del año 2022 –como se refleja en el siguiente calendario–, así como las diversas actuaciones ya previstas hasta 2024.

CALENDARIO DE DESARROLLO



Conclusiones del Estudio de Psicología

Tras el estudio realizado sobre la SND por el colegio de Psicólogos de Madrid, llegan las primeras conclusiones

2022

Presentación del programa de la Red de Atención a Mayores en Soledad

Con el objetivo de dar a conocer las Líneas Estratégicas, Objetivos, Medidas y Submedidas

2022

Inicio del Servicio de Coordinación de la Red

2022

Elaboración de las memorias anuales de los miembros de la Red

2023

Presentación del Informe anual de la Red

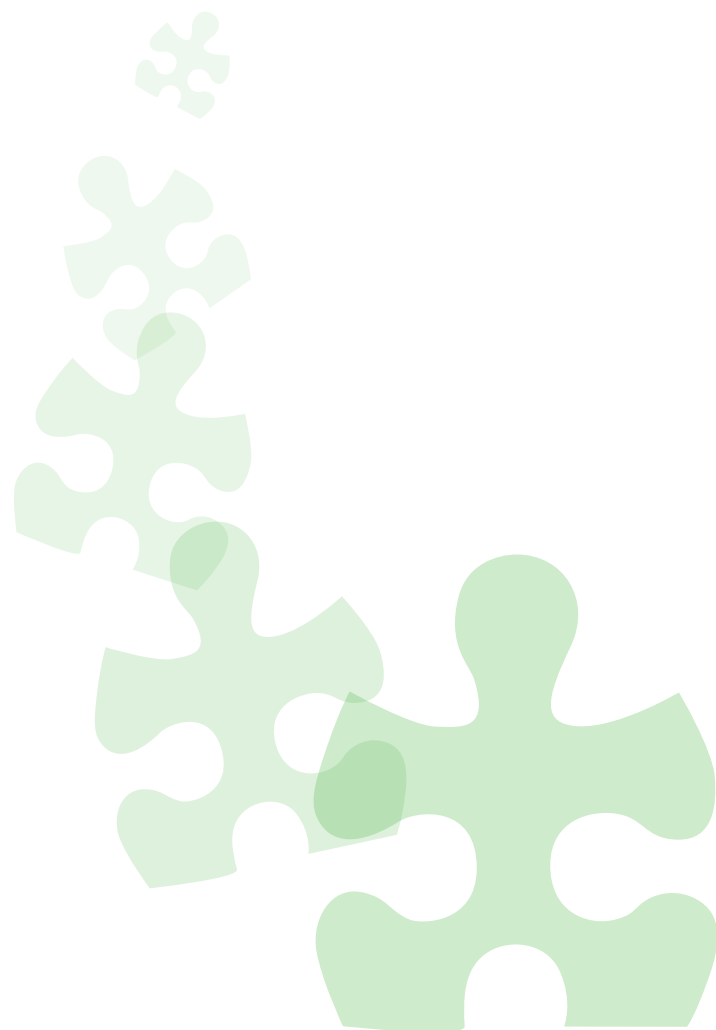
2023

Encuentro Anual de la Red: Experiencias y Evolución

2023

Elaboración de las memorias anuales de los miembros de la Red

2024



Agradecimientos

Como ya se ha señalado anteriormente, con el objetivo de crear una Red de Atención a Mayores en Soledad en la que prime la participación y el consenso como principios de funcionamiento, se ha priorizado la colaboración de los diferentes agentes implicados en todas las etapas de diseño, ejecución y evaluación del Programa de Acción en Red.

En el diseño de este documento han participado diferentes entidades y personas a las que queremos agradecer su colaboración y darles la enhorabuena por sus aportaciones.

Coordinación (principal impulsor del Programa):

D. Juan José García Ferrer, Director General de Atención al Mayor y a la Dependencia.

Grupo coordinador (responsable de la redacción del Programa):

- Ángel Moreno Díaz.
- Iñigo Estellés Marcos de León.
- Luis Fernando Saiz Vargas.
- Mercedes Sánchez Tallafigo.
- Noelia García Pérez.

Entidades que han realizado observaciones al documento:

- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Subdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de Dependencia.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Subdirección General de Prestaciones de Dependencia.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Subdirección General de Centros y Servicios.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Agencia Madrileña de Atención Social.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Servicios Sociales.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. Dirección General de Integración.
- Consejería de Sanidad. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública.
- Consejería de Vivienda y Administración Local. Secretaría del Consejo para la Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras.
- Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Madrid.
- Residencia de Ancianos María Leonor y Legado de los Pobres Hernández Muriel.
- Nadie Solo Voluntariado.
- Fundación Aldaba.

- ONG REMAR.
- Fundación Atyme.
- Mancomunidad de Servicios Sociales Sierra Norte.
- Asociación Provincial de Mayores y Pensionistas (UDP Madrid).
- Solidarios para el Desarrollo.
- Equipo de Atención Psicosocial Hospital San Rafael.
- Colegio Oficial de Trabajo Social.
- Ayuntamiento de Alcorcón.
- Unidad en servicios para las emergencias “EMERCAM”.

Entidad contratada para el diseño y apoyo en la redacción:
Entremayores, S.L.

Índice de tablas y figuras

Figura 1.	Tipos de pérdidas o crisis relacionadas con el sentimiento de soledad.....	13
Figura 2.	Repercusiones de la soledad crónica en la salud.....	15
Figura 3.	Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la SND.....	17
Figura 4.	Tipos de intervenciones ¹¹	26
Figura 5.	Evolución del número de habitantes de la Comunidad de Madrid de 2020 a 2035 y su distribución entre mayores y menores de 65 años.....	29
Figura 6.	Evolución de la población mayor de la Comunidad de Madrid de 2020 a 2035, por tramos de edad.....	30
Figura 7a.	Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en mancomunidades de servicios sociales de la Comunidad de Madrid (municipios de menos de 20.000 habitantes) en la Comunidad de Madrid.....	31
Figura 7b.	Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en municipios de entre 20.000 y 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid.....	32
Figura 7c.	Porcentaje de mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en municipios de más de 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid....	32
Figura 8.	Población mayor de 65 años de la Comunidad de Madrid diferenciada por sexo en 2022.....	36
Figura 9.	Número de hogares unipersonales en la Comunidad de Madrid en miles.....	39
Figura 10.	Número de hogares en la Comunidad de Madrid habitados por personas mayores de 65 años según sexo y estado civil.....	41
Tabla 1.	Desglose de la población mayor por municipios de la Comunidad de Madrid según su tamaño.....	46
Figura 11.	Porcentaje de población mayor por tipo de municipio.....	47
Figura 12.	Características diferenciales entre las personas mayores de 65 años que viven en núcleos rurales y las que lo hacen en las ciudades según la variable “tipo de hábitat”.....	48
Tabla 2.	Servicios de Atención Residencial por Comunidades Autónomas a fecha 1 de enero de 2022.....	49
Figura 13.	Primeras actuaciones de la Red de atención a mayores en soledad.....	54
Figura 14.	Imagen de la página web sobre SND de la Comunidad de Madrid.....	56

Figura 15. Cuestionarios respondidos por tipología de organización.....	57
Figura 16. Actores implicados en la lucha contra la soledad en la Comunidad de Madrid.....	58
Figura 17. Valoración (de 0 a 10) de prioridades del trabajo en red en todos los cuestionarios.....	59
Figura 18. Líneas de actuación en materia de SND.....	70

Bibliografía

1. Weiss, R. S. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
2. Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(12), 1213-1221.
3. Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.
4. Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons.
5. Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313-1321.
6. Varios autores:
Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.
Heinrich, L. M., & Cullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
Lasgaard, M. (2010). *Ensom Blandt Andre: En Psykologisk Undersøgelse af Ensomhed hos unge in Danmark*. [lonely among Others: A Psychological investigation of loneliness in young people in Denmark] (2. Ed.). Copenhagen: Ventilen.
Tesch-Römer C., Huxhold O. (2019). Social isolation and loneliness in old age. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
7. De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128.
8. Dykstra P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. Jun;6(2):91-100.
9. Cacioppo S., Grippo A. J., London S., Goossens L., Cacioppo J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. Mar;10(2):238-49.
10. Laforest J. (1991). Introducción a la gerontología. *El arte de envejecer*. Herder. pp. 79-173.
11. Comunidad de Madrid. (2022). Soledad no deseada y personas mayores. Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política

Social; Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Estudio elaborado por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Accessed Feb 20, 2023: <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/soledad-no-deseada-personas-mayores-comunidad-madrid>

12. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.

13. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Accessed Feb 20, 2023: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

14. Yanguas, J. (2018). Ageing and Loneliness-Soledad y Personas Mayores. Universidad internacional de Valencia.

15. Comunidad de Madrid. (2021). I Simposio de soledad no deseada en las personas mayores. Consejería de Familia, Juventud y Política Social; Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Accessed Feb 20, 2023: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/ponencias_y_conclusiones_simposio_snd_16112021_v-3.pdf

16. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(3), 146-156.

17. Gené-Badía, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., Lagarda Jiménez E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. Nov;48(9): 604-609.

18. Pitchot W. (2014). Suicide in the elderly. *Rev Med Liege*. 69(5-6):390-4.

19. Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(5), 564-573.

20. Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25.

21. Perlman, D. y Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: a survey of empirical findings. En L. A. Peplau y S. E. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13–46). National Institute of Mental Health.

22. Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In R. Gilmour, & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.

23. Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417.

24. Royal Society for Public Health. (2018). That age old question. How attitudes to ageing affect our health and wellbeing. Accessed Feb 20, 2023: <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/older-people/that-age-old-question.html>

25. Varios autores:

Pikhartova, J., Bowling, A. y Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging and Ment Health*, 20(5), 543-549.

Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J., McDonnell/Naughton, M. (2018). Pathways from Ageism to Loneliness. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer, Cham.

26. David Sánchez-Teruel. (2012). Factores de riesgo y protección ante la delincuencia en jóvenes y menores. *Revista de Educación Social*, (15).

Accessed Feb 20, 2023: https://www.eduso.net/res/pdf/15/factores_res_15.pdf

27. Leandro, L. (2017). Factores de protección.

Accessed Feb 20, 2023: <https://crimipedia.umh.es/topics/factores-de-proteccion/>

28. Ten Bruggencate T., Luijkx K.G., Sturm J. (2019). Friends or Frenemies? The Role of Social Technology in the Lives of Older People. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 6;16(24):4969.

29. Instituto Nacional de Estadística. (2021). Notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística: Encuesta Continua de Hogares (ECH) Año 2020.

Accessed Feb 20, 2023: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

30. Yanguas, J. (dir.) (2020). La soledad en las personas mayores: Prevalencia, características y estrategias de afrontamiento. Fundación la Caixa. Accessed Feb 20, 2023: <https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/1477443/soledad-personas-mayores.pdf>

31. Sala, E., Martínez, R., Riba, C., & Celdrán, M. (2020). El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores. *Observatorio la Soledad Fundación Privada Amigos los Mayores*, 7-24. 32.

32. European Union. (2019). Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. (2019 Edition). Publications Office of the European Union.

33. Comunidad de Madrid. (2021). Jornadas de trabajo en red sobre Soledad No Deseada de personas mayores en la Comunidad de Madrid. Consejería de Familia, Juventud y Política Social; Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Accessed Feb 20, 2023: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/informe_ideas_clave_jornadas_y_recomendaciones_v2.pdf

34. Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. y Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576.

35. Díez, J., & Morenos, M. (2015). La Soledad en España. Fundación ONCE y Fundación AXA.
36. Yanguas, J., Cilveti, A., Segura, C. (2019). ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? Observatorio Social de La Caixa.
37. Expósito, F. Moya, M. (2000). Percepción de la soledad. Universidad de Granada. Psicothema 2000. Vol. 12, nº 4, pp. 579-585
38. Perlman, D. & Joshi, P. (1987). The revelation of loneliness. En M. Hojat y R. Crandall (Eds.), Loneliness: Theory, research and applications. Sage Publication.
39. Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly?. Current Directions in Psychological Science, 16(4), 187-191.
40. Comunidad de Madrid (2021). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud. Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública. Accessed Feb 20, 2023: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística (2021). Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo. Accessed Feb 20, 2023: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1448>
42. Comunidad de Madrid (2017). Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública. Accessed Feb 21, 2023: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/ies2016_informe-completoconisbn.pdf
43. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). (2006). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. Accessed Feb 21, 2023: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2001_I.pdf
44. Comunidad de Madrid. (2023). Plan Regional de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. Consejería de Sanidad, Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria. Accessed Feb 28, 2023: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050724.pdf>
45. Doménech, J., Lara, E., Rubio M., Olaya, B., Moneta, M.V., Rico, L.A., Ayuso, J.L., Mundó, J., Haro, J.M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Apr;52(4):381-390.
46. Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Informes Portal Mayores, 14.
47. Yanguas, J. (2018). Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores. Obra Social La Caixa.

48. Abellán, A., & Pujol, R. (2016). Las personas mayores viven fundamentalmente en pareja o en soledad.
49. Comunidad de Madrid (2021). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud. Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública. Accessed Feb 21, 2023: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
50. Envejecimiento en red (2017) Conocer, concienciar, gestionar y prevenir la soledad de las personas mayores, claves para disminuir sus consecuencias. Accessed Feb 21, 2023: <https://envejecimiento en red.wordpress.com/2017/12/01/conocer-concienciar-gestionar-y-prevenir-la-soledad-de-las-personas-mayores-claves-para-disminuir-sus-consecuencias-negativas/>
51. López Doblas, J., & Díaz Conde, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez.
52. Instituto Nacional de Estadística. 2022. Notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) Año 2021. Resultados definitivos. Accessed Feb 21, 2023: https://www.ine.es/prensa/ecv_2021.pdf
53. Comunidad de Madrid. (2021). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud. Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública. Accessed Feb 21, 2023: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
54. Victor C. R. y Pikhartova J. (2020). Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. BMC Public Health. 2020 May 27;20(1):778.
55. Varios autores:
Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). Loneliness: Human nature and the need for social connection. WW Norton & Company.
Hawkley, L. C., Wroblewski, K., Kaiser, T., Luhmann, M., & Schumm, L. P. (2019). Are US older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. Psychology and Aging, 34(8), 1144.
56. Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P., & Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. Accessed Feb 21, 2023: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
57. Comunidad de Madrid. 2022. Indicadores sociales del 2022 de la Comunidad de Madrid. Accessed Feb 21, 2023: <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/indicadores-sectores-atencion-social>
58. Comunidad de Madrid. (2021). Estudio sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad; Dirección General de Servicios Sociales e Innovación social. Accessed Feb 21, 2023: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_estudio_servicios_sociales.pdf

59. Instituto Nacional de Estadística (2022). Notas de prensa del Instituto Nacional de estadística: Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2022. Datos provisionales. Accessed Feb 21, 2023: https://www.ine.es/prensa/pad_2022_p.pdf
60. Lorente, R. (2017). La soledad en la vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas. Universidad Miguel Hernández. Accessed Feb 21, 2023: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123014>
61. Rodríguez, P. (2004). Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Accessed Feb 21, 2023: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec11.pdf>
62. Abellán, A., Aceituno, P., Fernández, I., Ramiro, D., & Pujol, R. (2020). Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. Accessed Feb 21, 2023: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/240875/1/Estimaci%C3%B3n%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20que%20vive%20en%20residencias.pdf>
63. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, IMSERSO (2022). Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Informe a 31 de Diciembre de 2021. Accessed March 22, 2023: https://imserso.es/documents/20123/2794117/datos_ssppmmesp2021.pdf/b17e91ff-d657-df50-2e48-6205d855d803?t=1676835845219
64. Rodríguez, V., Rojo, F., Fernández, G., Mohamed, K. A., Lardiés, R., Prieto, M. E., & Rojo, J. M. (2011). Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Revista internacional de sociología*, 69(1), 195-227.
65. Hauge, S., & Kristin, H. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of clinical nursing*, 17(4), 460-467.
66. Abellán, A., Aceituno, P., Ramiro, D., & Castillo, A. B. (2021). Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Consejo de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Envejecimiento en red. Accessed Feb 21, 2023: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticas residencias2020.pdf>
67. Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T. y Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age And Ageing*, 49(5), 748-757.
68. Losada, A., Márquez, M., García, L., Gómez, M. A., Fernández, V., & Rodríguez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of psychology*, 146(3), 277-292.



**RED DE ATENCIÓN
A MAYORES EN SOLEDAD**



**Comunidad
de Madrid**