

# Aislamiento social

de personas mayores  
en el municipio de Madrid:  
Aspectos preventivos y asistenciales



# Aislamiento social

de personas mayores  
en el municipio de Madrid:

Aspectos preventivos y asistenciales



**Edita:** Ayuntamiento de Madrid  
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

**Dirigen:** D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Concepción Dancausa Treviño  
*Delegada de Gobierno de Familia y Servicios Sociales*  
D. Florencio Martín Tejedor  
*Director General de Mayores*

**Coordina:** Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo  
Dirección General de Mayores

**Diseño gráfico:** base12 diseño y comunicación

**ISBN:** 978-84-691-6246-0

Madrid, septiembre 2008



# PRESENTACIÓN

En la ciudad de Madrid viven alrededor de 600.000 personas mayores de 65 años, de los cuales 133.000 viven solos. La mayoría de nuestros mayores se encuentran perfectamente integrados en la sociedad madrileña, pero hay un número reducido de personas que, por determinados factores biológicos, psicológicos o sociales, experimentan situaciones de extremado aislamiento social.

En este grupo minoritario de población, se conjugan factores de fragilidad, dependencia funcional, situación socio-familiar deficitaria, presencia de problemas de salud, factores de riesgo social, alteraciones del comportamiento y rechazo sistemático de las ayudas sociales. Estos elementos, en conjunto o por separado, convierten a estas personas en un grupo en situación de riesgo socio-sanitario, haciendo necesario disponer de un sistema de detección, valoración e intervención específico en la ciudad de Madrid.

Estas situaciones no son específicas, ni exclusivas, de nuestra ciudad, pero sí es exclusiva y específica de la voluntad de abordar el fenómeno que nos ocupa.

Estos mayores constituyen una preocupación especial para el Ayuntamiento de Madrid, motivo por el cual, desde 2004 se lleva a cabo un programa de detección e intervención de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social. En el desarrollo del mismo colabora desde el año 2005 la Vocalía de Psicología de la Intervención Social y su grupo de trabajo de Atención Integral a Personas Mayores, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

El programa pretende conocer dónde se encuentra la población en riesgo, localizarla, caracterizarla, realizar la intervención más adecuada a la necesidad identificada, hacer el seguimiento de los casos, y establecer el perfil de ancianos frágiles que nos sirva para trabajar con ellos, a la vez que sirva a otros ayuntamientos y a otras comunidades autónomas que deseen abordar como nosotros, este aspecto del cuidado

a nuestros mayores, para seguir los pasos ya contrastados por su eficacia. Una vez localizados y conocido su perfil ponemos en marcha todos los recursos institucionales necesarios que eviten situaciones de aislamiento y de riesgo social.

El abordaje de este problema no es fácil y requiere la participación de múltiples profesionales que aúnen esfuerzos y establezcan estrategias conjuntas. Se trata, además, de un problema que tiene cierta novedad ya que es producto en buena parte de la configuración actual de las relaciones sociales, familiares y de vecindad.

Por ello, la Dirección General de Mayores se planteó organizar una jornada de trabajo y de reflexión como punto de encuentro de todos los profesionales implicados, favoreciendo el conocimiento mutuo y la puesta en común de experiencias y percepciones sobre el aislamiento social, así como de las posibles soluciones en las diferentes fases.

Este libro recoge lo que dio de sí la Jornada y tiene el valor de dar a conocer aquello que los profesionales en esta experiencia han podido reflexionar.

Mi agradecimiento a todos lo que participaron en la Jornada. También mi reconocimiento a cuantos desde su lugar de trabajo contribuyeron a detectar, conocer y atender casos de aislamiento. Y mi especial felicitación a los profesionales de la Dirección General de Mayores que con su empeño y dedicación diarios desde hace más de 4 años están poniendo a disposición de los madrileños mayores frágiles y en riesgo de aislamiento un conjunto de saberes y experiencias que evitan su abandono tan absoluto como inhumano.

Gracias a todos.

**Florencio Martín Tejedor**  
Director General de Mayores

# PARTICIPANTES

Nombre	Organización
Ajates Gutierrez, Begoña	SAMUR Protección Ciudadana. Ayuntamiento de Madrid
Alarcón García, Mª José	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Almalé Marifons, Marta	ServiSAR
Andreu Morgado, Susana	JMD Latina. Ayuntamiento de Madrid
Ausín Benito, Berta	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Barbero Jeréz, Marina	EASC Ciudad Lineal. Comunidad de Madrid
Cervel Lobo, Ángeles	Asociación Candelita
Collazo Galán, Rosa	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Condes Moreira, Mª Dolores	SAMUR Protección Ciudadana. Ayuntamiento de Madrid
De Tena-Dávila Mata, Mª Cruz	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Estévez Casas, Elena	Asociación Candelita
Fernández Campos, Mª José	SUMMA. Comunidad de Madrid
Francisco Serrano, Juan Ramón	JMD Centro. Ayuntamiento de Madrid
Galán Esteban, José Luis	Dep. Extinción de Incendios. Ayuntamiento de Madrid
Gallego López, Rosario	Gerencia Att. Primaria. Comunidad de Madrid
García Cañuelo, Mª Dolores	JMD Arganzuela. Ayuntamiento de Madrid
García Crespo, Pilar	Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
García Gómez, Ascensión	JMD Tetuán. Ayuntamiento de Madrid
García-Gil García-Gil, Raquel	JMD Retiro. Ayuntamiento de Madrid
González Inocencio, José Ramón	Coordinación Gral. de Seguridad. Ayuntamiento de Madrid
González Lallana, Mª Luz	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
González Molina, Matilde	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Hernández Vallecillo, Ana Isabel	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Jaimez Nieto, Sara	Eulen-Sociosanitarios
Liquete Delgado, Carmen	JMD Retiro. Ayuntamiento de Madrid
Lizabe Suarez, Esperanza	JMD Arganzuela. Ayuntamiento de Madrid
Lomillos Gómez, Javier	Dep. Extinción de Incendios. Ayuntamiento de Madrid
López de la Torre Martín, Raquel	Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid
López Ocón, Rosa María	SAMUR Social. Ayuntamiento de Madrid
López Torralba, Marta	Mapfre Quavita
López Valtierra, Mª Esther	SAMUR Protección Ciudadana. Ayuntamiento de Madrid
Mallo Pérez, Javier	SUMMA. Comunidad de Madrid
Mangas Hernández, Isabel	Asociación Candelita
Mapart Varona, Laura	Asociación Solidarios para el Desarrollo
Martínez Díaz, Luis Rafael	Coordinación Gral. de Seguridad. Ayuntamiento de Madrid
Martínez Torrijos, Mª José	Gerencia Att. Primaria. Comunidad de Madrid

Méndez Leite, Dagfinn	Salud Mental. Ayuntamiento de Madrid
Mielgo Casado, Nina	Federación Española de Municipios y Provincias
Molina Díaz, Esperanza	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Mucientes Rufo, Paloma	Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
Muñoz López, Manuel	Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid
Nogales Quintana, M <sup>a</sup> José	Universidad Complutense de Madrid
Núñez Aceves, M <sup>a</sup> Ángeles	Asociación Asispa
Ocaña García, Francisco	Dep. Extinción de Incendios. Ayuntamiento de Madrid
Ochandorena Juanema, M <sup>a</sup> Sol	Gerencia Att. Primaria. Comunidad de Madrid
Ortiz Fuillerat, Carmen	Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
Paniagua Guijarro, Ignacio	EASC Villa de Vallecas. Comunidad de Madrid
Parra Álvarez, Inmaculada	Gerencia Att. Primaria. Comunidad de Madrid
Pereiro Gómez, María	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Quiroga Mellado, Fco. Javier	SAMUR Protección Ciudadana. Ayuntamiento de Madrid
Ramos Miguel, José Manuel	IMSERSO. Plan Gerontológico
Rayón López, Hortensia	Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
Recuenco Cotillas, Pilar	Mapfre Quavitae
Reinares Martínez, Clarisa	Gerencia Att. Primaria. Comunidad de Madrid
Rico Jiménez, Fermina	SERMAS. Comunidad de Madrid.
Rolle Fernández, M <sup>a</sup> Dolores	SAMUR Protección Ciudadana. Ayuntamiento de Madrid
Romero Chaparro, Rosario	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Rubio Herrera, Ramona	Facultad de Psicología. Granada
Salazar Martín, Juan	Dep. Extinción de Incendios. Ayuntamiento de Madrid
Sánchez Calle, Elena	Eulen-Sociosanitarios
Sánchez Contreras, Margarita	EASC Chamberí. Comunidad de Madrid
Santos-Olmos Sánchez, Ana Belén	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Sellés Puig, M <sup>a</sup> Angeles	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Serrano Garijo, Pilar	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Soria López, Enrique	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Tapias Bello, Juan Francisco	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Tena-Dávila Mata, M. <sup>a</sup> Cruz	Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid
Vázquez Saco, M <sup>a</sup> Dolores	JMD Ciudad Lineal. Ayuntamiento de Madrid
Ventas García, Nieves	Clece Servicios
Villegas Beguiristain, Mercedes	Asociación Amigos de los Mayores
Zapata Porra, Carmen	JMD Villaverde. Ayuntamiento de Madrid
Zarcos Navarro, Antonio	EASC Villaverde. Comunidad de Madrid



INTRODUCCIÓN  
Y OBJETIVOS DE LA  
JORNADA



Este documento es una recopilación de lo tratado en la “Jornada sobre Aislamiento social en mayores, aspectos preventivos y asistenciales”, que tuvo lugar el 11 de Diciembre de 2007, en el Centro Municipal Dr. Salgado Alba.

Se divide en dos partes, una primera que recoge el contenido de las exposiciones teóricas sobre los conceptos y problemática de la Soledad y el Aislamiento, experiencia del Programa Municipal en Detección e Intervención sobre Aislamiento Social en Mayores de la Dirección General de Mayores de Madrid y finalmente el abordaje psicológico del mayor aislado.

En una segunda parte del libro se explica la metodología que fue seguida para que los asistentes, procedentes de diferentes ámbitos en los que se trabaja con mayores aislados, pudieran participar en talleres. Se dividieron en cuatro grupos, dos de prevención y dos de intervención. La finalidad fue realizar un diagnóstico de situación (tanto en los grupos de prevención como en los de intervención) desde cada uno de los actores implicados, para posteriormente hacer propuestas de mejora en aspectos de detección, abordaje y coordinación.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la problemática de las personas mayores de 65 años que viven en la ciudad de Madrid en situaciones de aislamiento social, reflexionar sobre los diferentes abordajes posibles y buscar –entre todos– aquellas soluciones más eficaces.

Otros objetivos complementarios o derivados del general son:

1. Conocer y prevenir en el grupo de población mayor; los factores de riesgo biopsicosociales que llevan a la soledad y el aislamiento.
2. Conocer las actuaciones que se están haciendo desde distintos estamentos en este campo, favoreciendo el conocimiento mutuo y la puesta en común de experiencias, percepciones sobre el aislamiento social y posibles soluciones en las diferentes fases.
3. Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia del aislamiento social.
4. Evidenciar las posibilidades de coordinación para poder lograr mayor aprovechamiento de los recursos.
5. Consensuar recomendaciones de actuación, a partir de las necesidades y déficits encontrados en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social.
6. Difundir el Programa de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social y el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social, que se llevan a cabo en la ciudad de Madrid desde la Dirección General de Mayores y en los que colabora el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Para cumplir los objetivos se prepara un programa teórico-práctico, con grupos de trabajo.

# 2

PARTE TEÓRICA:  
ANÁLISIS DE LA  
SITUACIÓN



## 2.1. SOLEDAD Y AISLAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES ESPAÑOLAS<sup>1</sup>

**D<sup>a</sup> Ramona Rubio Herrera**

Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación

### INTRODUCCIÓN

Dice un anónimo español que “la gente está sola porque construye paredes en lugar de puentes”... La soledad es un tema que ha preocupado desde siempre a la humanidad; artistas, filósofos, científicos y las personas en su ámbito privado han intentado explicarla y entenderla.

La soledad es uno de los grandes problemas de nuestro tiempo. En la actualidad, los cambios sociales y culturales han hecho que las personas establezcamos relaciones interpersonales de una forma distinta. El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo y la fragmentación de los lazos sociales han llevado a que los individuos se encuentren fundamentalmente solos. Actualmente se nota un incremento del aislamiento de los individuos y la percepción subjetiva de soledad, sobre todo en las grandes ciudades. Es por esto que el estudio de la soledad tiene una gran relevancia psicosocial.

Decía E. Fromm: “Nacemos solos y morimos solos, y en el paréntesis es tan grande la soledad, que necesitamos compartir la vida para olvidarla”.

Vamos a analizar a continuación el concepto de soledad, los niveles de soledad de nuestros mayores españoles, los materiales con los que están construidas esas paredes de soledad: paredes culturales, paredes de género, económicas, cronológicas, etc., etc.

### ACERCAMIENTO CONCEPTUAL

Hay varias perspectivas conceptuales en el estudio de la soledad, la perspectiva filosófica, la social, la antropológica y la psicológica.

<sup>1</sup>. Nota aclaratoria: Algunos de los datos empíricos que aparecen en este estudio proceden de una investigación concedida por el IMSERSO a la Universidad de Granada, en colaboración con el CIS (Estudio nro. 2.279 IMSERSO/CIS, 1998-2000) coordinado por la Dra. Ramona Rubio Herrera de la Universidad de Granada y equipo de la Cátedra de Psicogerontología de Granada. El estudio se realizó en una muestra de 2.500 mayores. De esta investigación se derivó la creación de una escala de Soledad también diseñada en la Universidad de Granada y denominada “Escala Este” que adjuntamos.

Desde la perspectiva filosófica la soledad sería una condición inescapable en la búsqueda de la autoconciencia. Según Mijuskovic, la soledad está arraigada en la realidad primaria del individuo, inmanente y subjetiva.

La perspectiva social antropológica investiga a través de estudios antropológicos y culturales analizando las manifestaciones de la soledad en diversas actividades artísticas.

El interés de la psicología por el estudio de la soledad no se debe exclusivamente a su creciente incidencia, sino también a que está asociada a algunos trastornos psicológicos e influye en el bienestar subjetivo.

Empezó a ser de interés para los psicólogos a partir de los años 50, pero a pesar de su relevancia, sólo desde la década de los 80 comenzó a ser un tema de investigación empírica. El retraso en la investigación psicológica de la soledad se ha debido a las muchas dificultades que su estudio conlleva, entre las que se encuentran el hecho de que hayan surgido numerosas definiciones del constructor; la falta de un marco teórico explicativo y la dilatación en el desarrollo de instrumentos de medida fiables. Aunque el tema de soledad ha sido tratado por numerosos investigadores, desde la dimensión psicológica hasta los años 50 no se empieza a tener en cuenta, y es a partir de los 80 cuando comienzan los estudios empíricos.

A lo largo de estos últimos años la problemática de la soledad ha sufrido una importante evolución, hace 50 años la soledad hacía referencia a sujetos sin un grupo familiar definido y en muchas ocasiones pertenecientes a ambientes marginales, mientras que hoy se sabe que es un problema que afecta a todas las clases sociales, incluso a los mayores que viven con sus propias familias.

Tal como mencionábamos anteriormente un gran problema que plantea el estudio de la soledad es la falta de unanimidad entre los autores sobre su conceptualización pudiéndose ser considerada la soledad bien como un constructo unidimensional o multidimensional. La definición más antigua de soledad es la de Sullivan que describe la experiencia de soledad como experiencia desagradable, asociada a carencia de la intimidad interpersonal. Young definió soledad como la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias que pueden ser acompañadas por manifestaciones de "distress". Para Weiss, la soledad es la respuesta ante la ausencia de la provisión de una relación particular: Peplau y Perlman definen soledad como una respuesta a la discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las existentes. Según estos autores la mayoría de las investigaciones sobre soledad indican como características esenciales de la soledad las siguientes:

1. Es el resultado de deficiencias en las relaciones sociales; esta deficiencia puede ser *cuantitativa* (sin muchos amigos) o *cualitativa* (falta de intimidad con otras personas). (Peplau y Perlman, 1982 en Michela y Peplau, 1982).



2. Representa una experiencia subjetiva que refleja la percepción del individuo sobre la red de relaciones sociales de la cual dispone (no necesariamente es sinónimo de aislamiento social, ya que uno puede estar solo sin sentirse solitario o sentirse solo cuando uno está en grupo).
3. Es una experiencia aversiva, desagradable y emocionalmente angustiante (citado en Koenig, Isaacs y Schwartz, 1994).

También se ha conceptualizado la soledad como mecanismo de retroalimentación que tiene como función adaptativa informar a la persona de la cantidad y calidad de las interacciones sociales recibidas (Montero, López y Sánchez Sosa, 2001). La estimación variaría desde la falta – *soledad al exceso* – *hacinamiento* (Flanders, 1982).

Pero en síntesis, definiremos la soledad como fenómeno multidimensional psicológico potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona (Montero, López y Sánchez Sosa, 2001).

Otra de las grandes dificultades cuando se ha hablado de soledad es la falta de delimitación taxonómica (Aleixandre, 2004). Esto se relaciona básicamente con la imposibilidad de concretar las entidades conductuales que denominan la soledad. El concepto de soledad se podría clasificar en función de la subjetividad-objetividad. Por un lado estaría la soledad objetiva, o aislamiento, que puede ser voluntario, el que eligen los artistas para crear y el impuesto, el no deseado, que obliga a la persona a disminuir sus contactos sociales. Por otro lado está la soledad subjetiva, la vivencia, el sentimiento, la percepción de las relaciones sociales.

El sentimiento de soledad puede derivar en dos polos bien diferenciados, por un lado la autopercepción de desadaptación, que suele ir asociada con la pérdida de actividad y aislamiento social, aspectos que pueden desembocar en una serie de trastornos afectivos tales como ansiedad, depresión, etc., y por otro lado, la soledad puede tener una vertiente positiva, ser el móvil que genera una reestructuración adaptativa consistente en la puesta en marcha de estrategias lo suficientemente eficaces para afrontar la soledad con éxito, o incluso obtener rendimiento de la misma (pensemos en las grandes creaciones literarias o de arte que ha generado la soledad).

Weis (1973) por ejemplo, entiende que este constructo está compuesto por dos dimensiones: Soledad social y soledad emocional. La primera está referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, mientras que la soledad emocional indica una carencia de cercanía o intimidad con otro.

Otra distinción que se ha hecho es entre soledad y privacidad. La dimensión que diferencia entre tipos de personas que pueden sentirse solas según la situación de soledad sea percibida como «voluntaria» o «impuesta», recoge la distinción establecida respecto a los efectos positivos o negativos de la soledad. Para unos la soledad es positiva por considerarla un momento de reflexión e inspiración, recuérdese los períodos de aislamiento y soledad a la que se someten escritores, artistas o religiosos. En cambio, la soledad se percibe como un problema cuando es una situación impuesta de la que no podemos escapar. Según Béjar (1993), podemos hablar de dos tipos de soledad, una, la soledad como elección, entendida como privacidad o búsqueda voluntaria de aislamiento; otro tipo sería la soledad como destino, entendida como ausencia de compañía deseada, una condición impuesta.

La privacidad implicaría un alejamiento voluntario y temporal de la persona de la sociedad. Tendría como funciones la liberación de emociones, reafirmar el sentimiento de control y autonomía personal, dar identidad y proteger en una situación de interacción (Westin, 1967, citado en Aleixandre, 2004).

## TIPOS DE SOLEDAD

Distintos autores han identificado distintos tipos de soledad en función del criterio utilizado.

Si tenemos en cuenta el criterio de la **evaluación subjetiva** desde una perspectiva filosófica nos encontraríamos con la *soledad positiva* y la *soledad negativa*. La soledad positiva sería la deseada, aquella que implica privacidad y que necesitan algunas personas en el proceso creativo; la negativa es la impuesta, la no deseada, la que la persona siente que no puede afrontar.

Si consideramos, en cambio, la perspectiva **temporal** nos encontramos con la propuesta de Young. Young se centró en la duración de la soledad e identificó la *soledad crónica*, la que dura años y años y que va asociada a la incapacidad de establecer relaciones sociales satisfactorias; la *soledad situacional* que aparece asociada a situaciones como el fallecimiento de la pareja, familiares o amigos íntimos, la separación, etc. y la *soledad transitoria* que aparece ocasionalmente, que se da como cortos episodios en los cuales la persona experimenta la soledad.

Si nos centramos en las **evaluaciones subjetivas específicas de las relaciones sociales** en las que las personas pueden experimentar soledad tenemos: *soledad familiar*, *soledad conyugal*, *soledad social* y *soledad existencial*.



## TEORÍAS SOBRE SOLEDAD

Weis (citado en Stokes, 1985) distinguió entre *teorías situacionales* y *caracterológicas* para explicar la soledad. La primera enfatiza las deficiencias en el ambiente como causa de soledad. Situaciones como muerte de la pareja de familiares y amigos íntimos, cambiar el domicilio, irse a vivir a una nueva ciudad, vivir aislado geográficamente, conducen a la soledad. Existen algunas evidencias de que el ambiente social restringido y limitado puede producir soledad.

La vida urbana, con su evidente movilidad social hace prácticamente imposible establecer una óptima red de relaciones sociales, sin embargo, la gente que se muda constantemente aprende a establecer rápidamente nuevas redes sociales, después de haber llegado con su familia a la nueva comunidad, lo que atenuaría a la soledad (Fischer y Phillips, 1982 citado en de Jong-Gierveld, 1987).

En un estudio con 2500 mayores realizado por Rubio Herrera (Rubio Herrera, 2004) se encontró que los sujetos sin pareja obtenían puntuaciones más elevadas en soledad, por lo que la ausencia de relaciones afectivas íntimas constituye un elemento importante en la aparición de la soledad.

La segunda hace referencia a cuestiones *caracterológicas*, enfatizando las diferencias individuales, ya que ciertas personas estarían más dispuestas a la soledad, por la manera en que ellos reaccionan ante situaciones interpersonales, distinguiendo que la personalidad, o más bien, las diferencias individuales, muestran estar asociadas con la soledad. Rokach y Brook (1995) utilizan esta terminología para referirse a la importancia que las experiencias del individuo, sus actitudes y características de personalidad e individuales, tienen en el desarrollo de la soledad. Si estos factores son negativos, podrían dificultar el inicio y mantenimiento de relaciones fructíferas y de apoyo.

Una habilidad deficiente para relacionarse con los demás constituye un factor que aumenta considerablemente la probabilidad de estar solo, ya que las interacciones son menos entusiastas con menos simpatía y con una evidente focalización en si mismo (Jones & Hobbs citado en Stokes, 1985).

Las personas que poseen altos niveles de neuroticismo (ansiedad, preocupación individual y excesiva emocionalidad) reaccionarán fuertemente ante todo tipo de estímulos, por lo tanto esta ansiedad y compulsividad que les caracteriza hacen que sean percibidos como poco atractivos por los demás (Eysenck & Eysenck citado en Stokes, 1985); además los neuróticos se protegen de la ansiedad de las relaciones interpersonales, están convencidos de que no son amables, son miedosos y actúan rechazando todo tipo de amigos potenciales, con el objetivo de protegerse a si mismos del rechazo (Sangster y Ellisons citado en Stokes, 1985).



Un estudio de Stokes con estudiantes de bachillerato reveló que existe una relación significativa entre las variables de extroversión, neuroticismo y la soledad; tanto si se consideran separadas como juntas (Stokes, 1985). La explicación para la relación con la extroversión basada en la tendencia de los extrovertidos a tener redes sociales. La explicación para los neuróticos sería a nivel cognitivo, pues presentan poca tolerancia a redes sociales deficientes (Stokes, 1985).

La soledad no depende solamente de características individuales de quienes la padecen, sino que se trata de un proceso dinámico y complejo que va más allá del ámbito privado, convirtiéndose en un problema social (Moya y Expósito, 2000). La realidad social y la percepción que el sujeto tiene de sí mismo en ese contexto, añade una complejidad importante al estudio de la soledad.

La soledad como experiencia negativa puede entenderse mejor por la existencia de estereotipos culturales que describen a las personas solitarias como perdedoras sociales, convirtiendo esta situación en un estigma social (Perlman y Joshi, 1987).

Autores como Moya y Expósito señalan la importancia que los factores sociales y culturales tienen en la interpretación del fenómeno de la soledad y en la percepción de las personas que pueden sentirse solas.

## EL MODELO MULTIDIMENSIONAL DE LA SOLEDAD

De Jong – Gierveld proponen que los procesos cognoscitivos implicados en la evaluación subjetiva que los sujetos hacen sobre las situaciones sociales median entre las características de la red social y la soledad (Montero, López y Sánchez Sosa, 2001). Las evaluaciones subjetivas se basarían tanto en los *factores situacionales* como en los *disposicionales*.

Dentro de los factores situacionales estarían incluidas las características descriptivas de la red social y las variables sociodemográficas. Las características descriptivas de la red social se refieren a la cantidad y la calidad de las relaciones sociales y se ha visto que la calidad de las relaciones tiene más relevancia para la resolución de la soledad (Cutorona, 1982; Lopata, 1980).

Las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, forma de vida, empleo, tipo de vivienda también influyen en la soledad.

Los factores disposicionales aluden a los valores y creencias relacionadas con las relaciones sociales. El grado de satisfacción con la red social está determinado por la evaluación subjetiva entre la diferencia entre los contactos sociales realizados y los deseados.



Las características de personalidad consideradas importantes para este modelo son la ansiedad social, la dimensión introversión – extraversión y el concepto de yo.

Según Montero, López y Sánchez Sosa este modelo es también un esquema estadístico en el cual las variables con un mayor grado explicativo de la soledad han sido *las formas de vida, la insatisfacción con la red social y el deseo de nuevas relaciones* (Montero, López y Sánchez Sosa, 2001).

## SOLEDAD EN LOS MAYORES

Uno de los estereotipos más comunes sobre la vejez es la del mayor solo, abandonado, que vive en pobreza y dependencia. Es verdad que la soledad es uno de los grandes problemas en la adultez tardía, pero también es verdad que la soledad se da en todas las edades, aunque hay porcentajes más altos de soledad entre las personas con edades superiores a 65 (ver tabla II.1.)

La soledad no es el patrimonio exclusivo de generaciones pasadas ni presentes. La soledad es un problema real de todas las cohortes y generaciones. Hay mucho de soledad en los jóvenes del siglo XXI enganchados a la informática, hay mucho de soledad en los nuevos movimientos juveniles que se están gestando en las grandes urbes universitarias bajo el nombre de “movida”, y mucho saben de soledad las grandes ciudades de cemento vertical de la postmodernidad.

Tabla II.1. **Niveles de soledad en España, 2001**

	Personas	% en soledad
Población total	40.595.861	-
Personas en soledad	2876572	100
Una mujer de 16 a 64 años	652306	22,7
Un hombre de 16 a 64 años	865329	30,1
Una mujer de 65 o más años	1043471	36,3
Un hombre de 65 o más años	315466	11,0
65+ en soledad	1358937	47,2

	Personas	% en soledad
Población 65+	6958516	19,5
Varones	2930563	10,8
Mujeres	4027953	25,9

Fuente: INE:INEBASE: Censos de Población y vivienda 2001. INE, 17/02/2004.

En la tabla II.1. se puede ver que a medida que se avanza en edad en las mujeres se sienten más solas mientras que en el caso de los hombres no se da este fenómeno. Además a partir de los 65 años hay un porcentaje más alto de mujeres que se sienten solas que de hombres de la misma edad. Se podrían explicar estos datos a partir del estado civil, hay más mujeres a partir de los 65 años, además mujeres que a partir de esta edad empiezan a quedarse viudas en mayor porcentaje que los hombres (porque sobreviven a sus cónyuges) y sería lógico pensar que se sientan solas. Aún así, la soledad no tiene necesariamente solo que ver con aspectos como tener o no tener pareja sino también con aspectos de personalidad y estrategias de afrontamiento.

Hay mucha soledad en nuestros mayores porque existen en ellos paredes muy fuertes que impiden abrir una ventana a la luz de la esperanza, paredes de soledad familiar, conyugal, social, existencial. Hay hombres que se resignan a la soledad y permanecen pasivos en el centro de ese hogar llamado vida, mientras que otros, se dan contra las paredes, buscan salir, y algunos al final aprenden a crear puentes, puentes que en psicología llamamos estrategias de afrontamiento. En esos puentes está el punto de partida para comenzar, ahí están los fragmentos de un ADN de vivencias vitales que habrá que ordenar, habrá que analizar, pero por encima de todo habrá que tenerlos en cuenta para generar condiciones mediadoras capaces no de evitar la soledad, porque tal vez ella es parte inherente al ser humano, pero sí podemos intentar controlarla.

El tema de la soledad es un tema extenso y ha preocupado a psicólogos y psiquiatras (Woodard, Gingles y Woodward, 1974) y en el área de estudio dedicado a mayores se considera a ésta como uno de los problemas más importantes, de hecho se ha catalogado a la soledad como la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez. (Toumier, 1961).

Los estudios sobre la soledad en mayores han oscilado desde planteamientos que analizan la soledad objetiva (insolation) y sus consecuencias psíquicas (Seligman, 1975) o planteamientos que consideran a ésta como un mecanismo de defensa (Myerson, 1980), pasando por definiciones que entienden la soledad como consecuencia de la vida interna en instituciones, Silverstone y Miller (1980), mientras que otros autores insisten más en la soledad vivida, sentida "loneliness".

Una persona mayor que haya perdido su actividad y se encuentre aislada socialmente, acabará por presentar en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, que se manifestará en última instancia en un *deterioro cognitivo y de la salud en general, mientras que la segunda opción de reestructuración adaptativa puede llevar a caminos tan positivos como el de la creatividad.*

Hay que distinguir entre distintas situaciones que pueden producir soledad en los mayores. Situaciones como *la jubilación, el fallecimiento de la pareja de familiares y amigos íntimos, la independización de los hijos, la percepción de hostilidad del medio-ambiente* pueden



constituir factores de riesgo importantes para la producción de la soledad en esta etapa de la vida.

## SOLEDAD Y JUBILACIÓN

Son muy pocas las personas que siguen trabajando después de cumplir los 65 años ya que la jubilación es una expectativa para la mayoría de las personas y un aspecto asociado a la vejez.

Tal como indica Iglesias de Ussiel y otros la jubilación constituye un cambio importante en la trayectoria vital de los individuos ya que, además de separarlos de la actividad diaria que hasta entonces realizaban, tiende a originar una profunda alteración en los quehaceres cotidianos (Iglesias de Ussiel y otros, 2001).

En una sociedad como la nuestra el trabajo y lo relacionado al mundo laboral es un aspecto muy esencial; dedicamos más de la mitad de nuestro tiempo al trabajo, nos socializamos en el trabajo y para algunas personas el trabajo constituye una fuente de satisfacción y una forma de construirse como personas y describirse a sí mismos.

El cese de la actividad laboral puede suponer para muchas personas pérdida de roles y estatus, pérdida de amistades y disminución de las situaciones que favorecen los contactos sociales. La jubilación implica también pérdida del poder adquisitivo y como consecuencia reducción de las actividades de ocio que suponen relacionarse con los demás. Además la falta de actividad puede llevar a algunas personas percibir su vida como desorganizada, sin planificación lo que puede llevar al aburrimiento.

Por lo tanto la jubilación es un factor que puede precipitar la aparición de la soledad en algunas personas.

## SOLEDAD Y ESTADO CIVIL EN LOS MAYORES

El estado civil es otro factor que puede tener cierta relación con la aparición de la soledad. En el estudio realizado por Rubio Herrera (Rubio Herrera, 2004) se ha encontrado que los sujetos sin pareja obtienen puntuaciones más elevadas en soledad mientras que los sujetos casados, presentan una puntuación media en soledad autopercibida significativamente menor que los grupos formados por “solteros”, viudos y separados.

Según Iglesias de Ussel y otros (Iglesias de Ussel y otros, 2001) la soledad como consecuencia de la desvinculación laboral es distinta de la soledad que sucede a la viudez. Los

niveles de viudedad son muy altos entre las personas con edades superiores a 65 años, por razones obvias.

En la tabla II.2. se puede observar que a medida que avanzamos en edad aumenta el porcentaje de viudos/as en comparación con otros estados civiles. Si por ejemplo las personas con edades comprendidas entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años en la mayoría de los casos están casados (55,9%) y un porcentaje de 33,2% están viudos, a medida que avanzamos se invierte la situación, de manera que cuando las personas tienen ochenta o más años el porcentaje de viudos y viudas es mayor que el porcentaje de casados con estas edades (57,1% viudos con ochenta o más y 33,2% casados). La explicación de este fenómeno es sencilla y lógica, en esta etapa de la vida es más probable el fallecimiento de uno de los cónyuges que en cualquier otra etapa de la vida.

Tabla II.2. **Estado civil de la población de edad, 2001 (Porcentaje)**

Ambos sexos	Total	Soltero	Casado	Viudo	Sep./Viu
65-69 años	2.071.821	7,6	74,5	15,7	2,2
70-74 años	1.823.131	8,1	66,8	23,6	1,5
75-79 años	1.410.131	8,1	56,1	34,9	0,9
80-84 años	841.808	8,4	41,9	49,2	0,6
85-89 años	446.662	8,7	27,7	63,2	0,4
90-94 años	165.685	8,9	16,0	74,9	0,3
95-99 años	34.108	9,2	8,6	82,0	0,3
100 ó más	3.590	10,4	3,0	86,2	0,3
65 ó más	6.796.936	8,0	59,7	30,9	1,4
80 ó más	1.491.853	8,5	33,9	57,1	0,5
65 ó más (1991)	5.370.252	10,4	55,9	33,2	0,6

Varones	Total	Soltero	Casado	Viudo	Sep./Viu
65-69 años	967.324	8,1	83,8	5,9	2,2
70-74 años	816.247	7,6	81,8	9,0	1,6
75-79 años	589.125	6,1	78,2	14,7	1,0
80-84 años	310.830	5,2	71,0	23,1	0,7
85-89 años	144.200	5,0	59,2	35,2	0,6
90-94 años	47.622	5,2	42,3	52,0	0,5
95-99 años	8.434	5,8	26,7	66,9	0,5
100 ó más	808	6,3	9,2	83,3	1,2
65 ó más	2.884.590	7,0	78,6	12,9	1,5
80 ó más	511.894	5,2	64,2	30,0	0,6



Mujeres	Total	Soltero	Casado	Viudo	Sep./Viu
65-69 años	1.104.497	7,2	66,3	24,3	2,2
70-74 años	1.006.884	8,5	54,7	35,4	1,4
75-79 años	821.006	9,5	40,3	49,4	0,9
80-84 años	530.978	10,2	24,8	64,5	0,5
85-89 años	302.462	10,5	12,7	76,5	0,3
90-94 años	118.063	10,4	5,3	84,1	0,2
95-99 años	25.674	10,3	2,6	86,9	0,2
100 ó más	2.782	11,6	1,2	87,1	0,1
65 ó más	3.912.346	8,8	45,8	44,2	1,2
80 ó más	979.959	10,3	18,1	71,2	0,4

Fuente: INE: INEBASE: Censo de Población y Viviendas 2001. Resultados definitivos INE, 17/02/2004.

I. Tablas nacionales > I. Personas > I. Características demográficas básicas.

Población en viviendas familiares sexo y estado civil por edad.

Si nos fijamos en los datos desglosados por género se observa un mayor porcentaje de viudas que de viudos. Mientras el porcentaje medio de viudos con una edad de 65 y más es de 12,9% el porcentaje medio de viudas con la misma edad es de 44,2%; cuando se trata de edades más avanzadas (80 y más años) el porcentaje medio aumenta tanto en hombres como en mujeres aunque el porcentaje medio de viudas es muy alto en comparación con el de hombres, 71,2% viudas frente a 30% viudos. La explicación sería que las mujeres al ser más longevas que los hombres sobreviven a sus esposos. También se podrían explicar estos datos por un aspecto mucho más pragmático, las mujeres se casan con hombres más mayores que ellas, y también se casan con una edad mucho más joven que los hombres. También es posible que las mujeres concedan en ese momento mayor importancia a las pérdidas familiares (Rubio Herrera, 2004). Puede que la explicación este en una interacción de todos estos factores.

Por lo tanto el estado civil es un factor importante, que puede contribuir a la aparición de la soledad. Tal como decíamos anteriormente, en el estudio realizado por Rubio Herrera se encontraron niveles más altos de soledad en personas sin pareja que en las que tienen pareja.

## SOLEDAD Y RELACIONES INTERPERSONALES

Otro aspecto muy importante que puede influir en la aparición de la soledad en los mayores son las relaciones sociales.

En España las redes están compuestas por uno o dos hermanos, más de dos hijos y unos cinco o seis nietos; en el conjunto de los diez países los mayores disponen también de uno o dos hermanos, unos dos hijos y cuatro o cinco nietos.

El número de familiares vivos de las mayores españolas con edades de 60 a 69 incluye a 8,54 personas, en el caso de los mayores de 70 a 79 años incluye a 8,51 personas por término medio, y a 8,58 para las mayores de 80 años. Con estos valores, España es uno de los países en el que los mayores disponen de redes familiares más amplias; en el conjunto de los diez países el número de familiares vivos se aproxima a ocho (8,35 para las personas de 70 a 79 años y 8,04 para las de 80 o más).

Tabla II.3. **Número medio de familiares vivos de las personas de 60 años o más en diez países europeos, según parentesco, 2004**

	60 a 69 años			70 a 79 años			80 o más años		
	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
<b>Suecia</b>									
Padres	0,19	0,22	0,20	0,03	0,03	0,03	0,01	-	0,01
Hermanos/as	2,08	2,07	2,07	2,01	1,68	1,82	1,28	1,01	1,11
Hijos	2,46	2,30	2,38	2,36	2,04	2,18	2,27	1,98	2,09
<b>Dinamarca</b>									
Nietos	3,20	3,58	3,40	4,57	4,36	4,45	4,93	5,12	5,04
Padres	0,19	0,15	0,17	0,01	0,01	0,01	-	-	-
Hermanos/as	2,17	2,15	2,16	1,72	1,69	1,71	1,36	1,50	1,46
Hijos	2,32	2,42	2,37	2,20	2,27	2,24	2,50	2,13	2,25
<b>Alemania</b>									
Nietos	3,42	4,13	3,78	4,09	4,73	4,45	5,80	5,24	5,43
Padres	0,13	0,16	0,15	-	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02
Hermanos/as	1,81	1,58	1,69	1,50	1,41	1,44	0,72	0,84	0,81
Hijos	1,81	1,94	1,88	2,03	2,00	2,01	1,95	1,71	1,77
<b>Países Bajos</b>									
Nietos	2,16	2,55	2,37	3,41	3,64	3,55	3,34	3,62	3,55
Padres	0,16	0,16	0,16	0,01	0,02	0,02	0,02	-	0,01
Hermanos/as	3,52	3,46	3,49	2,55	3,04	2,83	1,75	1,68	1,70
Hijos	2,36	2,57	2,47	2,85	2,60	2,71	2,52	2,58	2,56
<b>Francia</b>									
Nietos	2,92	3,70	3,32	5,31	5,47	5,40	4,47	6,07	5,58
Padres	0,26	0,26	0,26	0,01	0,05	0,03	-	0,05	0,03
Hermanos/as	2,85	2,65	2,75	1,92	1,90	1,91	1,02	1,06	1,04
Hijos	2,52	2,39	2,45	2,16	2,33	2,25	2,27	2,15	2,19



	60 a 69 años			70 a 79 años			80 o más años		
			Ambos			Ambos			Ambos
	Hombres	Mujeres	Sexos	Hombres	Mujeres	Sexos	Hombres	Mujeres	Sexos
<b>Suiza</b>									
Nietos	3,54	4,08	3,82	4,99	5,36	5,20	5,93	5,43	5,61
Padres	0,19	0,20	0,20	0,01	-	-	0,05	0,06	0,06
Hermanos/as	2,48	2,29	2,38	2,29	2,57	2,45	1,63	1,67	1,65
Hijos	1,91	2,05	1,98	2,37	2,23	2,29	2,10	2,08	2,09
<b>Austria</b>									
Nietos	2,37	2,85	2,62	3,70	4,05	3,90	4,24	4,07	4,13
Padres	0,14	0,17	0,16	0,01	0,01	0,01	-	0,04	0,03
Hermanos/as	1,65	1,70	1,68	1,52	1,36	1,42	0,69	0,79	0,77
Hijos	1,94	1,89	1,91	2,04	1,97	2,00	1,59	1,54	1,55
<b>Italia</b>									
Nietos	2,32	2,70	2,52	3,34	3,63	3,51	3,76	3,47	3,55
Padres	0,17	0,16	0,16	0,03	0,04	0,03	0,03	0,06	0,05
Hermanos/as	2,55	2,32	2,42	2,07	2,24	2,17	1,47	1,34	1,38
Hijos	1,97	1,93	1,95	2,00	2,22	2,13	2,28	1,32	1,61
<b>España</b>									
Nietos	1,73	2,18	1,98	2,92	4,08	3,58	5,23	4,61	4,87
Padres	0,15	0,20	0,18	0,01	0,03	0,02	0,04	0,03	0,04
Hermanos/as	3,00	2,82	2,90	2,31	2,35	2,33	1,92	1,59	1,69
Hijos	2,66	2,79	2,73	2,70	2,70	2,70	2,41	2,35	2,37
<b>Grecia</b>									
Nietos	2,34	3,57	3,04	4,39	4,98	4,74	5,76	6,58	6,32
Padres	0,23	0,20	0,21	0,03	0,03	0,03	-	0,03	0,02
Hermanos/as	2,46	2,34	2,39	2,13	2,34	2,25	1,76	1,48	1,58
Hijos	1,87	1,88	1,88	1,98	2,06	2,03	2,38	2,41	2,40
<b>TOTAL</b>									
Nietos	1,51	2,58	2,08	3,15	3,89	3,58	4,56	5,16	4,95
Padres	0,17	0,18	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03
Hermanos/as	2,37	2,20	2,28	1,93	1,96	1,95	1,29	1,19	1,21
Hijos	2,10	2,15	2,13	2,20	2,24	2,23	2,22	1,89	1,99

Fuente: Börsch-Supan, A. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (<http://www.mea.uni-mannheim.de>)



Tabla II.4. **Personas de 60 o más años según número de hijos vivos, por sexo y grupos de edad, en diez países europeos, 2004**

	60 a 69 años			70 a 79 años			80 o más años		
	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
<b>Suecia</b>									
Ninguno	7,4	7,1	7,3	9,3	12,8	11,3	10,0	18,1	15,1
Uno	12,0	15,9	14,0	13,4	17,7	15,8	17,6	21,3	19,9
Dos	41,0	37,5	39,2	38,6	41,9	4,05	40,8	30,3	34,2
Más de dos	39,6	39,5	39,5	38,7	27,7	32,4	31,5	30,3	30,7
<b>Dinamarca</b>									
Ninguno	7,9	6,7	7,3	13,6	12,6	13,0	7,4	17,1	14,0
Uno	11,4	11,7	11,5	13,8	18,2	16,3	6,9	15,0	12,4
Dos	42,7	40,0	41,3	36,0	33,4	34,6	44,2	30,6	35,0
Más de dos	38,0	41,7	39,9	36,6	35,8	36,1	41,5	37,3	38,6
<b>Alemania</b>									
Ninguno	17,3	12,1	14,6	10,3	16,8	14,2	12,7	18,0	16,7
Uno	21,1	23,5	22,4	25,3	23,8	24,4	18,4	32,5	29,1
Dos	37,1	35,6	36,3	32,8	29,6	30,9	45,3	23,5	28,7
Más de dos	24,5	28,8	26,7	31,6	29,7	30,4	23,5	26,0	25,4
<b>Países Bajos</b>									
Ninguno	9,1	9,8	9,5	6,1	11,7	9,3	10,5	18,2	16,0
Uno	11,8	9,4	10,6	10,3	13,3	12,0	18,8	6,4	10,0
Dos	46,2	38,3	42,2	31,9	27,3	29,3	40,8	27,5	31,3
Más de dos	32,9	42,5	37,8	51,7	47,8	49,4	30,0	47,9	42,7
<b>Francia</b>									
Ninguno	10,1	9,2	9,7	19,1	14,2	16,4	21,4	20,2	20,6
Uno	17,7	19,4	18,6	16,6	20,3	18,6	23,2	20,2	21,3
Dos	32,3	32,4	32,4	27,4	25,9	26,5	16,1	21,2	19,3
Más de dos	39,9	38,9	39,4	36,9	39,6	38,4	39,3	38,4	38,7
<b>Suiza</b>									
Ninguno	17,4	16,1	16,7	8,1	8,4	8,3	12,7	16,8	15,4
Uno	13,4	15,5	14,5	17,0	24,6	21,3	26,7	25,1	25,6
Dos	42,1	37,6	39,8	31,2	29,2	30,1	20,4	24,2	22,9
Más de dos	27,0	30,7	28,9	43,7	37,8	40,4	40,3	34,0	36,1
<b>Austria</b>									
Ninguno	13,3	14,3	13,8	9,9	13,2	11,8	28,3	24,8	25,8
Uno	19,8	25,7	22,9	27,2	25,6	26,3	21,7	25,6	24,5
Dos	40,7	34,3	37,3	31,5	31,8	31,7	28,3	31,2	30,4
Más de dos	26,2	25,7	25,9	31,5	29,3	30,2	21,7	18,4	19,4



	60 a 69 años			70 a 79 años			80 o más años		
			Ambos			Ambos			Ambos
	Hombres	Mujeres	Sexos	Hombres	Mujeres	Sexos	Hombres	Mujeres	Sexos
<b>Italia</b>									
Ninguno	10,3	13,6	12,1	9,5	14,1	12,2	11,6	47,5	36,7
Uno	22,8	22,3	22,5	23,7	20,4	21,7	18,2	10,0	12,4
Dos	42,6	34,8	38,2	42,9	35,5	38,6	27,0	15,5	19,0
Más de dos	24,3	29,4	27,2	24,0	30,0	27,5	43,2	27,0	31,9
<b>España</b>									
Ninguno	11,4	8,5	9,8	10,8	12,6	11,8	21,4	22,6	22,2
Uno	9,7	10,6	10,2	13,0	10,7	11,7	14,4	19,3	17,8
Dos	27,7	32,4	30,3	28,6	32,5	30,9	21,6	18,5	19,4
Más de dos	51,2	48,6	49,7	47,6	44,2	45,6	42,7	39,7	40,6
<b>Grecia</b>									
Ninguno	11,3	12,5	12,0	9,3	8,4	8,8	8,7	8,1	8,3
Uno	15,5	17,5	16,6	18,6	17,7	18,1	10,2	12,5	11,7
Dos	53,3	48,0	50,4	47,7	47,1	47,3	45,8	41,7	43,1
Más de dos	19,9	22,0	21,0	24,4	26,8	25,8	35,3	37,7	36,8
<b>TOTAL</b>									
Ninguno	13,0	11,4	12,1	11,5	14,2	13,0	15,2	24,7	21,9
Uno	18,3	19,8	19,1	19,9	19,6	19,7	18,3	21,1	20,3
Dos	38,1	35,4	36,6	34,2	31,8	32,8	30,9	22,2	24,8
Más de dos	30,6	33,4	32,1	34,4	34,4	34,4	35,5	32,0	33,1

Fuente: Börsch-Supan, A. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (<http://www.mea.uni-mannheim.de>)

## CONCEPTO SUBJETIVO DE SOLEDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR ESPAÑOLA

Hasta ahora hemos analizado el concepto de soledad en función de factores que pueden influir en la soledad, pero sería importante también distinguir a nivel popular **¿qué entienden por soledad los mayores españoles?**

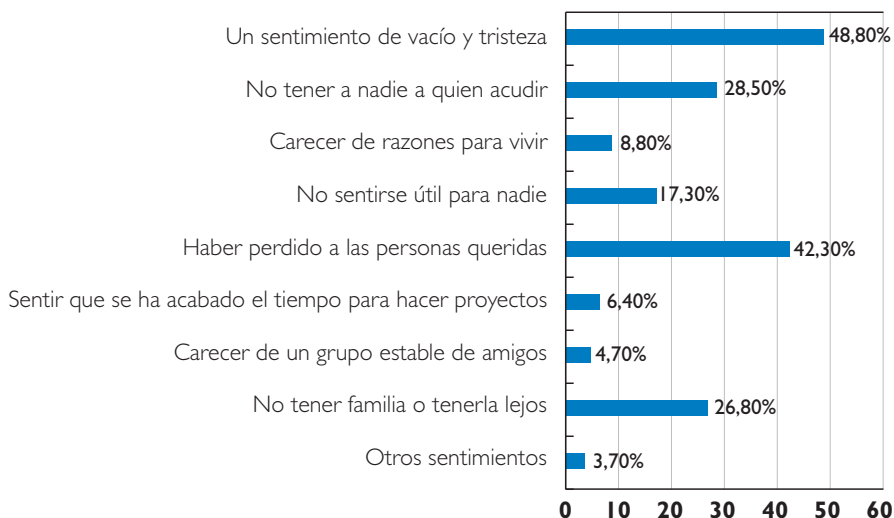
- Un 48,8% la definen como un “sentimiento de vacío y tristeza”, como un sentimiento evidentemente subjetivo.
- Mientras que por otro lado, un 42,3% afirman que la soledad es “El haber perdido a las personas queridas”, es decir, una pérdida más o menos objetiva de los contactos sociales y/o familiares relevantes.

- Un 28,5% lo define como un no tener a nadie a quien acudir, lo que hace referencia a falta de contactos sociales y/o familiares.
- Un 26,8% a no tener familia o tenerla lejos.
- Un 17,3% a no sentirse útil para nadie.

Estas cuatro últimas categorías están enfatizando especialmente nostalgias derivadas de ausencias, de falta de personas (incluso en la primera categoría en ese sentimiento de vacío o tristeza puede haber también sentimientos existenciales o bien también emanados por ausencias de personas). La única categoría pura existencial es la que figura con un 6,4% bajo el enunciado de "Sentir que se ha acabado el tiempo para hacer proyectos", denota esa percepción de la finitud del tiempo traducida en soledad existencial.

En síntesis, las teorías implícitas focalizan preferentemente la soledad en la ausencia de personas, bien como pérdida de seres queridos, bien como no tener familia, como no tener a nadie a quien acudir, como no sentirse útil para nadie, lo cual nos hace meditar sobre la importancia del otro, sobre los postulados patrones fijos de conducta defendidos por los etólogos bajo el rótulo de "necesidad de apego". Queremos decir en base a estos datos de las teorías implícitas, que posiblemente la soledad, tal y como es entendida actualmente por las personas mayores en España, guarda una estrecha relación con "la compañía de otras personas", pero, no personas en el sentido indiferenciado sino de personas concretas "personas queridas": padres, hijos, parejas, hermanos, etc., con los que estuvieron unidos por profundos lazos afectivos.

Gráfico 1. **Definición popular de soledad**



## ENTRE EL ESTAR Y EL SENTIRSE SOLO

Hemos visto hasta ahora uno de los estados psíquicos que todo ser humano ha experimentado en alguna ocasión a lo largo de su vida es el de la SOLEDAD, la soledad esa gran generadora de distancia y paradójicamente, la soledad puede ser positiva. Es importante pues aquí diferenciar entre: el estar o el sentirse solo.

El SENTIRSE SOLO va asociado a melancolía, nostalgia, añoranza, tristeza, etc., mientras que el ESTAR SOLO: se asocia a aislamiento, desarraigo. Puede haber soledad en personas marginadas, en personas que viven en pequeños pueblos despoblados, en personas con escasas redes sociales, o como decía Gregorio Marañón, las grandes poblaciones generan más soledad, se tiende en las grandes urbes.

Algunos investigadores han asociado el estar sólo a un sentido objetivo y el sentirse sólo a un subjetivo, pero tampoco ésta es una clara diferenciación, se puede estar sólo, aislado, marginado y no existir soledad, y viceversa. En esa línea Tunstall (1966) hace una diferencia entre "aislamiento" y "soledad", mientras que el primer concepto hace alusión a la objetividad, a la carencia de contactos sociales, el segundo alude más bien a las vivencias subjetivas de soledad derivada de la estructura de las interacciones sociales. Y el sentimiento subjetivo de soledad no está determinado en modo alguno, por la frecuencia objetiva de los contactos.

Peplau y Caldwell (1978) entienden que el sentimiento de soledad se da cuando las relaciones sociales logradas por una persona son menos numerosas o satisfactorias de lo que ella desearía. Para Klein (1982) es la falta de amor y la ruptura de relaciones las que provocan la sensación de abandono que lleva a la soledad. Tal vez cada autor enfatiza una parte de la soledad, un segmento de ese constructo que es tan amplio como la propia psique del hombre.

¿Si la persona busca para evadir la soledad la compañía de otros, los índices de satisfacción en las personas que viven solos debe ser inferior a los que viven acompañados?

Así, se aprecia que:

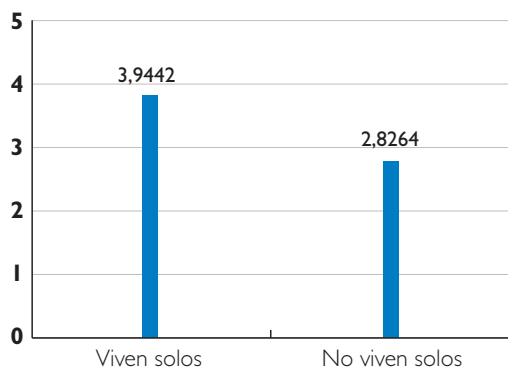
- El 9,6% de los mayores españoles que viven solos afirman estar muy satisfechos con esta situación.
- Un 45,6% dicen estar satisfechos con su actual estado, de manera que únicamente un 28,6% de los mayores que viven solos manifestaría de una manera directa tener problemas con el hecho de vivir de este modo.

No obstante, aunque un 45,6% manifiesten estar satisfechos con su situación actual, cabe preguntarnos que tal vez exista aquí mucho de resignación, de entender esa situación como la mejor de las posibles, una vez que han ido perdiendo por ejemplo a la pareja o a personas queridas o hijos que se han emancipado.

Para dar respuesta al interrogante de si la personas que viven solos son los que se siente más solos, comparamos la puntuación media obtenida en la pregunta sentimiento de soledad para los grupos de sujetos que vivían y que no vivían solos. Y en segundo lugar, se realizó un análisis de distribución porcentual para ambas muestras.

En el gráfico siguiente, se puede observar cómo aquellos sujetos que viven solos tienen un menor sentimiento de integración social que aquellos que no viven solos.

Gráfico 2. **Sentimiento de integración social en función de vivir solo**



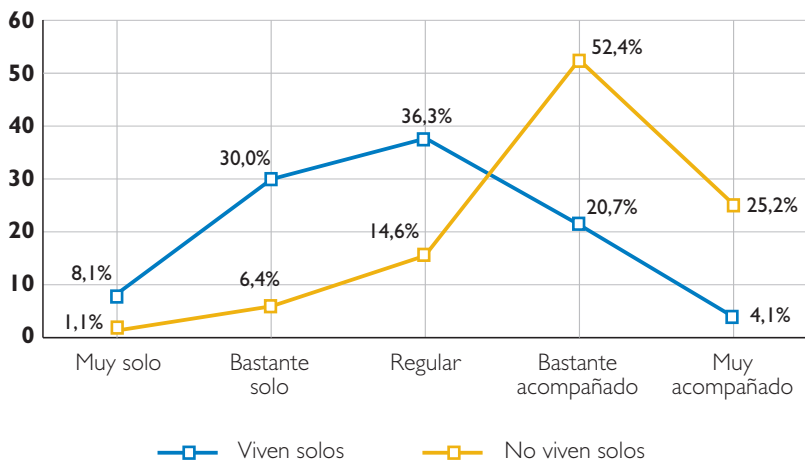
Pudimos comprobar que mientras que en el grupo de sujetos que viven solos nos encontramos con un 8,1% de mayores que afirman encontrarse muy solos, entre los sujetos que no viven solos este porcentaje se reduce al 1,1%. Igualmente entre los sujetos que firman vivir solos el porcentaje de mayores que dicen encontrarse bastante solos es del 30% frente al 6,4% entre aquellos mayores que no viven solos.

Es decir, entre los mayores que viven solos, 74% afirma encontrarse muy, bastantes o regularmente solos mientras que entre aquellos sujetos que no viven solos este porcentaje se reduce al 29.1%.

Puede observarse como a tenor de nuestros datos e independientemente de todo lo expuesto anteriormente, hay una gran relación entre los sujetos que están solos (viven solos) y aquellos que se sienten solos.

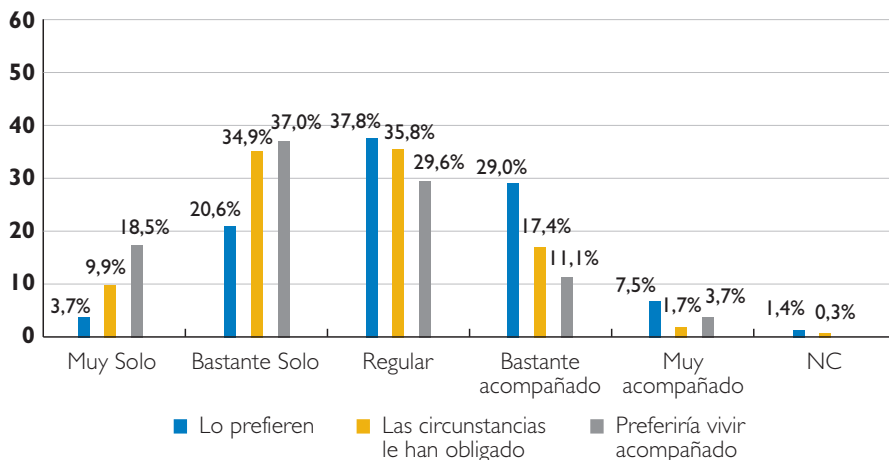


Gráfico 3. **Auto percepción de la integración social, en función de vivir o no solo**



Para intentar aclarar este problema, analizamos las causas por las que estos sujetos viven solos, podemos observar cómo un 59% de los mismos, afirman que “las circunstancias les han obligado, pero se han adaptado”, es de señalar igualmente, que casi 13.6% de los sujetos que viven solos señalan es por qué “lo prefieren”. Y tan sólo un 4,5% dicen que independientemente de vivir solos “les gustaría vivir con hijos u otros familiares”.

Gráfico 4. **Auto percepción de la integración social en función del motivo por el que se vive solo**



Tal como puede observarse en gráfico anterior; merece destacarse el hecho de que entre aquellos sujetos que afirman que prefieren vivir solos, exista un menor porcentaje de

sujetos que se encuentran muy o bastante solos (Sólo un 3.7% de los mayores que afirman que prefieren vivir solos afirman encontrarse solos frente al 18% de aquellos mayores que aunque viven solos preferirían no hacerlo). Siendo este menor porcentaje estadísticamente significativo si los comparamos con los resultados que se deberían haber obtenido si no existiese relación entre las variables.

Ello nos lleva a pensar que la diferencia entre aislamiento y soledad no se puede hacer a nivel general (insolation), sino que está directamente relacionada con la causa que ha provocado el aislamiento. Cuando la situación de falta de relación social es impuesta desde el exterior (las circunstancias, la falta de medios, problemas con la familia, la inexistencia de familia etc.) y obliga al mayor en contra de sus deseos o mejor dicho y como luego veremos, en contra de sus expectativas a vivir solo, aparecería soledad subjetiva, en cambio, si el aislamiento es más o menos voluntario (o esperado, se ajusta a sus expectativas) (solitude, aloneness) no aparecería soledad (loneliness).

## PROBLEMÁTICA DE LA MEDICIÓN

Otro gran problema con el que nos enfrentamos al estudiar la soledad es el de la medición tanto en relación a la metodología a utilizar como a las escalas más idóneas. Además el tema se complica en función del periodo del ciclo vital en el que analicemos la soledad. En el segmento de mayores se da un proceso diferencial generado con la edad, un proceso que se da a lo largo de un dilatado tiempo y en esa medida va a hacer que intervengan un gran número de variables que irán modelando y configurando ese periodo vital a veces con efectos acumulativos y otros compensatorios, lo cual genera importantes dificultades a la hora de emplear las técnicas de investigación social habituales.

Hay también un aspecto específico importante a tener en cuenta en la evaluación de la soledad, y es su alto componente subjetivo, lo que implica plantearnos previamente si los verdaderos indicadores de soledad deben ser objetivos o subjetivos. Así por ejemplo podemos basarnos en el número de contactos sociales, la frecuencia de dichos contactos, etc. o en los componentes subjetivos generados de la calidad de esos contactos sociales, en los niveles de satisfacción personal derivados de ellos, que pueden conducirnos a descubrir sujetos que operativamente pueden ser considerados como aislados (con pocas relaciones sociales aparentes), pero que subjetivamente no se consideren así y están plenamente satisfechos de unos contactos muy dilatados en tiempo pero intensos en vivencias, o a la inversa, sujetos que conviven en un medio familiar 'normal', pero que se sienten solos, (debido a la inexistencia de sujetos de su misma cohorte generacional, a un uso inadecuado de los canales de comunicación social, a meta-expectativas no logradas, etc.)

Un problema colateral al anterior y que dificulta el uso de indicadores externos, es el hecho de que en muchas ocasiones, la supuesta falta de contactos sociales viene dada por la



existencia de una imposibilidad real en nuestra población objeto de mantener unas redes sociales adecuadas, bien por padecer algún tipo de enfermedad que le imposibilita, bien porque las redes sociales tradicionales del sujeto han desaparecido o están altamente dañadas, generalmente a causa de la muerte de amigos y familiares de su misma cohorte, etc. Este hecho hace que el sujeto asuma de una manera muy particular este sentimiento de soledad, y que lo vivencie de maneras muy diferentes (llegando en ocasiones incluso a aceptar el hecho de su dificultad real de relación social)

Además de lo anteriormente expuesto, nos encontramos con la dificultad añadida que supone la marcada deseabilidad social existente en las respuestas a las preguntas relacionadas con el tema. El admitir la existencia del problema al final de la vida, puede suponer para algunos sujetos reconocer que se ha fracasado social y/o familiarmente, lo que hace que sujetos que realmente se sienten solos, no manifiesten padecer tal problema, si se les pregunta de manera directa. Evidentemente, es muy complejo intentar determinar de forma precisa cómo estos factores de interacción social conectan con una serie de procesos psicológicos generando esos distintos tipos de soledad que iremos analizando. Pero lo que si queremos enfatizar, es el hecho de que la realidad social y la percepción que el sujeto tiene de sí mismo en ese contexto, añade una complejidad importante al estudio de la soledad.

## ESCALAS DE MEDICIÓN

Las escalas internacionales más utilizadas para medir la soledad han sido:

- La escala UCLA: Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional. Esta compuesta por dos factores : "Intimidad con otros" y "Sociabilidad". (Austin, B.A., 1983; Russell D., Peplau L. y Cutrona C.E. 1980).
- La escala SELSA: Es una escala formada por tres subescalas, subescala romántica, subescala de relaciones con la familia y subescala de relaciones con los amigos. (DiTommaso and Barry Spinner 1992)
- La escala ESL: Esta formada por dos subescalas, la escala de soledad emocional y la escala de soledad social. (Oshagan and Allen, 1992)..
- Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia. Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que "uno tiene un sitio en esta vida" y la aceptación de lo que no se puede cambiar.



Basándonos en estos antecedentes, y complementando con una serie de indicadores subjetivos (de autopercepción) junto al análisis de las redes sociales que rodean al sujeto se diseñó en la Universidad de Granada la denominada “Escala Este de Soledad” que analizamos a continuación.

### Escala “Este” de Granada:

La presente escala, surge como una necesidad ante las dificultades que a nivel de conceptualización y de medición presenta el constructo “Soledad”.

A nivel conceptual, este instrumento ha sido diseñado desde perspectivas que abordan la soledad como un constructo multidimensional, centrándose principalmente en los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que tales déficits pueden provocar:

Para ello, se seleccionaron los factores que componían los constructos de soledad más utilizados por la literatura al uso, y que conforman la base teórica desde la que se ha diseñado los instrumentos de evaluación más importantes existentes en el actual mercado psicométrico.

Esta escala tiene en cuenta los siguientes factores (algunos de ellos extraídos de las escalas internacionales que hemos expuesto anteriormente):

F1	OTRO INTIMO (Escala UCLA)
F2	OTRO SOCIAL (Escala UCLA)
F3	FACTOR ROMANTICO (Escala SELSA)
F4	FACTOR FAMILIAR (Escala SELSA)
F5	FACTOR SOCIAL (Escala SELSA)
F6	SOLEDAD EMOCIONAL (Escala ESLI)
F7	SOLEDAD SOCIAL (Escala ESLI)
F8	ESCALA PHILADELPHIA
AP	INDICADOR APOYO SOCIAL RECIBIDO
SA	INDICADOR SATISFACCIÓN RELACIONES SOCIALES
SO	NUESTRO INDICADOR OBJETIVO DE SOLEDAD

Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia y fueron seleccionados en base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la autopercepción del nivel de soledad ; la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.



La escala consta de 34 ítems. La estructuración de esta escala surgida de los análisis factoriales realizados, hace referencia principalmente a cuatro factores :

- Soledad Familiar
- Soledad Conyugal
- Soledad Social
- Soledad Existencial

Igualmente la escala ESTE puede ser utilizada como un indicador global de soledad pues los ítems de la misma presentan una alta homogeneidad, medida por el coeficiente alfa de Crombach (0.9178).

Dado lo difícil y lo arriesgado que resulta poder operativizar el concepto de soledad mediante un sólo indicador, decidimos utilizar tres indicadores que en nuestra opinión aunque hacen referencia al mismo problema, cubren áreas diferentes del mismo.

Estos indicadores fueron:

- A. Auto-percepción del nivel de soledad del encuestado, medido
- B. Mediante la pregunta directa : "Puntúe de 0 a 10 su nivel de soledad".
- C. Nivel de apoyo recibido. Para determinar una medición objetiva de esta variable, se construyó un indicador proveniente de sumar las puntuaciones obtenidas en las siguientes preguntas del cuestionario de redes sociales de Díaz Veiga :
  - *¿Que nivel de apoyo o ayuda le proporcionan las relaciones con sus hijos?*
  - *¿Que nivel de apoyo o ayuda le proporcionan las relaciones con su cónyuge?*
  - *¿Que nivel de apoyo o ayuda le proporcionan las relaciones con sus amigos?*
  - *¿Que nivel de apoyo o ayuda le proporcionan las relaciones con sus familiares*
- D. Indicador de satisfacción con los contactos sociales. Independientemente del nivel de contactos sociales que tienen el sujeto, consideramos de vital importancia para determinar la soledad del mismo, la satisfacción que con sus relaciones sociales tiene el sujeto encuestado. Pues la satisfacción con las relaciones sociales dependerá más de la percepción subjetiva y de la satisfacción que le proporcionen estos contactos que del nivel de relación objetivo. Tal indicador es el resultado de sumar las puntuaciones obtenidas en las preguntas :
  - *¿En que grado esta usted satisfecho de la relación que tiene con sus hijos ?*
  - *¿En que grado esta usted satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge ?*
  - *¿En que grado esta usted satisfecho de la relación que tiene con sus amigos ?*
  - *¿En que grado esta usted satisfecho de la relación que tiene con sus familiares ?*

Con los ítems de las escalas seleccionadas como variables independientes y con los anteriores indicadores como variables dependientes, se realizaron una serie de análisis de regresión múltiple a fin de averiguar que ítems eran los que mejor explicaban cada una de las variables analizadas.

## ANEXO - ESCALA DE SOLEDAD "ESTE"

Un indicador para la medición de la soledad en mayores

**Autores:** Dra. Ramona Rubio Herrera y Manuel Aleixandre Rico  
Master de Gerontología Social de Granada

NOMBRE	GENERO
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EVALUACIÓN
INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HABITAT RURAL <input type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/>

Indique hasta que punto esta de acuerdo con las siguientes afirmaciones

- 1.- Totalmente en desacuerdo
- 2.- Parcialmente en desacuerdo
- 3.- No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias
- 4.- Parcialmente de acuerdo
- 5.- Totalmente de acuerdo

Item	Afirmación	1	2	3	4	5
1	Me siento solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ya no tengo a nadie cerca de mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estoy enamorado de alguien que me ama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me siento solo cuando estoy con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nadie de mi familia se preocupa de mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Realmente me preocupo por mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Item	Afirmación	1	2	3	4	5
12	Realmente pertenezco a mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me siento cercano a mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mis amigos entienden mis intenciones y mis opiniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Me encuentro a gusto con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Me siento aislado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Mis amigos y familiares raramente me entienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Mi familia es importante para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Me gusta la gente con la que salgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	No me siento importante para nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Siento que no soy interesante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Tengo miedo de muchas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Puntuación directa	Puntuación percentil
Factor 1: Soledad familiar		
Factor 2: Soledad Conyugal		
Factor 3: Soledad Social		
Factor 4: Crisis de adaptación		

### Normas de corrección

Factor	Algoritmo	Puntuación
Factor 1 Soledad familiar	1-2-8-9-10-11-12-13-17-18-19-20-21-28	
Factor 2: soledad conyugal	3-4-5-6-7	
Factor 3: soledad social	15-16-18-22-23-24-25	
Factor 4 crisis de adaptación	14-26-27-29-30-31-32-33-34	

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abeles P.B. y Riley M.W. (1987): "Longevity, social structure and cognitive aging". In C. Schooler y K.W. Schaie (Eds) *Cognitive functioning and social structure over the life course* Norwood, NJ, Ablex.
- Austin B.A. (1983): Factorial structure of the UCLA loneliness scale. *Psychological Reports*, 53, pag. 883-889.
- Baltes, Cornelius y Nesselroade (1978): Cohort effects in developmental psychology. En J. Nesselroade y P. Baltes (De.) *longitudinal research in the behavioral sciences: Design and analysis*. New York, Academic Press.
- Baltes, P., Dittmann-Kohli F. y Dixon, R. (1984): "New Perspectives on the Development of intelligence in adulthood: Toward a Dual-Process Conception and a Model of Selective Optimization with Compensation". In P. Baltes y O. Brin (eds.). *Life-span development and behavior: vol.6*. New York: Academic Press.
- Baltes, P.; Baltes M. (1986): "The Psychology of Control and Aging". New Jersey: Hillsdale, LEA.
- Baltes, P.B. and Willis, S.L. (1982): "Enhancement (Plasticity) of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development. In F.I.M.
- Bortner R. y Hultsch D. (1974): Patterns of subjective deprivation in adulthood. *Developmental Psychology*, 10, pag. 534-545.
- Chapman M. (1988): "Contextuality and Directionality of Cognitive Development". *Human Development*, vol. 31, pág. 92-106.
- Craik, S.E. Trehub, *Aging and Cognitive Process*, New York: Plenum Press.
- Cutorona, C.E. (1982) Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. En Peplau, L.A. y Perlman, D. (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. 291 – 309. New York: Wiley and Sons
- De Jong - Gierveld J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 53, 119-128.
- Di Tommaso, R. nico, Spinner, Barry (1993): The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adult SELSA. *Personality and individual Differences*, 1993, Jan vol. 14 (1), pag 127-134.
- Dittmann-Kohli, F.; Lachman, M.E.; Kliegl, R. y Baltes P. (1991): "Effects of Cognitive Training and Testing on Intellectual Efficacy Beliefs in Elderly Adults"? *Journal of Gerontology*, 27, pag. 52-60.
- Flanders, J.P. (1982) A general systems approach to loneliness. En Peplau, L.A. y Perlman, D. (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. 166 – 179. New York: Wiley and Sons
- Hayslip, B. and PANEK, K. (1989): *Adult Development and Aging*. New York: Harper & Row.
- Hojat, M. y Crandall, R. (eds) (1989). *Loneliness theory, Research and Applications*. USA: Sage Publications.



- Iglesias De Ussiel, J., López Doblas, J., Díaz Conde, M.P., Alemán Braho, C., Trinidad Requena, A y Cástón Boyer, P. (2001) La soledad en personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (IMSERSO)
- IMSERSO (2006). Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Klein S.B. (1982): Motivation. Biosocial approach. New York: McGraw Hill.
- Lawton M. (1975) :The Philadelphia Center Morale Scale : A revision. *Journal of Gerontology*, 30, pag. 85-89.
- Lawton M.P. (1972) : Assessing the competence of older people. En Kent, D. ; Kastenbaum, R. y Sherwood, S. (Eds.) : *Research Planning and Action for the Elderly*, New York : Behavioral Publications.
- Lopata, H.Z. (1980). Loneliness in widowhood. En Hartog, J. Audy, J.R. y Cohen Y.A. (eds). *The Anatomy of Loneliness*. 237 - 258 New York: International University Press.
- Marshall V.W. (1975): Age and awareness of solitude in developmental gerontology. *Omega* 6, pag. 113-129.
- Montero, M., López, L. y Sánchez Sosa, J.J. (2001) La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, vol. 001, 19 – 27.
- Myerson P.G. (1980): Discussion: intrapsychic isolation in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pag. 19-25.
- Oshagan, Hayg, Allan, Richard, L. (1992) : Three loneliness scales : An assessment of their measurement properties. *Journal of Personality Assessment*. Oct. Vo 59 (2) pag. 380-409.
- Peplau I.A. y Caldwell M. (1978): Loneliness: A cognitive analysis. *Essence*, 2 (4), pag. 207-230.
- Rubio Herrera R.Y Aleixandre Rico M. (1997): Prevención del aislamiento social en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 32, NM2, Pág. 51-57.
- Rubio Herrera R.Y Aleixandre Rico. M. (2001): Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. Volumen 11, Nº. 1. Enero-Marzo 2001. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. Nexus Ed.
- Rubio Herrera R.Y otros (1999): La escala "este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad geriátrica. *Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*. 9/1999, Octubre. Vol. 15, año XV, Pág. 26-35
- Rubio Herrera R. (2003) ¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor? *Geriatría* volumen 19, nro. 9-10 Págs. 11 a 18.
- Rusell, D. Peplau L.A. y Cutrona C.E. (1980): The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39,, 472-480.
- Saez Narro, Rubio Herrera, Dosil Maceira (1996): *Tratado de Psicogerontología*. De. Promolibro. Valencia.
- Salthouse, T.A. (1982): "Adult cognition". New York: Springer.

- Schaie K.W.Y Hertzog C. (1986): "Toward a comprehensive model of adult intellectual development: Contributions of the Seattle Longitudinal Study". In R.J. Sternberg (Ed) *Advances in human intelligence* (vol.3, pag. 79- 118) New York: Academic Press.
- Seligman M.E.P. (1975): *Helplessness: On depression development and death*. San Francisco. Freeman. (versión castellana, 1983, *Indefensión*. Madrid. Ed. Debate.
- Silvestrone B.Y M.Y Miller S. (1980): The isolation of the community elderly from the informal social structure. Myth or reality? *Journal of Geriatric Psychiatry*. 13 (1), 27-47.
- Weiss (1973) : *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge. MIT Press.
- Willis, S.L. (1985): "Towards and Educational Psychology of the Older Adult Learner: Intellectual and Cognitive Bases". In Birren and Schaie: *Handbook of the psychology of Aging*, NJ. Van Nostrand Reinhold, pág. 818-847.
- Yuste Rosell, N., Rubio Herrera, R.Y Alexandre Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: ediciones Pirámide.

## 2.2 ANCIANOS FRÁGILES CON ALTO RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL. PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

**D<sup>a</sup> Pilar Serrano Garijo**

Dirección Gral. de Mayores. Ayuntamiento de Madrid. Dpto. de Programación, Evaluación y Desarrollo.

### INTRODUCCIÓN

Son muchos los mayores de 65 años que viven solos en Madrid, 135.895 personas de acuerdo a la información que ofrece el Padrón de Habitantes a 1 de enero de 2007, la gran mayoría de ellos perfectamente integrados en la sociedad, gozan de una buena calidad de vida y tiene los apoyos que precisan.

No obstante, se tiene constancia de la existencia de un pequeño grupo entre ellos, en el que la suma de factores de soledad, fragilidad, dependencia funcional, situación socio-familiar deficitaria, presencia de problemas de salud y factores de riesgo social, les convierte en un grupo poblacional en situación de riesgo socio sanitario. Si a ello sumamos alteraciones del comportamiento y rechazo sistemático a las ayudas sociales, indicativos de aislamiento, se hace necesario disponer de un sistema de detección, valoración e intervención específico al efecto.



De hecho, el fallecimiento en soledad, aunque no siempre en aislamiento social, no es excepcional en nuestra ciudad, algo que debería ser evitado si se realiza la detección precoz.

En cualquier caso, el hallazgo del cadáver de una persona mayor en su domicilio, sobre todo si la persona lleva varios días fallecida, crea siempre una alarma social en la que inevitablemente los servicios de atención al ciudadano se ven implicados.

Sin restar en absoluto importancia a este hecho, cabe aproximarse a él con cautela por diversos motivos.

Uno de ellos es el tratamiento que los medios de comunicación dan a este tipo de noticias. Cuando uno lee frases como *“tercera edad, trágico final: otro anciano ha muerto de soledad”* o *“las cifras del abandono. un 14,19% de los españoles mayores de 65 años (un millón de personas) vive en soledad”*, con una tremenda carga dramática y en ocasiones engañosa, no puede por menos que recapacitar sobre el significado de morir de soledad o vivir en soledad algo que no puede equipararse a vivir solo.

Otro punto interesante es que el fenómeno no es exclusivo de la gran ciudad. Si se repasan esas mismas noticias de los periódicos pueden encontrarse reseñas de todo tipo de ciudades.

Por último, señalar que no es exclusivo de los mayores. Según los datos de los servicios de emergencias de nuestra ciudad, en el año 2005, se produjeron 103 hallazgos de cadáveres en domicilio, 28 de los cuales (27%) correspondían a menores de 65 años. Aunque se sale de nuestro trabajo actual, merece la pena señalar que ese mismo año, en la Comunidad de Madrid fallecieron 40.858 personas, de las que 7.723 (18,9%) tenían menos de 65 años (fuente INE).

De todos modos, la soledad y el abandono son siempre una enorme fuente de preocupación para los responsables de los servicios sociales y este es el motivo de que la Dirección General de Mayores, preocupada por el hecho de la existencia de personas mayores que fallecen solas en su domicilio, pusiera en marcha en 2004 un sistema de recogida de información que permite conocer las circunstancias del fallecimiento de éstas, todo ello con el fin de reforzar desde los Servicios Sociales aquellos puntos débiles que el estudio de los casos pone en evidencia.

Pero no se trata solo de recoger información, por eso, el programa que más adelante se describirá, contempla diversas actuaciones y actividades en los ámbitos de la detección, intervención, monitorización, sensibilización, formación e investigación, dado que se pretende no únicamente detectar a la población en riesgo, sino realizar la intervención más adecuada a la necesidad identificada en cada caso.

Al mismo tiempo, el Programa facilita un seguimiento de los casos, y establece el perfil-tipo de los ancianos frágiles de modo que resulte factible poner en marcha todos los recursos necesarios para evitar nuevas situaciones de aislamiento y riesgo social.



Todo ello en un programa vivo, mudable, que ha ido evolucionando en el tiempo. Así, la experiencia de estos años de trabajos previos permitió identificar la existencia de un colectivo difícilmente abordable con los recursos materiales y humanos de los que el propio Ayuntamiento de Madrid disponía con anterioridad.

El acercamiento efectivo a cada uno de los mayores que se han identificado, al menos teóricamente, como frágiles en riesgo de aislamiento o exclusión social requiere la especialización de profesionales específicamente entrenados en el manejo de habilidades de comunicación y problemas de conducta, como es el caso de los psicólogos.

Se trata de aquellas personas mayores que rechazan sistemáticamente cualquier alternativa de ayuda que se les ofrece; desconfían patológicamente de cualquier profesional que pretende un acercamiento sin el que la relación de ayuda se hace inviable; no acceden en modo alguno a la red normalizada de atención, haciendo prácticamente imposible el contacto y la intervención.

El perfil predominante en estos casos presenta tendencia a la masculinización, edad avanzada, problemas de adicción al alcohol, ciertos trastornos del comportamiento y malas condiciones de vivienda, circunstancias todas ellas favorecedoras del aislamiento social y que hacen imprescindible un abordaje del problema por profesionales especializados y mediante técnicas concretamente diseñadas al efecto.

Por todo ello, desde 2006, se cuenta con un Servicio de apoyo psicológico domiciliario (SAPD), cuyo objetivo es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento o exclusión social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso e incluso facilitando el internamiento involuntario y la incapacitación legal en último extremo, que se expone en otras paginas de este documento.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El **objetivo general** del programa es evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono.

### Objetivos específicos

- Poner en marcha un sistema de **detección, valoración y seguimiento** de ancianos en alto riesgo de aislamiento y aislados socialmente.
- Diseñar un **protocolo de actuación** ante distintos niveles de necesidad.



- Crear un sistema de **coordinación** de recursos hasta conseguir un **trabajo en red**, con implicación de servicios sociales y sanitarios, así como de la familia, el voluntariado y otros agentes sociales.
- Establecer un **sistema de registro** que permita la observación continua del fenómeno a nivel poblacional.
- **Sensibilizar** a los profesionales y la población en general sobre la importancia del aislamiento social.
- **Capacitar** a los trabajadores municipales para el abordaje individual de situaciones de aislamiento social.
- Adquirir un mayor **conocimiento** sobre el aislamiento social y las circunstancias de los fallecimientos en soledad de las personas mayores.

### **Población diana**

El universo de actuación, son los mayores de 65 años residentes en el municipio de Madrid.

En un marco más realista, se trabaja con los colectivos en riesgo: los mayores atendidos por los servicios municipales de emergencias, y los mayores que viven solos y tiene escasos apoyos.

### **Actividades**

Para cumplir los objetivos propuestos, se realizan diversas actividades que podemos agrupar según su finalidad principal.

- Detección.
- Intervención.
- Monitorización.
- Sensibilización.
- Formación.
- Investigación.

### **Detección**

La búsqueda de colectivos vulnerables, con el perfil descrito, es una de las actividades a realizar; bien de manera específica, por las personas destinadas al programa, bien mediante la coordinación con los trabajadores municipales que trabajan con el colectivo de mayores, servicios de salud y voluntariado.

En poblaciones de riesgo bajo, de mayores de 80 años que viven solos o mayores solos en general u otros colectivos vulnerables, se aplican técnicas de screening que permiten seleccionar los casos con algún factor de riesgo para posteriormente abordarlos.

La detección puede llevarse a cabo en cualquiera de los ámbitos de actuación de los servicios sociales, siendo de especial interés el centro de llamadas de la D.G.M. por su accesibilidad a usuarios potenciales, aunque con un rendimiento esperado bajo.

Herramientas:

- Como screening se utilizan las dos primeras preguntas del Barber:
  - ¿Vive sólo?
  - ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?

Quienes responden afirmativamente a las dos cuestiones, deben ser sometidos a una valoración más completa que pasa por un cuestionario breve y otro de mayor complejidad

Los colectivos de riesgo elevado, como es el caso de los mayores atendidos por emergencias, requieren siempre una valoración completa mediante los cuestionarios diseñados a tal fin, que permiten la clasificación de los casos.

Se utiliza un cuestionario estructurado, donde se recogen los datos que sirven de guía (escala sociofamiliar de Gijón, patrón de conducta o de relación con el entorno y el patrón del estado de salud, entre otros) para clasificar los casos en personas sin aislamiento, aisladas o en riesgo.

Contemplamos pues, tres niveles en la detección, el screening simple, un cuestionario abreviado y una valoración completa. Estos cuestionarios se han ido depurando en sucesivas aproximaciones al perfil de los sujetos aislados o en necesidad.

## **Intervención**

Es diferente según la clasificación que la valoración del caso haya facilitado.

- Ancianos aislados socialmente: Es preceptiva la notificación al Departamento de Servicios a la Ciudadanía del distrito correspondiente. Además se incorporan al protocolo de aislamiento social de la D.G.M.
- Ancianos en situación de necesidad no totalmente cubierta. También es preceptiva la notificación al distrito.



- Con necesidades sociales o sociosanitarias abordables con los recursos habituales. Se sugiere al distrito el estudio y la asignación del recurso más adecuado o su inclusión en protocolo de coordinación sociosanitaria.
- Con escasos apoyos familiares o soledad: se notifica la situación a una asociación de voluntariado para acompañamiento.

Siempre que existan familiares directos, se comparten con ellos los hallazgos y se les implica en el proceso.

Dentro del programa de la intervención en aislamiento social, se encuentra el servicio de apoyo psicológico domiciliario (SAPD). Conocedores de la complejidad del abordaje de este problema, el aislamiento social, se ha concertado un convenio de colaboración entre el Ayuntamiento de Madrid y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, en el ámbito de la intervención y atención con personas mayores de 65 años, concretamente mediante el protocolo de intervención con personas mayores frágiles en riesgo o en situación de aislamiento social

El objetivo es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento o exclusión social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso e incluso facilitando el internamiento involuntario y la incapacitación legal en último extremo. La descripción de este servicio se encuentra en el apartado correspondiente de esta publicación.

Las sospechas de aislamiento social se notifican a la Dirección General de Mayores, mediante solicitud normalizada y se valora junto con el equipo de psicólogos.

### **Monitorización**

Se ha creado un sistema de registro en el que se reflejan los casos de fallecimiento y de emergencias, distribuidos temporal y geográficamente.

Se registran así mismo los casos una vez clasificados:

- En aislamiento social.
- En situación de necesidad no cubierta (riesgo).

Los datos se expresan en números absolutos y en tasas.

Sin renunciar al registro específico de las emergencias, se realiza uno general procedente de las distintas fuentes de detección de posible aislamiento.

## Sensibilización

Es preciso hacer llegar a profesionales y población en general, el mensaje de que el **aislamiento social puede prevenirse y que es tarea de todos evitarlo**.

Para ello se propone hacer **divulgación** del problema y del programa en diferentes foros:

- Jornadas profesionales y medios especializados.
- Puntos de encuentro de mayores (Centros de mayores, Universidades de mayores, Asociaciones).
- Asociaciones de voluntariado y escuela municipal.
- Foros diversos relacionados con los mayores.
- Población general: medios de difusión.

## Formación

El éxito de este programa descansa en una adecuada detección y un correcto abordaje que debe realizarse desde cualquier punto de la red municipal, algo que solo puede conseguirse si los **profesionales** están **plenamente capacitados** para ello se propone la realización de:

- Cursos específicos de capacitación
- Inclusión del tema en los cursos globales que se realicen sobre mayores para los profesionales municipales.

## Investigación

Dada la complejidad del problema, se propone el estudio minucioso de todos los colectivos atendidos, estableciendo perfiles y grupos sensibles a la intervención.

En la investigación se incluyen los casos de **fallecimiento** con una doble finalidad:

- Establecer en lo posible el perfil.
- Discriminar los casos de aislamiento social a fin de distinguir una muestra de soledad y una muestra de aislamiento social.

## Algunos datos del programa

Las memorias de los distintos años nos ofrecen suficiente información sobre lo realizado en las distintas facetas



## DetECCIÓN:

Desde el inicio se ha trabajado con el colectivo de personas atendidas por los servicios de emergencias. En 2004 se hizo también un screenig entre quienes habían rechazado el servicio de teleasistencia. Cada vez son más las fuentes de notificación, incluidos los servicios de Salud Ambiental, los de Madrid Salud y de Samur Social, y en 2008 está previsto un trabajo de campo en el distrito Centro. En los casos de aislamiento es fundamental la labor de los trabajadores sociales de los distritos.

La memoria 2007 nos ofrece información real de esta parte del programa, aunque centrada especialmente en los 574 casos atendidos por los servicios de emergencias. La valoración de la situación, según el procedimiento descrito con anterioridad, determina la clasificación del caso.

Los datos se muestran a continuación:

No localizados	15
Localizados	559

### FORMA DE CONTACTO

Por contacto telefónico	194
Por visita domiciliaria	365

### ACTUACIÓN

• No se realiza cuestionario	<b>258</b>
Por encontrarse en buena situación de apoyo a la fragilidad	174
Por ingreso hospitalario	26
Por fallecimiento	44
Otros motivos	14
• No quieren nada, rechazan ayuda, desconfían	<b>17</b>
• Se rellena la historia completa	<b>215</b>
Sin riesgo	152
Necesidad sociosanitaria	37
Necesidad sociosanitaria y soledad	14
Soledad	8
Aislamiento	4

Como puede observarse, hay un grupo en el que no es posible la localización y por lo tanto la obtención de información. En otros casos, una vez localizados no es preciso hacer más investigación por negatividad en el screenig, son los que tiene un buen apoyo. Altamente preocupantes son los que a priori desconfían y deben ser clasificados como

de alto riesgo. Un grupo nada desdeñable se encuentra en necesidad o en soledad y uno muy pequeño en aislamiento.

Como vemos el mayor porcentaje es el de quienes presentan apoyos sociales y autonomía suficientes y no requieren intervención alguna.

Las dificultades inherentes al tipo de actuación y el conocimiento adquirido durante el desarrollo del programa ha permitido un rediseño continuo del mismo, clarificando sus objetivos y sus posibilidades de actuación.

En este momento la identificación de la población es mucho mejor, distinguiéndose claramente la que se encuentra en riesgo de aislamiento social, de la que no tiene riesgo, o bien presenta únicamente una necesidad socio sanitaria.

## **Intervención**

**Aquellos casos en los que se detecta necesidad sociosanitaria no cubierta o rechazo de la ayuda a los recursos que se ofrecen, son derivados al trabajador social del distrito para la puesta en marcha los mecanismos necesarios de intervención social.**

Tras la valoración se han detectado distintas situaciones que aconsejan la intervención de profesionales de los servicios a la ciudadanía de los distritos, cosa que ha ocurrido en el 15% de las ocasiones. La respuesta del distrito ha sido bastante buena, consiguiendo la incorporación a un recurso municipal de la persona detectada en el 60% de los casos.

Evidentemente los recursos que se ponen en marcha son los disponibles a nivel municipal y extramunicipal, incluyendo la coordinación sociosanitaria como parte fundamental.

Una intervención muy específica es la llevada a cabo por el equipo de Apoyo Psicológico Domiciliario. De forma muy resumida, los datos de los 143 casos atendidos en el primer año y medio quedan expuestos a continuación:

- 33 casos de asesoramiento exclusivamente
- 110 casos para intervención
  - 32 cerrados en la primera fase, de actualización
    - 8 por fallecimiento
    - 21 por normalización / cambios en su situación (apoyos formales o informales)
    - 6 ingreso involuntario en residencia
  - 46 cerrados tras intervención
    - 23 por normalización / cambios en su situación (apoyos formales o informales)
    - 23 ingreso involuntario en residencia
  - 32 continúan en activo



Los resultados son buenos, si tenemos en cuenta la población diana del programa. De los 110 casos de intervención, 32 siguen activos, por lo tanto se han cerrado 78 (8 de los cuales no pueden contabilizarse por ser fallecimientos). De los 70 restantes, 29 han precisado internamiento involuntario. Pero los demás, 44 (63%) han podido permanecer en el entorno comunitario o residencial con apoyos formales o informales de manera voluntaria, algo que puede considerarse un enorme éxito. Incluso considerando los casos “difíciles” los de intervención intensa y extensa, conseguir un 50% de normalización al cierre es más de lo esperado.

## **Monitorización**

Uno de los objetivos específicos del Programa de detección e intervención en ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social, es la creación de un sistema de monitorización de datos, cuyos objetivos pormenorizados son a su vez:

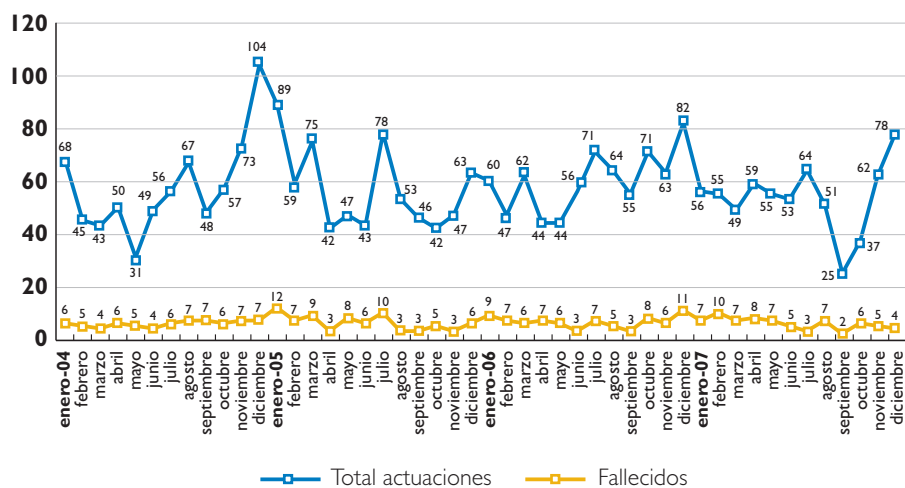
- Conocer la magnitud del problema en términos absolutos
- Conocer la distribución temporal (estacional) del fenómeno
- Conocer la distribución espacial (distrital)
- Observar tendencias
- Valorar el impacto del programa en términos de:
  - Fallecimientos en soledad
  - Atenciones por los servicios de emergencias
- Valorar cuantas medidas se implanten para paliar el aislamiento social en mayores

Este sistema de monitorización nos permite evaluar a largo plazo los resultados de este u otros programas, en términos de población, precisando las actividades individuales y otro tipo de control. Hasta el momento se han realizado diversos registros continuos. Centrándonos en el colectivo atendido por emergencias y los mayores encontrados fallecidos, se ha sistematizado la recogida de datos, de modo que mensualmente se obtiene información de las personas auxiliadas, siendo esta información facilitada por la Dirección General de Emergencias y Protección Civil. Este informe se complementa con lo obtenido de la visita sistemática al domicilio de fallecido, que nos permite filtrar los datos y conocer su perfil. En el gráfico se observan los casos ocurridos desde enero de 2004.

El gráfico nos permite apreciar las variaciones temporales a lo largo del año notándose cierta tendencia estacional, con picos invernales y estivales como la mortalidad general.

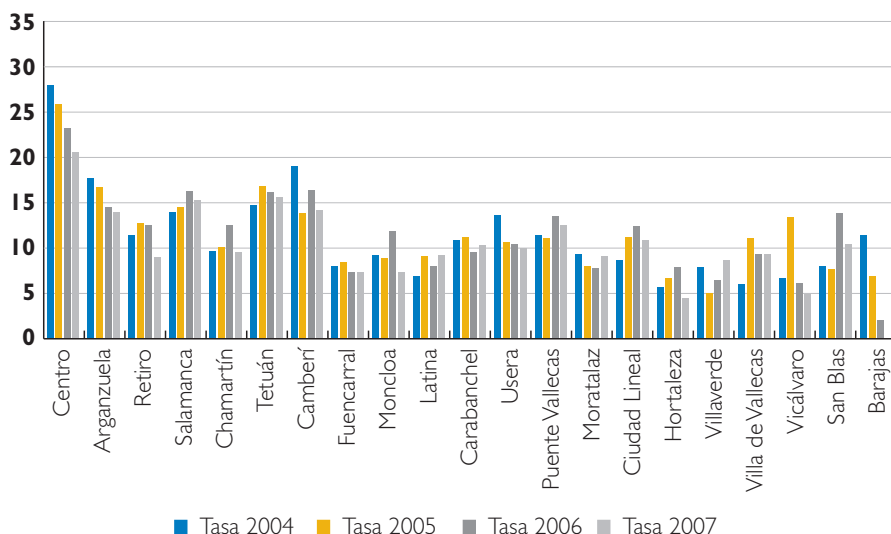


Gráfico 5. **Emergencias totales por años**



En las gráficas siguientes se observa la distribución por distritos, algo fundamental si queremos priorizar determinadas acciones. El distrito de Centro, parece ser el más afectado por el problema, algo que puede sustentarse tanto en las cifras absolutas como en las tasas de emergencias.

Gráfico 6. **Tasa de emergencias totales y por distritos (por 10.000)**

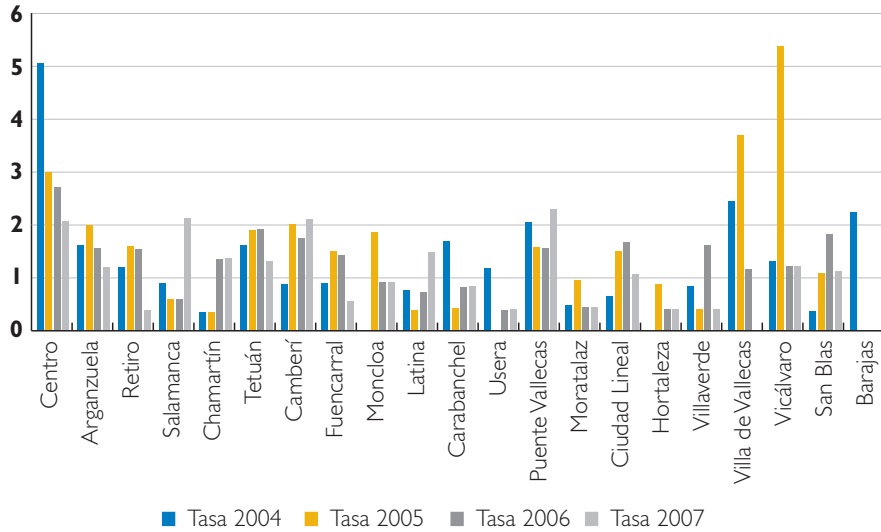


En el caso de los fallecimientos, la tasa por distritos es irregular (en Madrid ha sido de 1.2 – 1.3 – 1.3 – 1.3 por 10.000) para los años 2004, 2005, 2006 y 2007 respectivamente).



En relación con los fallecimientos, también Centro es el distrito más afectado.

Gráfico 7. **Tasa de fallecimientos (por 10.000)**



Uno de los datos más importantes es conocer hasta que punto estos fallecimientos han ocurrido en personas aisladas socialmente o han obedecido a cualquier otra circunstancia, incluida la muerte súbita. La revisión realizada sobre todo el proceso nos ha permitido diseñar un cuestionario más orientado al perfil de aislamiento y diferenciar los casos aislados de los socialmente integrados o en riesgo. Así, se han podido registrar de manera clara los casos de aislamiento social de entre los fallecidos, que constituyen un porcentaje semejante todos los años.

	Sin Aislamiento	En situación de riesgo	En aislamiento	Sin datos	Total
Año 2005	33 55 %	15 25%	12 20%	13 23%	60
Año 2006	34 44%	16 21%	13 17%	14 18%	77
Año 2007	30 43%	15 21%	16 23%	6 8%	70

En la medida en que vayamos avanzando en el proceso de recogida de información, iremos conociendo mejor el fenómeno de la muerte en aislamiento o abandono, y del aislamiento social en general.

## **Sensibilización**

Son muchos los foros en los que se ha participado, en un intento de sensibilizar a los profesionales y muchos también los cursos en los que el tema de aislamiento social ha sido incluido.

Uno de estos Foros ha sido el XVI Ciclo de conferencias y mesas redondas de la Vocalía de Psicología de la Intervención Social: Afrontar el final del ciclo vital. Madrid. Marzo 2006. Con la Ponencia "Prevenir la muerte en soledad en una gran ciudad".

También la participación en diversos congresos, con los trabajos realizados en este tiempo, puede considerarse dentro de este apartado. Es el caso de los congresos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología de 2005 en Málaga (donde la comunicación presentada fue destacada como solicitada), o en 2007 en Palma de Mallorca.

Varios trabajos se han llevado a las Jornadas Anuales de la Dirección General de Mayores (2004-2006).

Pero sin duda el foro que sirve de base a esta publicación es el de mayor calado.

A la sensibilización de la población pueden contribuir dos publicaciones recientes, un tríptico "Mayores que viven solos" y un libro "Los mayores y sus vecinos".

Este material se utilizará en el trabajo de campo señalado al hablar de la detección que, además de las visitas a los mayores que viven solos, con el fin de detectar casos desconocidos por los servicios sociales y realizar una aproximación cuantitativa, pretende concienciar a la vecindad del problema de la soledad de los mayores y la importancia del buen vecino y conocer el grado de sensibilización que tiene la sociedad sobre este problema.

## **Formación**

El tema del aislamiento social se ha incorporado de manera sistemática a toda la formación sobre la que la DGM tiene alguna responsabilidad.

- Formación solicitada al instituto municipal de formación: curso de intervención social con mayores, una edición anual.



- Formación continua de la DGM, se ha incluido el tema en 2006.
- Formación específica a trabajadores del programa, procedentes de la agencia para el empleo. Años 2005 – 2007.
- Formación a los trabajadores de nueva incorporación a la DGM. Años 2005-2007.
- También se ha incluido el aislamiento social en diversas colaboraciones extramunicipales.
- Personal de la DGM asistió al Foro Técnico El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de riesgo y deterioro de su salud. Agencia Lain Entralgo. (Mayo y Octubre 2007).

### **Investigación**

Son varios los trabajos realizados, fuente de informes diversos y de comunicaciones en foros científicos y, lo más importante de evaluación continua y mejora del programa.

Una preocupación constante ha sido el conocimiento del perfil de las personas fallecidas en domicilio y encontradas por los servicios de emergencias.

El primer estudio, presentado parcialmente en foros técnicos se realizó en base a los datos de 2004 y 2005; este último sólo hasta el mes de mayo inclusive (2004: 70 casos y 2005: 39 casos). La muestra analizada la componen pues 109 fallecimientos, siendo las características principales de los casos:

- Predominancia masculina (56%), algo totalmente inusual en este grupo de población (edad media 78 años).
- La llamada la efectúan sobre todo los vecinos o porteros, aunque un tercio son hechas por familiares.
- Estado civil predominantemente viudo (48%, frente al 31% de la población mayor en general) y con una desmesurada proporción de solteros (33% frente al 9% general).
- 87% vivían solos frente al 26%, registrado en nuestro municipio.
- 40% no tenía contactos con nadie.

Un punto de gran interés es el tiempo transcurrido entre el fallecimiento y su detección. Información que se obtiene de los datos facilitados por la Dirección General de Emer-

gencias y Protección Civil y los resultados de las autopsias a través del registro civil. Siendo este tiempo entre 0 y 1764 horas, 97 horas de media, con una gran dispersión (DT=213). El límite horario parece importante puesto que el descubrimiento rápido del cadáver induce a pensar que esa persona ha fallecido estando sola, pero no abandonada, puesto que alguien alertó de la situación.

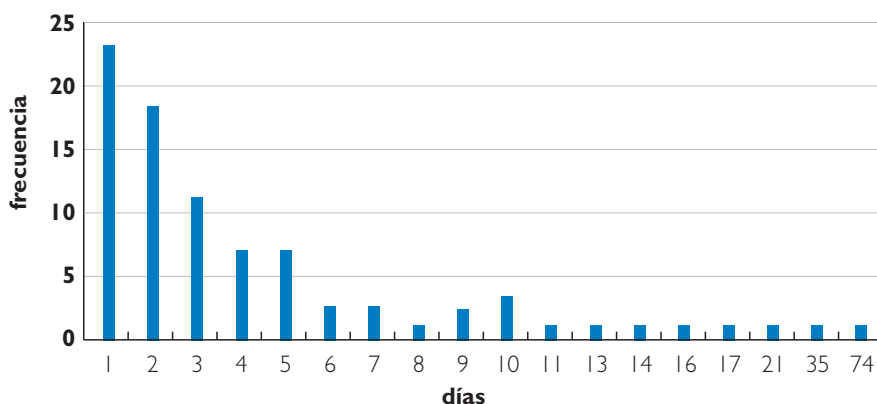
Quienes permanecen más tiempo sin ser descubiertos, con mayor probabilidad son solteros, viven solos, carecen de prestación social, no tienen familiares ni contactos, suelen estar mal atendidos, tienen una relación indiferente con el entorno y no suelen pedir ayuda.

Además de tener esta utilidad, el estudio de los casos nos puede ayudar para determinar si quienes murieron mientras estaban solos podían ser considerados como fallecidos en aislamiento social o abandono. Unas cuantas variables pueden darnos esa información, así podemos estimar que al menos unos 50 a 55 casos de los 109, alrededor de la mitad de ellos, no podían ser considerados aislados desde el punto de vista social, no fallecieron abandonados y podemos suponer que 33 casos de los 109 (30%) realmente han fallecido solos, aislados y posiblemente abandonados. Queda un grupo de difícil definición con los datos disponibles, en los que caben ambas posibilidades.

Con las fuentes de información disponible, cabía pensar que la mitad de los fallecidos estando solos, estaban integrados socialmente y solo un tercio de los fallecidos en esa circunstancia podrían considerarse en aislamiento social.

En el seguimiento de esta tipo de investigación se ha podido corroborar que la mayoría de los cadáveres son detectados en los primeros días (media: 5,27; mediana: 3 y moda: 1).

Gráfico 8. **Tiempo de descubrimiento del cadáver (en días)**



Otro estudio realizado recientemente en el año 2006, analiza 224 casos en tres años. Los resultados obtenidos nos muestran que una minoría corresponde a personas aisladas social-



mente. Sólo el 21% lo estaban en este estudio, acumulando en esta categoría los casos de autonegligencia y trastornos del comportamiento, encontrándose muchos de ellos sin nadie a quien acudir en caso de necesidad (73%).

Por el contrario, el 54% estaba integrado socialmente, a pesar de vivir solo en su mayoría (79%), manteniendo una actitud cordial o de ayuda con el entorno. En cuanto al tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta el hallazgo del cadáver, sigue siendo claramente diferente en ambos grupos (265 horas frente a 21).

Cuando se analiza al grupo de los integrados socialmente se comprueba que un 60% de los cadáveres corresponden a personas integradas en la sociedad y a las que el fallecimiento ha ocurrido de forma posiblemente inesperada y mientras se encontraban solas en casa, pero que no estaban en absoluto abandonadas.

En este trabajo se analizan 36 casos, correspondientes al primer semestre de 2006, de cadáveres hallados por los servicios de emergencias.

En 6 de los 36 casos fue imposible encontrar información suficiente, 4 podrían considerarse aislados, 7 estaban en riesgo y 19 integrados socialmente. El análisis de los casos se centra en estos últimos, que constituyen el 63% de los casos que han podido ser clasificados. Con una edad media de casi 80 años, mayoritariamente salían a la calle de manera habitual, tenían familiares y el 26% vivían acompañados. Sus viviendas eran adecuadas y mantenían un relación aceptable con el entorno. Su estado de salud era acorde a la edad y todos tenían a quien acudir en caso de necesidad.

La mayoría de los cadáveres fueron descubiertos en las primeras 24 horas, siendo la media de 16,4 y la moda de 0.

Hubo cuatro personas cuyos cadáveres fueron descubiertos muy tarde (25, 30, 48 y 96 horas), a los que prestamos especial atención por si hubiese sospecha de aislamiento, pero las circunstancias recogidas abajo indican que el fallecimiento fue inesperado.

- 1 hombre (65 años) y 3 mujeres (75, 75 y 82) 1 soltero y tres viudos.
- 2 vivían solos con hijos próximos y 2 solos con familiares próximos
- Los 4 salían de su domicilio
- Todos tenían buen aspecto y no presentaban trastornos del comportamiento. Ninguno había estado en el hospital ni se había caído recientemente, su estado de salud era bueno.
- Todos tenían a quien acudir en caso de necesidad

Por todo ello, sin restar importancia a estos acontecimientos, merece la pena reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los cadáveres corresponden a personas integradas socialmente a las que el fallecimiento, posiblemente inesperado, ha sorprendido mientras

se encontraban solas en sus casas, pero que no estaban en absoluto abandonadas y parece razonable recomendar que el hallazgo de un cadáver en un domicilio sea "etiquetado". Es preciso distinguir entre vivir solo o vivir abandonado, sentirse solo o sentirse abandonado, y por supuesto entre morir estando solo o morir abandonado.

Otro grupo de atención lo han constituido las personas atendidas por los servicios de emergencias.

La primera aproximación también corresponde al periodo 2004-5 y se analizaron 105 cuestionarios (50 de ellos telefónicos) correspondientes a 88 mujeres y 17 hombres, con una edad media de 81 años (SD 7,8). Vivían solos muchos de ellos (65% frente a la tasa en Madrid 26%) y quienes compartían su vivienda lo hacían con una empleada de hogar con frecuencia. El estado civil era predominantemente la viudedad y la soltería, al igual que ocurría en el grupo de fallecidos. Las relaciones con familiares y amigos son variables.

Si se combinan todas las posibilidades señaladas, se encuentran 5 personas claramente aisladas socialmente puesto que no tienen una relación suficiente ni con familia, ni con vecinos ni con amigos.

El Barber denota riesgo sociosanitario (solo 3 personas tienen un Barber de = 0), con una afectación multifactorial (Barber medio = 3). Además de la soledad ya mencionada, llaman la atención los problemas de salud y la necesidad de ayuda. Del mismo modo, la tasa de hospitalización es altísima, aunque la mitad de los que dijeron haber estado ingresados lo estuvieron por la emergencia. Si excluimos esos casos el 29% ha sufrido ingreso (la ENS de 2003 marca un 17%). La gran mayoría hubieron de ser atendidos por caídas o por enfermedad (77%).

Con todos los datos precedentes, ya pudimos comprobar entonces que se trata de una población de riesgo sociosanitario múltiple, con problemas de salud y de dependencia funcional. En mucha menor medida puede considerarse como una población aislada socialmente.

Otro grupo muy interesante es el constituido por las personas auxiliadas por los servicios de emergencias que rehúsan ser entrevistadas y todo ofrecimiento de ayuda. En los 12 casos analizados en esos momentos, hay tendencia relativa a la masculinización (33% hombres) y su edad media es semejante a la del resto (82 años). Por los datos obtenidos en el contacto (vivienda sucia, escasas o nulas relaciones con el exterior; confinamiento en casa, "rarezas", problemas con el alcohol...), puede afirmarse que aunque la mayoría están en aislamiento social (7/12=58%), hay 3 (25%) personas que parecen encontrarse bien y en las que su rechazo a la ayuda pudiera ser una decisión personal. Otros 2 casos (17%) no pueden clasificarse realmente de ese modo, aunque la primera impresión así lo sugiera. De los 10, 2 tenían problemas con el alcohol (20%), tasa mayor que la general y que la observada entre los fallecidos. Por tanto, estaríamos hablando realmente de 10 personas



(7,7% de quienes no admiten ser encuestados y conocemos la causa, un 6,8% de todos los que rechazan y un 4% de todas las emergencias).

Muchos de ellos (60%) eran conocidos por los trabajadores sociales del distrito en el momento del contacto quienes ya estaban intentando el acercamiento, los desconocidos fueron derivados por nosotros tras el intento.

Se trata por tanto de una población realmente aislada o en riesgo, conocida en ocasiones por los trabajadores del distrito y en la que parece extremadamente difícil intervenir con los medios convencionales. Tras estos hallazgos, quienes rehúsan la entrevista son considerados en alto riesgo o aislados.

Las aproximaciones sucesivas al perfil de estas personas que precisan el auxilio de los servicios de emergencias en su domicilio lo que nos ha permitido es depurar cada vez más el cuestionario de detección de aislamiento, tomando siempre como patrón oro el criterio profesional.

Si detallamos lo ocurrido en este año 2006, buscando conocer hasta que punto, las personas atendidas por los servicios de emergencias se encuentran en una situación de aislamiento social, del total de 642 personas auxiliadas, 5 cumplen criterios de aislamiento y 8 son de muy alto riesgo por rechazo o desconfianza.

Los resultados muestran que los motivos por lo que se precisa la intervención son mayoritariamente caídas (50%), y la gran mayoría vive solo (75%). Muchos se sienten solos (60%), pero prácticamente todos tienen a quien acudir en caso de necesitar ayuda (95%).

El grupo más numeroso, 300 casos (54%) son clasificados sin riesgo por diversas razones (cuestionario negativo 270, autonomía suficiente 7 o apoyo familiar o social 23). En él, las personas atendidas, fueron objeto de la actuación por razones diversas, algunas de difícil explicación e incluso consecuencia del azar. Muchas de ellas podrían haberse evitado con medidas simples.

En riesgo hay también un gran número de personas. Unos son descubiertos al realizar el cuestionario (88), encontrando diferencias significativas con los anteriores en diversas esferas:

- Gijón
- Condiciones de la vivienda
- Barber
- Salud
- Sentimiento de soledad
- Pérdidas
- Dependencia



Pero, además de los casos clasificados en riesgo tras la realización de la entrevista completa (el 44% de los casos), se incluyen aquí las personas contactadas en las que se supone riesgo por haber precisado hospitalización (31) o que fallecieron después de la actuación de emergencias (34). Posiblemente quienes ingresaron en residencia (49) o cambiaron de domicilio buscando la compañía de un familiar también lo estaban (23), otros motivos también son posibles (7). Es difícil saber si alguno de ellos estaba en aislamiento pero lo que parece casi seguro es que estaban en riesgo por una necesidad no totalmente cubierta, necesidad sociosanitaria o soledad, para la que posiblemente la mejor prevención pase por una adecuada red asistencial, incluida la necesaria coordinación sociosanitaria.

En un 2% quedan incluidos los aislados (4) y los de alta sospecha (8), candidatos al servicio domiciliario puesto en marcha desde la DGM. Podemos concluir que a pesar de lo aparatoso de la intervención de que han sido objeto, esta población no puede considerarse en aislamiento social, algo que debería llevarnos a proponer medidas preventivas que evitasen llegar a ese extremo. Posiblemente sea precisa la adecuación y el crecimiento de los recursos sociales y sanitarios, sin olvidar que estas personas deberían beneficiarse de la actuación conjunta de ambos, obligándonos a reforzar el Protocolo de Coordinación Socio-sanitaria firmado con el Servicio Madrileño de Salud.

No obstante, sigue habiendo lagunas en el conocimiento de este colectivo, y delimitar las barreras no sierre es fácil si se carece de datos suficientes. De todos modos queda claro que deben explorarse otros colectivos en la búsqueda del aislamiento.

En cuanto a la aproximación numérica al aislamiento social, necesaria a la hora de implementar los recursos específicos, ha requerido una investigación específica. Una consulta a los registros de los Servicios Sociales (AS400), nos facilitó el dato de 315 personas (269 mujeres y 46 hombres), que tenían en la historia social registrado este problema, con una tasa de 0,35 por mil y de distribución muy irregular entre los distritos, algo que parece indicar que los criterios no son muy uniformes y no siempre obedecen al criterio establecido.

Otra fuente de información ha sido un cuestionario estructurado enviado a los distritos. Se recibieron 89 cuestionarios de 8 distritos, encontrándose un total de 34 casos de aislamiento. Si extrapolamos los datos de estos distritos a la globalidad de 21 distritos, obtendríamos un total estimado de 85 casos.

Finalmente, la derivación al equipo de apoyo psicológico, también nos orienta numéricamente ya que es de suponer que se deriva lo que se conoce. En este caso podemos estimar en unos 100 los casos conocidos de personas aisladas en Madrid. Evidentemente, como en otros fenómenos sociales, cabe esperar la existencia de casos desconocidos, motivo por el que la sensibilización y la formación tienen tanta importancia.



## 2.3 ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL MAYOR AISLADO

**Manuel Muñoz López**

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Dpto. de Psicología Clínica.

### EXCLUSIÓN, SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

En primer lugar, antes de avanzar en el estudio de los determinantes y los efectos de las situaciones de aislamiento y soledad, conviene llevar a cabo un comentario terminológico que ayude a entender mejor las complejas relaciones y a clarificar los posibles malentendidos semánticos unidos a los términos de exclusión social, aislamiento y soledad.

En primer lugar, exclusión social es un término claramente relacionado con los procesos estructurales, macroeconómicos y sociológicos que se comenzó a emplear por Jacques Delors (Presidente de la Comisión Europea 1985-1995) unido al concepto de exclusión del mercado laboral en el marco de la Unión Europea. Desde entonces su definición ha ido incorporando dominios de exclusión y en la actualidad se puede entender por exclusión social: *la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales y culturales) son tan inadecuados que no les permite disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerado aceptable por la sociedad en la que viven* (Comisión Europea en el Informe conjunto sobre la Integración Social, Bruselas, 12/12/2001).

Un segundo grupo de términos hace referencia al concepto de soledad, término que proviene de la tradición psicológica y, por tanto, aglutina su significado en torno a los factores psicológicos. Soledad se ha definido como: *el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento* (Peplau y Perlman, 1982).

Esta conclusión conduce directamente a la necesidad de considerar el tercer término en cuestión: aislamiento. Término más próximo a los niveles microsociales, familiares, de grupo, amigos y, en definitiva, factores relacionales y psicosociales. El aislamiento ha sido definido de forma muy variada en la literatura científica confundiendo frecuentemente con soledad y exclusión. En general, se habla de aislamiento social como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. El aislamiento social implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe como inadecuada. Hall y Havens (1999) definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interac-

ciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. El paralelismo entre soledad objetiva-soledad social-aislamiento social y soledad subjetiva-soledad emocional-aislamiento emocional resulta obvio y para muchos autores configura el significado de ambos términos. En esta misma línea, muy recientemente Cattán, White, Bond *et al.* (2005) definen la soledad o aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social.

## INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES EN AISLAMIENTO SOCIAL

Se encuentran algunos trabajos europeos organizados en torno a proyectos de investigación-acción llevados a cabo en los últimos años y en los que han participado ciudades y grupos de trabajo de nuestro país. De hecho, los dos mejores ejemplos provienen de ambos proyectos europeos en los que distintas ciudades españolas se han visto implicadas: Barcelona (Proyecto Buen Vecino) y Madrid (Proyecto Vivir en Salud y Dignidad en la Calle).

### PROYECTO EUROPEO BUEN VECINO

El proyecto estuvo liderado por el Ayuntamiento de Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2002) y colaboraron en él los ayuntamientos de Róterdam, Milán, Lyon y la Birmingham Agewell Initiative. En España, también participó la Red Europea Social (REDS) organización no gubernamental de apoyo a las personas mayores.

El modelo de intervención de la "Buena Vecindad" se basa en potenciar las actitudes solidarias y de cooperación e intercambio en el marco de las redes vecinales que ya existen, y que son una realidad en algunas ciudades como es el caso de Barcelona. Una vez detectada la red de apoyo vecinal, el estudio concluyó que se conseguía fortalecer dicha red a través de la campaña de sensibilización del proyecto Buena vecindad. Asimismo, se extrajo un perfil del buen vecino, siendo estos mayoritariamente mujeres de entre 50 y 65 años, que por norma general viven solas, siendo la mayoría viudas, solteras o separadas. Se comprobó que un 30% formaban parte de alguna asociación o entidad. Asimismo, también se constató que la mayor parte de estos buenos vecinos realizaban las tareas identificadas en el modelo además de otras acciones de apoyo innovadoras, como vigilar que la puerta del mayor quedara bien cerrada por la noche, instalación de timbres internos entre dos pisos del mismo edificio para poder alertar al vecino de cualquier situación de emergencia, etc.



## PROGRAMA EUROPEO SALUD Y DIGNIDAD EN LA CALLE (TO LIVE IN HEALTH AND DIGNITY IN THE STREETS)

Una fuente de influencia más general proviene de la experiencia adquirida por parte del equipo investigador en su coordinación científica del proyecto europeo Vivir con Salud y Dignidad en la Calle que se realizó durante los años 2000 y 2001 (Craig, Leonori, Muñoz y Brandt, 2001; Leonori, Muñoz, Vázquez, et al., 2000) y que tenía como objetivo el análisis del funcionamiento de 60 programas de intervención con personas víctimas de exclusión social extrema considerados como “buenas prácticas” por grupos de expertos en 10 ciudades europeas, (Madrid, Roma, Atenas, Berlín, París, Londres, Copenhague, Lisboa, Helsinki y Bruselas). Sus principales resultados vinieron a poner de manifiesto dos grupos de conclusiones muy relevantes para el trabajo con personas que sufren procesos de exclusión social de gran intensidad.

## SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO A ANCIANOS FRÁGILES CON AISLAMIENTO SOCIAL EN MADRID (SAP)

Se presenta el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social (SAP) desarrollado para la asistencia a las personas mayores de nuestro municipio que pudieran mantener un perfil de vulnerabilidad y/o aislamiento.

De esta forma, dentro del Convenio de Colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y con el objetivo de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono, surge el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid (SAP). Dicho Servicio está integrado por 2 psicólogas a tiempo completo que reciben el apoyo de las trabajadoras sociales dependientes de la Dirección General de Mayores. La coordinación del mismo se realiza desde la Universidad Complutense de Madrid, mientras que la responsabilidad del Servicio recae en la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

### Objetivos y líneas directrices del Servicio

El objetivo general del SAP es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento o exclusión social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso e incluso facilitando el internamiento involuntario y considerando incluso la incapacitación legal en último extremo.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Realizar una labor de enganche (búsqueda activa) de las personas en aislamiento social, con el fin de que enganchen o se re-enganchen con la red socio-sanitaria.
2. Realizar una evaluación lo más exhaustiva posible, según los casos, que incluya datos de valoración de la salud, funcionamiento psicosocial, nivel de discapacidad y necesidades no cubiertas.
3. Realizar una labor de intervención, siempre en coordinación con los Servicios Sociales de los distritos, con el objetivo de la normalización de la situación de la persona o, en último extremo, el apoyo al proceso de ingreso no voluntario e incapacitación legal.
4. Fortalecer la red social de la persona mayor en aislamiento, para que apoye el proceso de contacto/enganche, evaluación e intervención.
5. Desestigmatizar a la persona en aislamiento, tanto en su vecindario como en su contexto familiar.

Las líneas directrices del SAP a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid se refieren a aspectos de la calidad, la búsqueda activa, el seguimiento del caso, la atención individual y la continuidad en la atención.

### **Criterios de inclusión de la población objeto de atención**

La población objetivo del Servicio debe cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Mayor de 65 años
- Vivir solo/a o con características de aislamiento especiales
- Necesitar ayudas debido a:
  - Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad y salud en general).
  - Problemas de salud mental (depresión, deterioro cognitivo, trastorno mental crónico de larga duración).
- Disponer de una escasa red de apoyo social. (v.g. no tener a nadie a quien acudir para pedir ayuda).
- Rechazar todas las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades desde los Servicios Sociales de distrito.



- Esta situación puede suponer un riesgo para sí mismo y/o para los demás.
- Desde los Servicios Sociales se han agotado todas las vías de intervención.

Para la captación de esta población se ha contado con la participación de los Centros de Servicios Sociales de 18 distritos de la ciudad de Madrid así como con los servicios de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

### Diseño de la intervención

A continuación, se describe el procedimiento de intervención desde que se produce la derivación al SAP, hasta que se finaliza el seguimiento.

#### 1. Derivación

El SAP se ha presentado en un total de 18 distritos: Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán, Chamberí, Carabanchel, Usera, Puente Vallecas (en los cuatro centros: Pablo Neruda, Ramón Pérez de Ayala, San Diego y Entrevías), Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Villaverde, Villa Vallecas, Vicálvaro, San Blas y Barajas.

La presentación siempre se lleva a cabo con uno o dos representantes del área y las dos psicólogas del SAP. Asimismo, por parte del distrito, acuden a esta reunión de presentación, el director del centro, el responsable de mayores del distrito y los trabajadores sociales que el distrito considere oportuno.

El SAP se presenta en los distritos como parte del Programa de detección y seguimiento de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social, en concreto para aquellos ancianos frágiles en situación de aislamiento social que rechazan las ayudas ofrecidas.

En la reunión de presentación, se informa a los distritos sobre los puntos y características que conforman el perfil del anciano aislado, susceptible de intervención por parte del SAP, así como del procedimiento de derivación y de intervención por parte de este servicio.

La derivación de personas en aislamiento social al SAP desde los distritos de Madrid se realiza como se describe a continuación.

- Existe una ficha de derivación al SAP que debe ser cumplimentada por el trabajador social del distrito.
- La derivación siempre se hará, mediante esta ficha de derivación u otro informe social completo sobre el caso, a la Dirección General de Mayores.

- Debe existir una figura de coordinador del programa dentro del distrito.
- Las personas derivadas deben estar en Zona, no en Primera Atención, debiendo tener, por tanto, un trabajador social de zona responsable del caso.
- Se fijan los lunes como día para revisar los nuevos casos derivados en la Dirección General de Mayores por todo el equipo. En estas reuniones se decidirá qué casos de los derivados responden al perfil de aislamiento y cuáles no. En todos los casos, se dará respuesta a los distritos, informándoles de qué casos de los derivados han sido considerados casos de aislamiento y qué casos no lo han sido y por qué.
- Una vez que se ha determinado que el caso responde al perfil de aislamiento, el SAP se pone en contacto con el trabajador social de zona responsable del caso, proponiéndole una fecha para revisar el expediente y realizar la primera visita conjunta.
- La primera visita siempre será conjunta, es decir, la realizará el SAP acompañado del trabajador social de zona correspondiente. De esta manera, el propio trabajador social puede funcionar como figura de enlace bien entre el usuario y las psicólogas o bien, entre los agentes de la comunidad y las psicólogas.
- Se mantiene una coordinación fluida con el trabajador social de zona.
- De forma periódica se comunica al responsable de mayores de cada distrito el seguimiento de los casos.

## 2. Intervención

El procedimiento de intervención tiene lugar siguiendo la estrategia psicológica de búsqueda activa y parte de cuatro principios básicos para establecer relaciones adecuadas: realismo; perspectiva a largo plazo; empatía y actitud positiva hacia la persona; flexibilidad e intervención basada en la persona.

La intervención se compone de los siguientes pasos:

- Primera fase: Actualización del caso
- Segunda fase:
  - Protocolo de contacto y enganche
  - Protocolo de evaluación
  - Protocolo de intervención
- Tercera fase: Seguimiento



### **Primera Fase:**

Una vez que por cualquiera de los canales previstos se identifica un potencial nuevo caso se inician las tareas de integración de la información disponible en los Servicios Sociales sobre esa persona. De esta forma, esta primera fase consiste en la actualización por parte del trabajador social del distrito de los casos derivados considerados como de aislamiento.

El SAP transmite al trabajador social una serie de indicaciones con la información que se necesita actualizar:

- Necesidades socio-sanitarias actuales.
- Relaciones sociales.
- Cerciorarse de que la persona mayor continúa viviendo en el mismo domicilio, etc.

En definitiva, se trata de asegurarse de que la situación del mayor es de aislamiento social en el momento en que el SAP comience su intervención.

En esta fase pueden darse dos supuestos:

- El caso sigue considerándose en situación de aislamiento social y pasaría a la segunda fase.
- Se verifica que el caso no es de aislamiento. En estos casos:
  - Respecto a la evaluación, se envía un informe de necesidades al trabajador social de zona.
  - Respecto a la intervención, se suspende la intervención, no sin antes asegurarse por parte del SAP de que la persona tiene apoyos o recursos de referencia que la atiendan en su situación de fragilidad.

### **Segunda Fase**

Una vez que se verifica que el caso cumple todos los criterios de admisión del SAP, es decir es un verdadero caso de persona mayor aislada, se ponen en marcha los protocolos de enganche, evaluación e intervención que, aunque diseñados para su aplicación secuencial, de hecho en muchas ocasiones funcionan en paralelo.

Protocolo de contacto y enganche:

- Una vez que el caso ha sido derivado, se ha considerado que cumple el perfil de aislamiento y ha sido actualizado, se fija una cita con el trabajador social de zona para revisión de expediente y primera visita conjunta.



- Una vez realizada la primera visita conjunta, el SAP comienza con su labor; iniciando el contacto con aproximaciones sucesivas con vistas a conseguir una relación de enganche.
- La frecuencia de las visitas dependerá de la respuesta del mayor a la presencia del equipo.
- Los contactos con cada usuario y su entorno adoptarán algunas de estas modalidades: Telefónico usuario; Telefónico vecinos / portero / amigo /comerciante; Visita usuario calle, etc.

Protocolo de evaluación:

Una vez que se ha conseguido un nivel de enganche inicial, se comienzan en paralelo las labores de evaluación psicosocial del nuevo caso. Este proceso de evaluación se realiza en la mayoría de los casos en el hogar o en el entorno comunitario de la persona. El proceso conlleva el empleo de técnicas estandarizadas e individualizadas, así como de estrategias cuantitativas y cualitativas de acuerdo al siguiente protocolo.

- Para esta evaluación, se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:
  - Observación directa y entrevista del SAP.
  - Agentes facilitadores informales: familiares, porteros, comerciantes de la zona, vecinos, etc.
  - Agentes facilitadores formales: trabajador social de zona de los Servicios Sociales del distrito, personal del centro de salud primaria o especialidades, personal de los centros de mayores o centros de día, etc.

Por otro lado, en esta segunda fase se evalúa psicológicamente el estado de la persona en cuanto a las siguientes variables:

- Salud y Funcionamiento psicosocial, a través del empleo de las HoNOS65+ Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns, Beevor; Lelliott et al., 1999. Adaptación de Ausín, Muñoz y Quiroga, 2007)
- Necesidades socio-sanitarias, empleando el CANE Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (Reynolds, Thornicroft, Abas et al., 2000)
- Funcionamiento global, utilizando el EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)
- Discapacidad, a través del WHO-DAS Escala de Discapacidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000)



- Otras variables en función de las características específicas de la persona: depresión, sintomatología psiquiátrica, deterioro cognitivo, etc. a través del BPRS Escala Breve de Valoración de Síntomas Psiquiátricos (Overall y Gorham, 1962); Mini examen del estado mental (Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

De forma paralela, se evalúan los siguientes aspectos mediante juicio clínico derivado de la propia evaluación:

- Grado de deterioro cognitivo;
- Presencia de abuso de alcohol;
- Presencia de trastorno del estado de ánimo;
- Presencia de trastorno psicótico;
- Presencia de trastorno de ansiedad;
- Presencia de trastorno de personalidad;
- Presencia de trastorno mental (se refiere a si la persona ha puntuado positivo en alguno de los aspectos anteriores, excepto en deterioro cognitivo).

Protocolo de intervención:

Tras esta evaluación psicológica, el SAP diseña el plan individual de actuación (PIA) en coordinación con el trabajador social de zona del distrito. El diseño del plan individual de atención se basa en las necesidades detectadas en la persona, así como en la posibilidad de recibir diferentes ayudas y recursos. La intervención se diseña de forma individualizada para cada persona y situación y debe incluir todas las acciones y estrategias de intervención previstas situadas en un marco temporal acorde con las necesidades detectadas durante el proceso de evaluación. Resulta imposible detallar de forma breve todas las acciones y estrategias de intervención empleadas, de hecho el equipo utiliza todas aquellas estrategias y técnicas de intervención psicológica que puedan resultar útiles en cada ocasión, no encontrando hasta el momento elementos claros de diferenciación entre ellas. Debe recordarse en este momento que el objetivo del SAP no es el de tratar los problemas sociales o de salud mental, sino el de normalizar la atención, es decir, el SAP pone en contacto a la persona mayor con los servicios sociales de su zona, con el centro de salud mental de su área o con los servicios sanitarios de atención primaria o especializada que la persona pudiera requerir para que puedan recibir la atención precisa en cada ocasión. En estos casos la labor del SAP se centra en la detección de los problemas y el acompañamiento social y psicológico para el inicio y continuidad de los tratamientos e intervenciones necesarios en cada caso.

En general, el proceso de evaluación lleva a distinguir entre tres grupos de necesidades que pueden configurarse como grupos de intervención diferente, estos son:

1. Grupo de **normalización**. Incluye aquellos casos que son susceptibles de normalización. En estos casos se inicia la intervención con el objetivo de detener la situación de aislamiento de la persona mediante la aceptación de recursos formales (los propios de la red sociosanitaria) e informales (apoyo de familiares, vecinos...). Son casos en los que los posibles trastornos o problemas pueden ser abordados desde el propio SAP o con la ayuda de los servicios sociales y sanitarios (por ejemplo, salud mental).
2. Grupo de **contención** o mantenimiento. Incluye aquellos casos en los que ni la normalización ni la custodia son las vías de intervención adecuadas. En estos casos, se realiza una labor de contención y mantenimiento mediante contactos frecuentes con el propio usuario y su red de apoyo formal e informal con el objetivo de detectar lo más rápidamente posible cualquier cambio en su situación que favorezca una intervención, bien hacia la normalización, bien hacia la custodia.
3. Grupo de **custodia**. Incluye aquellos casos cuyo nivel de deterioro es irrecuperable. En estos casos, el SAP elabora un informe de valoración psicológica que se adjuntará junto con el resto de documentación necesaria, a través de los Servicios Sociales, a Fiscalía o a los Juzgados. Con este informe técnico se pretende apoyar el inicio y/o agilización de los trámites para la incapacitación de la persona mayor y de esta manera proceder; si así se estima, al ingreso involuntario de la persona mayor en un centro residencial como medida de protección del mayor ante una situación clara de desprotección y de riesgo.

### **Tercera Fase**

Para finalizar, el SAP realiza un **seguimiento** de todos aquellos casos cerrados durante la segunda fase. El seguimiento consiste en la recuperación de información relativa a las personas atendidas desde los servicios implicados (salud mental, servicios sociales, etc.).

### **Funcionamiento y resultados del Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid (SAP)**

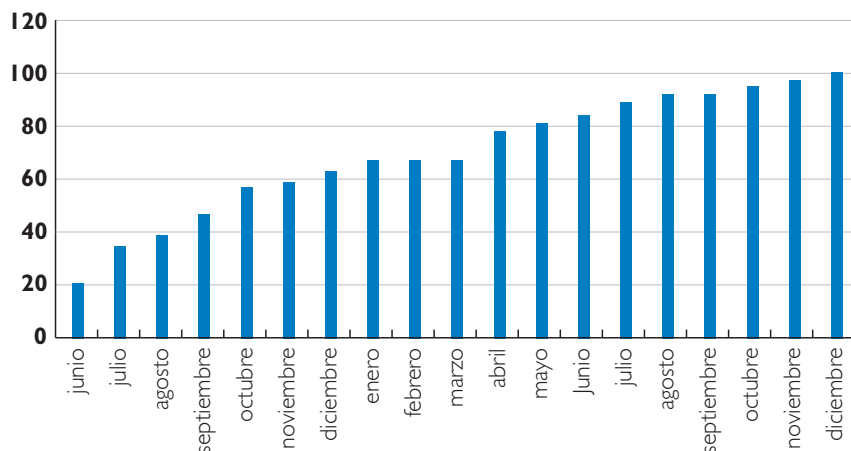
Una vez diseñado el SAP, éste se puso en funcionamiento en junio de 2006 y desde su puesta en marcha se establecieron procedimientos de evaluación que permitieran avanzar en la descripción de la población atendida y en el propio proceso de funcionamiento. A continuación, se resumen los principales resultados obtenidos.

#### **Personas atendidas**

Al servicio han llegado a lo largo de 19 meses un total de 143 personas, de las cuales se han descartado 43 por no cumplir los criterios de inclusión. De este modo, la población final está constituida por 100 personas mayores en aislamiento social en Madrid.



Gráfica 1. **Distribución temporal acumulativa de las personas atendidas por el SAP**



La distribución de las personas atendidas hasta el 31 de diciembre de 2007 ha sido la siguiente:

- Casos totales derivados al SAP = 143
- Casos evaluados como de No Aislamiento = 43
- Casos finales atendidos por el SAP = 100, de los cuales:
  - 32 casos Actualizados en la Primera Fase de la Intervención.
  - 36 casos cerrados tras la intervención.
  - 27 casos en tratamiento a 31 de diciembre de 2007.
  - 5 casos pendientes de iniciar la intervención a 31 de diciembre de 2007.

Todos los casos han sido derivados desde los Servicios Sociales de los diferentes distritos participantes.

### **Procedencia**

La mayor parte de las personas aisladas llegan a Servicios Sociales por información de los vecinos (25%). Los vecinos suelen acudir a los Servicios Sociales porque están preocupados por la situación de un vecino aislado. Es decir, estas denuncias son de alarma, con el objeto de proteger a la persona mayor; más que una denuncia recriminatoria hacia la persona mayor:

El 14% de los casos de aislamiento se detectan por denuncia de un familiar: Este porcentaje es menor al denunciado por los vecinos, dado que la población en aislamiento social carece de vínculos familiares y un alto porcentaje no cuenta con hijos que les protejan.

En la tabla 1 se observa la procedencia de los usuarios del Servicio de Apoyo Psicológico.

Tabla 1. **Procedencia de los usuarios del Servicio de Apoyo Psicológico (número y porcentajes)**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Programa Detección DGM	3	3%
Aviso de un familiar/amigo	14	14%
Aviso de vecinos	25	25%
Aviso de policía	7	7%
Salud (Hospital, Centro de Salud, etc.)	14	14%
Propio usuario	6	6%
Samur Social	14	14%
Salud Ambiental	4	4%
Por auxiliares del SAD (que lo denuncian)	2	2%
Recursos sociales (Centro mayores, Junta Municipal, etc.)	5	5%
Parroquia	5	5%
Otros	1	1%

### Casos atendidos

En la tabla 2 se recogen los casos que han sido derivados al Servicio de Apoyo Psicológico (143), de los cuales se han descartado 43 por no cumplir el perfil de aislamiento.

Tabla 2. **Casos de aislamiento atendidos por distrito**

Centro de SS.SS	Nº casos derivados	Nº casos descartados	Nª casos aislamiento (filtrados por el Servicio de Apoyo Psicológico)
Centro	12	2	10
Arganzuela	1	0	1
Retiro	2	0	2
Salamanca	12	2	10
Chamartín	9	3	6
Tetuán	16	4	12
Chamberí	5	1	4



Centro de S.S.SS	Nº casos derivados	Nº casos descartados	Nº casos aislamiento (filtrados por el Servicio de Apoyo Psicológico)
Carabanchel	19	8	11
Usera	5	3	2
Puente Vallecas	28	5	23
Moratalaz	1	1	0
Ciudad Lineal	13	1	12
Hortaleza	3	1	2
Villaverde	5	2	3
Villa Vallecas	2	0	2
Vicálvaro	0	0	0
San Blas	9	0	9
Barajas	1	0	1
Total	143	33	110

### Distribución por perfiles

Teniendo en cuenta los tres perfiles de intervención, y tomando como muestra los casos de personas mayores en aislamiento social cerrados por el Servicio de Apoyo Psicológico (N=36), cabe destacar lo siguiente (tabla 3):

- Perfil 1 o de Normalización: el 16,7% de los casos en los que se ha intervenido pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 3 meses, con una media de contactos de 11,83.
- Perfil 2 o de Contención: el 25% de los casos en los que se ha intervenido pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 6,90 meses, con una media de contactos de 36,22.
- Perfil 3 o de Custodia: el 58,3% de los casos en los que se ha intervenido pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 3,76 meses, con una media de contactos de 13,24. A lo largo de estos 19 meses de trabajo, las psicólogas han redactado 21 informes de valoración de la salud, funcionamiento psicológico y social para Fiscalía de Mayores.

Tabla 3. **Casos en aislamiento cerrados por el Servicio de Apoyo Psicológico: Grupos de intervención (porcentajes, tiempo de intervención y número de contactos)**

Grupo de Intervención (n = 36)	Casos	Tiempo de intervención (en meses)	Número de contactos
Normalización	6	Media: 3	Media: 11,83
		Moda: 3	Moda: 11
	16,7%	Desviación típica: 1,27 Rango: 1-5	Desviación típica: 6,55 Rango: 4-24
Contención	9	Media: 6,90	Media: 36,22
		Moda: 7	Moda: 8
	25%	Desviación típica: 4,08 Rango: 1-14	Desviación típica: 28,9 Rango: 8-74
Custodia	21	Media: 3,76	Media: 13,24
		Moda: 1	Moda: 1
	58,3%	Desviación típica: 3,08 Rango: 1-10	Desviación típica: 12,14 Rango: 1,40

Teniendo en cuenta los tres perfiles de intervención, y tomando como muestra los casos de personas mayores en aislamiento social activos a 31 de diciembre de 2007 en el Servicio de Apoyo Psicológico (N=27), cabe destacar lo siguiente (tabla 4):

- Perfil 1 o de Normalización: el 18,2% de los casos en los que se está interviniendo pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 14,50 meses, con una media de contactos de 52,25.
- Perfil 2 o de Contención: el 27,3% de los casos en los que se está interviniendo pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 9,33 meses, con una media de contactos de 22,67.
- Perfil 3 o de Custodia: el 54,5% de los casos en los que se está interviniendo pertenece a este grupo. El tiempo de intervención medio con este grupo es de 4,17 meses, con una media de contactos de 15,50. A lo largo de estos 19 meses de trabajo, las psicólogas han redactado 21 informes de valoración de la salud, funcionamiento psicológico y social para Fiscalía de Mayores.



Tabla 4. **Casos en aislamiento activos a 31 de diciembre de 2007: Grupos de intervención (porcentajes, tiempo de intervención y número de contactos)**

Grupo de Intervención (n = 27) (*)	Casos	Tiempo de intervención (en meses)	Número de contactos
Normalización	4	Media: 14,50	Media: 52,25
		Moda: 17	Moda: 54
	18,2%	Desviación típica: 5	Desviación típica: 31,5
		Rango: 7-17	Rango: 12-89
Contención	6	Media: 9,33	Media: 22,67
		Moda: 9	Moda: 6
	27,3%	Desviación típica: 4,6	Desviación típica: 12,1
		Rango: 1-14	Rango: 6-38
Custodia	12	Media: 4,17	Media: 15,50
		Moda: 2	Moda: 18
	54,5%	Desviación típica: 2,66	Desviación típica: 6,17
		Rango: 1-8	Rango: 4-23

\* 5 personas no tienen asignación de grupo (se está evaluando el grupo de intervención)

### Casos cerrados y motivos de cierre

Del total de 100 personas mayores atendidas, 32 expedientes se han cerrado en la fase de actualización (la razón principal es por ingreso en residencia de la persona mayor). Han sido 36 los expedientes cerrados por este Servicio tras la fase de intervención, es decir, 68 personas han dejado de estar en situación de aislamiento social. En este sentido, los motivos de cierre han sido diversos. Uno de los motivos de cierre más positivos del Servicio de Apoyo Psicológico es el cierre por aceptación de recursos por parte del mayor (la persona accede a través del enganche de las psicólogas a los servicios socio-sanitarios). En otros casos, la situación de no aislamiento se ha conseguido cuando las dos psicólogas han fortalecido la red de apoyo de la persona mayor (familiares, vecinos, etc.).

El motivo del cierre de los casos de aislamiento se recoge en las tablas 5 y 6, tanto durante la primera fase de actualización como tras la segunda fase de intervención del Servicio de Apoyo Psicológico.



Tabla 5. **Motivos de cierre en la fase de actualización**

Casos cerrados en la 1ª Fase: ACTUALIZACIÓN	
Fallecimiento	5
Ingreso residencia	13
Traslado a otra Comunidad Autónoma	1
Implicación familiares	4
Cuidador / auxiliar privado	1
Acepta recursos	2
Ingreso no voluntario a corto plazo (sin informe del SAP)	6
Total	32

Tabla 6. **Motivos de cierre en la fase de intervención**

Casos cerrados en 2ª Fase: INTERVENCIÓN.	
Acepta recursos	5
Traslado a otra Comunidad Autónoma	3
Ingreso no voluntario a corto plazo (sin informe del SAP)	4
Fortalecimiento de la red de apoyo por intervención del SAP	3
Apoyo a ingreso no voluntario en residencia (informe)	19
Normalización previa + Apoyo a ingreso no voluntario en residencia (informe)	2
Total	6

## Descripción de las personas atendidas

### **Datos socio-demográficos: Sexo, edad, estado civil, hijos, convivencia:**

En la tabla 7 se recoge la distribución de las personas mayores en aislamiento social por sexos, en cuanto a las distintas variables sociodemográficas estudiadas.

De las 100 personas en aislamiento, 69 son mujeres (69%) y 31 hombres (31%).

En cuanto a la variable edad, la persona más joven tiene 67 años, y la mayor 97, siendo la edad media de 79,73 años, moda de 80 y desviación típica de 7,30.

Se observa en la tabla 7, que la edad media de los hombres y las mujeres no es muy diferente, siendo las mujeres de la población estudiada algo más mayores que los hombres (edad media de las mujeres de 80,28; y de los hombres 78,39).

En cuanto al estado civil, el 13,4% de las personas están casadas, 47,4% solteras, 35,1% son viudas. El menor porcentaje lo ocupan las personas separadas / divorciadas, con un 4,1%.



Tabla 7. **Descripción sociodemográfica del total de la población y su distribución por sexos**

Variable	Total	Hombre	Mujer
Sexo (n = 100)	100%	31%	69%
Edad media (n = 99)	79,73%	78,39%	80,28%
Estado civil (n = 97)			
Casado/a	13,4%	20%	10,4%
Soltero/a	47,4%	50%	46,3%
Viudo/a	35,1%	23,3%	40,3%
Separado/a o divorciado/a	4,1%	6,7%	3%
Convivencia (n = 99)			
Esposo/a	10,1%	16,7%	7,2%
Solo/a	72,7%	70%	73,9%
Hijo/a	7,1%	3,3%	8,7%
Hermano/a	8,1%	6,7%	8,7%
Amigo/a	2%	3,3%	1,4%
Hijos (n = 97)			
Con hijos	27,8%	30%	26,9%
Con hijos fallecidos	2,1%	0	3%
Sin hijos	70,1%	70%	70,1%

En la tabla 7 se recoge la distribución por sexos en cuanto a la variable estado civil, y hay mayor porcentaje de hombre separados o divorciados. Se encuentran también diferencias en cuanto al porcentaje de mujeres viudas, bastante más alto que el de hombres viudos.

El 72,7% de la muestra de personas en aislamiento social en Madrid viven solas en el momento de derivación al Servicio de Apoyo Psicológico. Algunas personas de la muestra, a pesar de estar aisladas, conviven con otras personas (el 10,1% con el esposo/a, el 7,1% con un hijo/a, el 8,1% con un hermano/a y el 2% con amigos). En la tabla 7 se observa que las mujeres conviven en un porcentaje mayor con un hijo o con un hermano. Mientras que los hombres conviven en un porcentaje mayor con un amigo.

No tener hijos parece ser un factor de vulnerabilidad de la situación de aislamiento social, el 70,1% de la muestra no tiene hijos.

### **Descripción de la población en cuanto a Salud y funcionamiento psicosocial, Necesidades socio-sanitarias, Funcionamiento global y Discapacidad**

Dado el escaso número estudios, a nivel nacional e internacional, que muestren datos descriptivos acerca de las personas mayores en aislamiento social, el Servicio de Apoyo Psicológico ha estudiado los siguientes aspectos de la muestra:

- Salud y funcionamiento psicosocial
- Necesidades socio-sanitarias
- Funcionamiento global
- Discapacidad

De las 100 personas en aislamiento social en Madrid incluidas en el Servicio de Apoyo Psicológico, se cuenta con valoraciones de 51 personas. Esto se debe a que el Servicio de Apoyo Psicológico ha trabajado con casos que se han cerrado antes de la fase de evaluación, y con otros, la intervención acaba de comenzar; por lo que no se cuenta con información suficiente para cumplimentar estas escalas de evaluación.

### *Valoración salud y funcionamiento psicosocial*

Se emplearon las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años HoNOS65+ (Burns et al., 1999; Ausín et al., 2007).

Tabla 8. **Escalas HoNOS65+ en la población. Porcentaje que puntúa con problema de moderado a grave**

Escalas HoNOS65+	Total
Escala 1. Conducta Agitada (n = 51)	41,2%
Escala 2. Autolesiones (n = 51)	2%
Escala 3. Alcohol (n = 46)	8,7%
Escala 4. Cognición (n = 46)	32,6%
Escala 5. Físico / discapacidad (n = 49)	57,1%
Escala 6. Alucinaciones/delirios (n = 48)	29,2%
Escala 7. Depresión (n = 47)	8,3%
Escala 8. Otros problemas (n = 45)	45,5%
Escala 9. Relaciones sociales (n = 51)	91,7%
Escala 10. Actividades Vida Diaria (n = 50)	91,7%
Escala 11. Condiciones vida (n = 51)	75%
Escala 12. Ocio/entorno (n = 51)	83,3%

\* p < 0,1 \*\* p < 0,05 \*\*\* p < 0,01

En la tabla 8 se recoge la proporción de personas que presentan cada uno de los 12 problemas, a un nivel moderado o grave. Se observa cómo más de la mitad de las personas presenta los siguientes problemas: discapacidad física, problemas con las relaciones sociales, problemas con las condiciones de vida y problemas de ocio.



## Valoración de las necesidades sociosanitarias

Se empleó el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000).

En la tabla 9 se recoge un resumen de las puntuaciones encontradas. Se observa que la población de personas mayores en aislamiento social en Madrid presenta un número muy elevado de necesidades sin cubrir:

Tabla 9. **Puntuaciones escala CANE en la población. Porcentaje de necesidades no cubiertas**

CANE	Total
Área 1. Alojamiento (n = 51)	66,7%
Área 2. Cuidado del hogar (n=51)	74,5%
Área 3. Alimentación (n=46)	34,8%
Área 4. Cuidado personal (n=50)	76%
Área 5. Cuidado de otra persona (n=51)	13,7%
Área 6. Actividades diarias (n=51)	86,3%
Área 7. Memoria (n=45)	44,4%
Área 8. Vista / oído (n=47)	38,3%
Área 9. Movilidad (n=48)	20,8%
Área 10. Continencia (n=33)	30,3%
Área 11. Salud física (n=44)	47,7%
Área 12. Medicación (n=39)	51,3%
Área 13. Síntomas psicóticos (n=48)	29,2%
Área 14. Angustia (n=47)	21,3%
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento (n=47)	27,7%
Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión) (n=49)	4,1%
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes) (n=51)	80,4%
Área 18. Seguridad (abuso / abandono) (n=48)	39,6%
Área 19. Conducta / riesgo para los demás (n=51)	72,5%
Área 20. Alcohol (n=46)	10,9%
Área 21. Compañía (n=51)	90,2%
Área 22. Relaciones de pareja (n=51)	3,9%
Área 23. Manejo del dinero (n=48)	25%
Área 24. Prestaciones sociales (n=42)	11,9%

\*  $p < 0,1$  \*\*  $p < 0,05$  \*\*\*  $p < 0,01$

# 3

PARTE PRÁCTICA:  
TRABAJOS  
EN TALLERES



### 3.1. PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA

Participaron en la Jornada distintos profesionales (entidades, responsables de programas, organismos municipales y extramunicipales, etc) que tuvieran algún contacto o responsabilidad en el tema de la prevención o intervención del aislamiento social en el municipio de Madrid.

Se diseñó desde la Dirección General de Mayores y el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social (SAP) una metodología de trabajo que guiara la discusión de los grupos.

Se empleó un método práctico, estructurado, de reunión para la reflexión y el diseño, adecuado para grupos de más de 8 participantes, sobre todo si se trata de grupos heterogéneos (Técnica de Grupo Nominal TGN). La dinámica de este procedimiento se explica de manera exhaustiva en el apartado “Diseño del procedimiento”.

Los objetivos que se perseguían con el diseño de esta metodología fueron los siguientes:

1. Abordar la intervención y la prevención del aislamiento
2. Delimitar conceptos. Elaborar un perfil de riesgo de aislamiento social y un perfil de aislamiento social
3. Diseñar el procedimiento:
  - Decidir y elaborar la dinámica de manejo del grupo
  - Decidir los contenidos y preguntas abiertas y cerradas, que se plantearían a los grupos.
  - Elaborar tablas de recogida de información

#### 1) ABORDAR LA INTERVENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO

Se dividió a los participantes en cuatro grupos, dos de ellos trabajarían sobre el tema de la prevención del aislamiento social y los otros dos sobre el tema de la intervención sobre el aislamiento social.

#### 2) DELIMITAR CONCEPTOS. ELABORAR UN PERFIL DE RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL Y UN PERFIL DE AISLAMIENTO SOCIAL

Para que todos los participantes partieran del mismo concepto de personas en riesgo de aislamiento social y en situación de aislamiento social, se elaboraron dos perfiles, uno de riesgo y otro de aislamiento social. Tras una revisión de la literatura científica y la expe-

riencia tanto del SAP como del Programa de Detección de Anciano Frágil con Alto Riesgo de Aislamiento Social, se elaboraron los siguientes perfiles:

### Perfil de riesgo / vulnerabilidad

- Mayor de 65 años.
- Vive solo/a.
- Necesita ayudas debido a:
  - Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad y salud en general).
  - Problemas de salud mental (depresión, deterioro cognitivo, trastorno mental crónico de larga duración).
- Escasa red de apoyo social. No tiene a nadie a quien acudir para pedir ayuda.
- Pérdidas:
  - De relaciones (pérdida de la pareja por fallecimiento o divorcio, pérdida de los hijos cuando se van de casa o por fallecimiento, pérdida de los nietos si la familia se traslada de ciudad o tras un divorcio).
  - De las redes sociales (dejar de trabajar, trasladarse a un lugar de retiro, tener restricciones económicas para la realización de actividades).
- Se siente solo e insatisfecho con sus relaciones sociales.
- Ser cuidador/a principal de otra persona bien su esposo/a u otro familiar, a largo plazo y a tiempo completo, especialmente cuando cuenta con escasos apoyos informales, puede conducir a esta persona al aislamiento social.
- Dificultades en la comunicación:
  - Dificultades en el acceso a la información (dificultades en el manejo de las nuevas tecnologías...).
  - Dificultades en el uso del idioma (inmigrantes, analfabetismo...).
  - Hipoacusia y otras pérdidas funcionales.

### Perfil de aislamiento social

- Mayor de 65 años.
- Vive solo/a.



- Necesita ayudas debido a:
  - Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad y salud en general).
  - Problemas de salud mental (depresión, deterioro cognitivo, trastorno mental crónico de larga duración).
- Escasa red de apoyo social. No tiene a nadie a quien acudir para pedir ayuda.
- Pérdidas:
  - De relaciones (pérdida de la pareja por fallecimiento o divorcio, pérdida de los hijos cuando se van de casa o por fallecimiento, pérdida de los nietos si la familia se traslada de ciudad o tras un divorcio).
  - De las redes sociales (dejar de trabajar; trasladarse a un lugar de retiro, tener restricciones económicas para la realización de actividades).
- Ser cuidador/a principal de otra persona bien su esposo/a u otro familiar; a largo plazo y a tiempo completo, especialmente cuando cuenta con escasos apoyos informales.
- Dificultades en la comunicación:
  - Dificultades en el acceso a la información (dificultades en el manejo de las nuevas tecnologías...).
  - Dificultades en el uso del idioma (inmigrantes, analfabetismo...).
  - Hipoacusia y otras pérdidas funcionales.
- Rechazo de todas las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades.
- Esta situación supone un riesgo para sí mismo y/o para los demás.

### 3) DISEÑAR EL PROCEDIMIENTO

A continuación, se expone el programa de la parte de la Jornada correspondiente a la discusión en grupos de trabajo y puesta en común:

1. Instrucciones generales y formación de cuatro grupos de trabajo.
2. Trabajo en grupos: discusión abierta sobre el “diagnóstico de la situación actual”.
3. Puesta en común de los resultados del “diagnóstico de la situación actual” en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social de los cuatro grupos de trabajo.
4. Presentación del esquema de trabajo
5. Trabajo en grupos: discusión guiada sobre la “propuesta de mejoras” para la prevención y la intervención sobre el aislamiento social



6. Puesta en común y formulación de conclusiones de la “propuesta de mejoras” para la prevención y la intervención sobre el aislamiento social de los cuatro grupos de trabajo

Seguidamente, se describe en detalle el procedimiento seguido en cada uno de estos momentos:

## 1. Instrucciones generales y formación de cuatro grupos de trabajo

Se comenzó indicando a los participantes:

### La distribución por grupos de trabajo

Los participantes estuvieron divididos en cuatro grupos, dos de ellos trabajaron sobre población vulnerable con vistas a la prevención del aislamiento social y los otros dos trabajaron sobre población en aislamiento social con vistas a la intervención sobre el mismo. Se intentó que los grupos fueran lo más heterogéneos posible y que estuvieran compuestos por una representación de los distintos profesionales que acudieron a la Jornada.

### El esquema de trabajo

Se informó a los participantes de cómo se iba a estructurar el trabajo en los grupos, siguiendo el programa de la Jornada expuesto anteriormente.

### Los perfiles de riesgo y de aislamiento

Sobre estos perfiles trabajaron los distintos grupos con el objetivo de que todos partieran de la misma concepción y el trabajo pudiera ser más efectivo. De esta manera, se presentó el perfil de riesgo a los dos grupos de prevención y el perfil de aislamiento a los dos grupos de intervención.

## 2. Trabajo en grupos: discusión abierta sobre el “diagnóstico de la situación actual”

Reunión de grupo estructurada de forma que los participantes se encuentren cara a cara, sentados en torno a una mesa de trabajo. Los grupos debían tener una disposición en el espacio que les permitiera el diálogo y la discusión (lo más próximo a la forma de U que se pudiera).

El moderador les explicó a los participantes que el objetivo de esta primera parte era conseguir una visión actual, un diagnóstico de la situación tanto del riesgo de aislamiento (en los dos grupos de prevención) como del aislamiento social (en los dos grupos de inter-



vención). Se trataría, pues, en este primer momento de ir precisando todos estos conceptos, con el fin de que el debate quedara bien centrado desde el principio, recopilando la opinión de los participantes sobre el tema (si trabajan directamente con esta población, cómo abordan el tema, etc). Las áreas a tratar eran las de detección, abordaje y coordinación.

A continuación, dio las siguientes indicaciones sobre la dinámica de trabajo (apoyadas con una transparencia):

- Composición del grupo de trabajo: reunión multidisciplinar en la que todas las opiniones cuentan.
- Tema de trabajo: "Prevención del aislamiento social" o "Intervención sobre el aislamiento social", entendiendo éste como un tema estratégico que afecta a la calidad de vida de los mayores. Se recuerda que el objetivo de esta primera parte es conseguir un diagnóstico de la situación actual en cuanto a la prevención (en los grupos de prevención) o la intervención (en los grupos de intervención) del aislamiento social.
- En función del grupo de trabajo (prevención o intervención), se vuelve a presentar el perfil sobre el que se iba a trabajar (riesgo o aislamiento social, respectivamente).
- Papel del moderador: no es el de una figura que opine, sino que modera tiempos, estructura la discusión, etc.
- El moderador pone las siguientes normas al grupo:
  - Aceptación de las ideas de los demás.
  - Ideas osadas.
  - Escucha activa
  - No hacer críticas destructivas de las ideas de los demás, sino construir sobre estas ideas.
- Cada miembro escribe su nombre en una cartel que se construye en el momento con un folio (en el cartel escribirán su nombre y la institución a la que pertenecen).
- Cada asistente, de forma ordenada, dijo su nombre, su lugar de trabajo, su opinión general sobre el tema del aislamiento social y cómo abordaba desde su trabajo este problema (detección, abordaje y coordinación).
- Una persona transcribió las opiniones de cada miembro de grupo en tablas.

### **3. Puesta en común de los resultados del “diagnóstico de la situación actual” en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social de los cuatro grupos de trabajo**

Las conclusiones sobre el diagnóstico de la situación se sintetizaron en función de los comentarios hechos por cada grupo. Se reflejó en tablas elaboradas por dos profesionales expertos en el tema del aislamiento social. Estas tablas se expusieron a todos los participantes de forma común.

### **4. Presentación del esquema de trabajo**

Se indicó a todos los participantes que a continuación iba a dar comienzo la segunda parte del trabajo de los grupos de discusión, se les informó de que el objetivo era proponer mejoras de aquí a 3-5 años en el área de la prevención y la intervención sobre el aislamiento social y se les pidió que volvieran a reunirse con el mismo grupo y moderador.

### **5. Trabajo en grupos: discusión guiada sobre la “propuesta de mejoras” para la prevención y la intervención sobre el aislamiento social**

El moderador les explicó a los participantes que el objetivo de esta segunda parte era proponer mejoras de aquí a 3-5 años en el área de la prevención del aislamiento social (en los dos grupos de prevención) o de la intervención en el aislamiento social (en los dos grupos de intervención).

El objetivo específico de la dinámica de grupo era llegar a 40-50 ideas sobre cómo mejorar la situación descrita en la primera parte acerca del “diagnóstico de la situación”.

Tres de los grupos utilizaron este procedimiento, y cada participante tenía un taco de diez post-it, en los que escribieron de manera individual una idea por post-it.

Después de este trabajo individual y una vez que los participantes hubieron plasmado sus ideas en los post-its, el moderador tomaba uno, leía la propuesta de mejora en voz alta y dejaba que la persona que la había escrito diera una breve explicación de la misma. Entonces, se decidía a qué área correspondía esta propuesta (Detección-Abordaje-Coordinación) y se pegaba el post-it en un póster con tres columnas (una por cada área: Detección-Abordaje-Coordinación) diseñado al efecto.

Una vez que se tuvieron las 40-50 ideas y todas estaban pegadas en el póster distribuidas por el área a la que correspondían (Detección-Abordaje-Coordinación), el moderador las leyó en voz alta por áreas e indicó a los participantes que ese era el momento de hacer algún cambio.



A continuación, se evaluaron cuáles eran las propuestas de mejora más importantes para los integrantes del grupo. Para ello, cada participante tenía cinco puntos rojos que debían repartir entre las propuestas de mejora que consideraran más importantes. La manera de votar estas propuestas era pegando la cantidad de puntos rojos que consideraran oportuna (hasta un máximo de cinco puntos rojos) en los post-its según la importancia que dieran a cada propuesta elegida (por ejemplo: una propuesta que consideraran importante podía ser valorada por una misma persona con, por ejemplo, tres puntos rojos). De esta manera, se podía apreciar visualmente cuáles eran las propuestas más votadas, es decir, aquellas que tenían mayor número de puntos rojos, y podía discutirse sobre ellas. Las propuestas más votadas fueron transcritas en una tabla de conclusiones.

En el grupo 3, el procedimiento varió ligeramente, la coordinadora propuso hacer propuestas en los aspectos de detección, abordaje y coordinación pero no por el sistema de post-it, sino simplemente escribiendo cada participante en una hoja por orden de importancia las propuestas y exponiéndolas a continuación.

La moderadora recogía estas ideas y las que más se repetían eran las primeras en aparecer.

Una persona transcribió las opiniones de cada miembro de grupo en tablas.

## **6. Puesta en común y formulación de conclusiones de la “propuesta de mejoras” para la prevención y la intervención sobre el aislamiento social de los cuatro grupos de trabajo**

Las conclusiones sobre las propuestas de mejora se sintetizaron en función de los comentarios hechos por cada grupo. Se elaboraron tablas donde se recogían los resultados y estos fueron expuestos por los moderadores de los grupos de trabajo de forma común a todos los participantes.

## **3.2. RESULTADOS**

### **3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS**

Como ya se ha indicado anteriormente, se trataba de una Jornada de trabajo, que pretendía que los diferentes agentes implicados en estos temas se conocieran y pusieran en común su experiencia, percepciones sobre el aislamiento social y posibles soluciones en las diferentes fases, por lo que la composición de los grupos pretendía ser heterogénea y representativa de los diferentes profesionales implicados de alguna manera en el tema del aislamiento social. Esto fomentaría una visión multidisciplinar que se consideró imprescindible por la complejidad del asunto a tratar.

### Características de los participantes de los grupos de prevención

Los grupos de prevención estuvieron compuestos por 7 hombres (31,8%) y 15 mujeres (68,2%). Participaron 12 instituciones diferentes, que se distribuyeron como se muestra en la tabla 3.1. Se indica en esta tabla el porcentaje de personas que asistieron de cada institución o profesión.

Tabla 3.1. **Descripción de los grupos de prevención**

Grupo 1	Grupo 2	% (*)
2 Técnicos de la Dirección General de Mayores,	1 Trabajador Social de la Dirección General de Mayores.	13,63 %
1 Bomberos	1 Bomberos	9 %
2 Atención Primaria (Gerencia)	1 Atención Primaria	13,63 %
1 Samur Psicólogo	2 Samur Psicólogo	13,63 %
1 Madrid Salud (Salud Ambiental )	1 Madrid Salud (Salud Ambiental)	9 %
	1 Voluntario	4,5 %
1 Colegio Oficial de Psicólogos		4,5 %
2 Empresas	1 Empresa	13,63 %
1 Universidad Complutense de Madrid		4,5 %
	1 Policía	4,5 %
1 Salud Mental	1 Salud Mental	9 %

(\*) El % es relacionado con los instituciones que asistieron

### Características de los participantes de los grupos de intervención

Los grupos de intervención estuvieron compuestos por 4 hombres (20%) y 16 mujeres (80%). Participaron 11 instituciones diferentes, que se distribuyeron como se muestra en la tabla 3.2. Se indica en esta tabla el porcentaje de personas que asistieron de cada institución o profesión.

Tabla 3.2. **Descripción de los grupos de intervención**

Grupo 3	Grupo 4	% (*)
2 Técnicos de la Dirección General de Mayores	2 Técnicos de la Dirección General de Mayores	21 %
1 Policía		5,3 %
1 Bombero	1 Bombero	10,5 %
1 Samur Protección Civil		5,3 %
1 Samur Social		5,3 %
1 Madrid Salud (Salud Ambiental)		5,3 %
1 Atención Primaria, DUE y Trabajador Social	2 Atención Primaria	16 %
2 Empresas, Psicólogo y Educador	3 Empresa	26 %
1 Voluntario, Trabajador Social		5,3 %

(\*) El % es relacionado con los instituciones que asistieron



### 3.2.2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

#### Grupos de prevención

Aunque todos los participantes manifestaron detectar esta población en sus trabajos, son pocos los que realizan esta detección de manera sistemática (únicamente desde el Programa de Detección del Aislamiento de la Dirección General de Mayores, y desde el Equipo de Apoyo Sociocomunitario para enfermos mentales crónicos).

Lo mismo sucede con el abordaje y la coordinación, son los dos programas anteriormente señalados los únicos que abordan el problema y se coordinan con otras instituciones de forma sistematizada.

El resto de las instituciones, o bien realizan el abordaje de forma no sistemática, o bien la coordinación es informal, sin el uso de protocolos y caracterizándose esta coordinación por no realizar devolución de la información, es decir, ellos informan a otra institución del riesgo de un mayor, pero luego no obtienen una respuesta acerca de la intervención o seguimiento que realizan.

#### Grupos de intervención

Los componentes de servicios de Emergencia, como son bomberos, policía, Samur Protección Civil y Samur Social, actúan de una manera muy protocolizada y sólo en el momento de la emergencia.

En el caso de los servicios de Atención Primaria, manifestaron no tener establecido ningún protocolo para la detección de este tipo de casos. Señalaron su imposibilidad para intervenir, ni hacer seguimiento de los casos que se les presentan. Comentaron que se coordinan con los Servicios Sociales del distrito cuando se encuentran con un caso de aislamiento. Abordan enfermedades físicas concretas, pero no consideran la fragilidad y el aislamiento social a la hora de detectar estos casos.

Por otro lado, Madrid Salud (Salud Ambiental) y los voluntarios (Asociación Amigos de los Mayores) actúan desde la prevención.

Las Empresas trabajan con personas mayores que viven solas y que pueden tener un trastorno mental.

En resumen, todos los profesionales que participaron en la Jornada manifestaron tener conocimiento del tema, pero no todos tienen protocolos con formas sistematizadas de actuar:

### 3.2.3. PROPUESTAS DE MEJORA

Una vez detectadas las necesidades por parte de los grupos a partir del diagnóstico de la situación, se discutieron y propusieron ideas de mejora para abordar la prevención y la intervención sobre el aislamiento social.

#### Grupos de prevención

Las propuestas más consensuadas fueron las siguientes:

##### En cuanto a la detección

- Formar a los profesionales en contacto con la población vulnerable en cuanto a:
  - el perfil de riesgo de aislamiento.
  - la detección de riesgo de aislamiento.
- Desarrollar protocolos comunes de detección para los distintos organismos implicados.
- Sensibilizar a la comunidad:
  - Realizar campañas de difusión y sensibilización dirigidas a los agentes informales de la comunidad (vecinos, comerciantes...) que pueden actuar como redes de apoyo y detección de casos de riesgo de aislamiento.
  - Informar del perfil de riesgo de aislamiento y fórmulas para alertar a los Servicios Sociales.
  - Editar folletos divulgativos sobre el apoyo social y la vecindad.

##### En cuanto al abordaje

- Formar a los profesionales en contacto con la población vulnerable en cuanto a la intervención en aquellos casos de riesgo de aislamiento.
- Promover la figura del gestor de casos. Señalaron la importancia de la figura de un gestor de aquellos casos en riesgo de aislamiento que haga un seguimiento continuado del caso.
- Impulsar acciones preventivas encaminadas a poblaciones de riesgo (viudedad reciente, vivir solos, programas de preparación para la jubilación, etc)
- Promover la introducción de estrategias de búsqueda activa.
- Entrenar a los profesionales sociosanitarios en técnicas de escucha activa y habilidades de comunicación en la población de riesgo, facilitando el enganche con los recursos.
- Aumentar los recursos específicos (particularmente de recursos humanos) para abordar esta problemática.



- Agilizar la concesión de recursos para este tipo de población.
- Actuar con equipos multidisciplinares de información y contención de los distintos aspectos sociales, emocionales y de salud que pueden precipitar el aislamiento. La atención en Salud mental debe estar incluida

### **En cuanto a la coordinación**

- Mejorar la coordinación entre instituciones.
- Coordinación a nivel de interacción y de intercambio de información de casos. Articular las acciones de manera que quede el mayor número de población atendida de manera homogénea.
- Desarrollar protocolos únicos de coordinación entre redes, con cabeceras identificativas de cada estamento.
- Crear un sistema informático común, que mejore el intercambio y devolución de información entre los profesionales.
- Fomentar las reuniones de coordinación entre profesionales, donde se presenten periódicamente los logros y fallos, así como la evaluación de las distintas actividades llevadas a cabo.
- Promover equipos de calles que actúen como enlace entre los agentes informales (comunidad de vecinos, etc) y los agentes formales (profesionales de la red de servicios normalizada).

### **Grupos de intervención**

Las propuestas más consensuadas fueron las siguientes:

### **En cuanto a la detección**

- Definir el perfil de aislamiento social. Existió unanimidad en que lo primero a tener en cuenta era definir el perfil y que todos los estamentos tuvieran bien claro el mismo perfil.
- Diseñar un protocolo de detección de casos de aislamiento social. Los representantes de atención primaria opinaron que debería entrar en cartera de servicios la detección de estos casos y establecer un protocolo de intervención, al igual que se hace con el anciano en riesgo.
- Formar a los profesionales en el tema del aislamiento / exclusión social.
  - Sensibilizar a los profesionales mediante la formación en casos de exclusión social.
  - Aumentar la formación en general y sobre todo para los servicios de emergencia.
  - Promover la formación específica para el personal implicado en la atención al aislamiento.



- Sensibilizar a la población.
  - Sensibilizar a la población con campañas informativas.
  - Aumentar la formación e información a los agentes informales de la comunidad mediante folletos informativos, reuniones con vecinos, campañas de sensibilización...
- Incluir estrategias de búsqueda activa.
  - Aumentar el trabajo de calle y búsqueda activa desde las distintas instituciones (Servicios Sociales, salud...)
  - Crear equipos de búsqueda activa multidisciplinares.
  - Crear equipos de búsqueda activa interculturales.
- Mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones y organismos. Se planteó que la coordinación debería funcionar mediante bases de datos de los usuarios compartidas.

### **En cuanto al abordaje**

- Definir el perfil de aislamiento social. Unificar criterios en cuanto a lo que se entiende por anciano frágil, anciano en riesgo de aislamiento y aislamiento.
- Establecer un protocolo de intervención en casos de aislamiento. Plantearon el desarrollo de protocolos de intervención y unidades funcionales con representantes de los diferentes estamentos para el seguimiento de los casos.
- Promover los equipos de búsqueda activa.
  - Crear equipos multidisciplinares de intervención (trabajadores sociales, psicólogos, educadores...)
  - Incluir a profesionales cualificados y formados específicamente en esta población.
  - Crear equipos con intercambio de información mutua.
  - Interculturalizar los equipos para hacer frente a los casos de aislamiento en la población inmigrante.
- Mejorar el acceso a la información, a través de la creación de bases de datos de los usuarios compartidas. Todos los profesionales implicados tendrían acceso a la información.
- Fomentar la figura del gestor de casos. Se vió necesaria la existencia de un gestor de casos que realice el seguimiento, y sea un punto de contacto.
- Dotar de un presupuesto específico para el abordaje de esta problemática.
- Aumentar el presupuesto destinado a la contratación de más personal para optimizar el abordaje. Se propuso como forma de aumento de este presupuesto crear convenios y foros comunes con obra social de entidades bancarias y otras formas de financiación privada.



- Mejorar la accesibilidad al sistema judicial.
  - Estudiar la posibilidad de, en caso necesario, contar con acompañamiento judicial en las visitas domiciliarias a las personas en aislamiento social en los casos en los que la estrategia de intervención sea adoptar medidas de protección judiciales hacia el mayor:
  - Agilizar los trámites para adoptar medidas de protección judiciales hacia el mayor reduciendo la documentación a entregar.
  - Dotar de valor legal a las denuncias de los vecinos y que éstas sean tenidas en cuenta como un informe más por el juez.
- Agilizar la atención a esta población.
  - Agilizar la concesión de recursos sociales y sanitarios para esta población.
  - Agilizar la atención por parte de Salud Mental en esta población.
- Estudiar propuestas de socialización de las personas en aislamiento (asociaciones de personas que hayan estado o estén en aislamiento como grupos de autoayuda...)

### **En cuanto a la coordinación**

- Desarrollar un protocolo de coordinación en casos de aislamiento:
  - Promover la coordinación y el seguimiento socio-psico-sanitario, mediante la creación de mesas de trabajo multidisciplinares, reuniones, etc. siguiendo un protocolo.
  - Promover la coordinación multidisciplinar intensa entre centros de salud, empresas, centros de Servicios Sociales., recursos informales (vecinos, otros agentes de la comunidad...), voluntariado, etc.
  - Crear un comité o comisión socio-psico-sanitario que funcione como órgano de consulta o bien como órgano con poder de decisión.
- Fomentar un intercambio fluido de información entre los distintos profesionales:
  - Crear bases de datos conjuntas que puedan ser consultadas por todas las instituciones implicadas.
  - Proponer un sistema de intranet, como posibilidad para que se pueda acceder a la historia de cada caso para evitar tener que repetir preguntas, evaluaciones y otros datos y así poder agilizar la intervención.

De forma transversal a las tres áreas (detección, abordaje y coordinación), se propone evaluar la efectividad de los programas existentes con el objetivo de comprobar si realmente sirven para el fin que fueron creados.

### 3.3. CONCLUSIONES

A través del análisis del trabajo realizado por los grupos, se concluyen una serie de necesidades y déficit encontrados en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social, que se enumeran a continuación:

1. Necesidad de programas preventivos en población de riesgo.
2. Necesidad de detección desde los niveles primarios de la atención.
3. Necesidad de actuaciones sistematizadas y protocolizadas en las áreas de detección, abordaje y coordinación.
4. Necesidad de información y formación específica de los distintos profesionales.
5. Necesidad de información y sensibilización de la población (vecinos, comerciantes...).
6. Dificultad de la persona en aislamiento para entrar y mantenerse en la red, con un seguimiento continuado.
7. Necesidad de mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones, instituciones y organismos que abordan el tema del aislamiento social.
8. Necesidad de evaluar la efectividad de los programas que se implementan.

### 3.4. RECOMENDACIONES

Uno de los objetivos de la Jornada era consensuar recomendaciones de actuación, a partir de las necesidades y déficit encontrados en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social.

En la tabla 3.3. se reflejan cada una de las necesidades que se desprendieron del diagnóstico de la situación. Para cada una de estas necesidades, se plantean recomendaciones y líneas de actuación, que ayuden en última instancia a mejorar la atención a las personas mayores en aislamiento social.



Tabla 3.3. **Necesidades y déficit encontrados en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social y recomendaciones de actuación**

Conclusiones sobre las necesidades y déficit encontrados en cuanto a la prevención y la intervención sobre el aislamiento social	Recomendaciones
1. Necesidad de programas preventivos en población de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las problemáticas de riesgo predominantes.</li> <li>• Introducir programas preventivos en momentos de pérdidas en la vida (programas de preparación para la jubilación en empresas, viudedad, etc.)</li> <li>• Aumentar la atención a los cuidadores de enfermos mayores (dado que es un factor de riesgo de aislamiento social) tanto a nivel de apoyo psicológico, social y sanitario, como a nivel de apoyo económico.</li> </ul>
2. Necesidad de detección desde los niveles primarios de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un sistema de alarma en el ámbito de la atención primaria que, por ejemplo, avise cuando el paciente lleve tiempo sin pedir cita.</li> </ul>
3. Necesidad de actuaciones sistematizadas y protocolizadas en las áreas de detección, abordaje y coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar de forma precisa los perfiles de fragilidad, vulnerabilidad y aislamiento social.</li> <li>• Establecer protocolos de detección, abordaje y coordinación comunes, con las siguientes características:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Establecer protocolos de mínimos para actuaciones semejantes ante situaciones similares.</li> <li>· Incluir la estrategia de búsqueda activa tanto para la prevención como para la intervención sobre el aislamiento social.</li> <li>· Promover la accesibilidad a la información desde todas las instituciones, sin necesidad de la repetición de información rellenando documentos y solicitudes.</li> </ul> </li> <li>• Desarrollar una medida estandarizada de evaluación, tanto del riesgo como del aislamiento social en mayores.</li> </ul>
4. Necesidad de información y formación específica de los distintos profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar de forma precisa los perfiles de fragilidad, vulnerabilidad y aislamiento social.</li> <li>• Organizar programas de formación y entrenamiento a los profesionales socio-sanitarios en cuanto a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Características de la población en aislamiento social.</li> <li>· Estrategias de detección, abordaje y coordinación en la intervención en este área.</li> <li>· Formación específica en cuanto a los protocolos de actuación (qué hacer y dónde dirigirse en caso de detección de un caso de aislamiento o sospecha de riesgo de aislamiento).</li> <li>· Técnicas de escucha activa y habilidades de comunicación, para tratar con la población de riesgo y en aislamiento, y facilitar el enganche con los recursos.</li> </ul> </li> <li>• Organizar los programas de formación y entrenamiento para que se realicen con dinámicas de grupos, donde los formadores fueran de todos los ámbitos con competencias en esta materia.</li> <li>• Dotar al área del aislamiento social de una partida presupuestaria específica (este presupuesto se destinará a la formación, entre otras cosas).</li> </ul>

5. Necesidad de información y sensibilización de la población (vecinos, comerciantes...).
  6. Dificultad de la persona en aislamiento para entrar y mantenerse en la red, con un seguimiento continuado.
- Elaborar programas de formación y concienciación para agentes clave de la comunidad (agentes informales como comerciantes, vecinos, etc.) en los perfiles de aislamiento y riesgo de aislamiento y fórmulas para alertar a los servicios de la red formal normalizada (Servicios Sociales, servicios sanitarios...):
    - Realizar campañas publicitarias claras para sensibilizar a la población ( folletos, trípticos, charlas etc.) tanto para la prevención como para la intervención sobre el aislamiento social, donde la vecindad sea la protagonista.
    - Realizar charlas preventivas sobre qué hacer y dónde dirigirse en caso de detección de un caso de aislamiento o sospecha de riesgo de aislamiento.
    - Crear y difundir en la comunidad (bien de forma masiva, bien para los líderes naturales dentro del ámbito de la vecindad) un directorio de direcciones y contactos en los recursos formales normalizados.
  - Diseñar y realizar intervenciones a nivel comunitario donde puedan involucrarse y actuar los agentes informales de la comunidad (vecinos, comerciantes...)
  - Dotar al área del aislamiento social de una partida presupuestaria específica (este presupuesto se destinaría a la sensibilización de la comunidad, entre otras cosas).
- 
- Conveniencia de incluir estrategias de búsqueda activa dentro de la detección, abordaje y coordinación de esta población en riesgo o en aislamiento:
    - Impulsar equipos de búsqueda activa que sean multidisciplinarios para dar respuesta a las distintas necesidades de la persona.
    - Contemplar la multiculturalidad en estos equipos, debido al fenómeno migratorio.
  - Agilizar y desburocratizar el sistema de concesión de ayudas y el acceso a los distintos recursos (sociales, sanitarios, legales...)
  - Introducir en la intervención la figura del gestor del caso. Los beneficios potenciales de la inclusión de esta figura son los siguientes:
    - El gestor trabajará para consolidar una relación de enganche y confianza con la persona en riesgo o en aislamiento.
    - Dadas las características de las personas en riesgo o en aislamiento y su reticencia a la aceptación de ayudas y recursos, la figura del gestor facilita el acceso de la persona a la red normalizada de recursos (sociales, sanitarios...), tanto por su relación de enganche y confianza, como por su seguimiento continuado como persona de referencia.
    - Las distintas intervenciones llevadas a cabo con cada mayor en riesgo o en aislamiento son seguidas y coordinadas de forma constante por el gestor del caso.



6. Dificultad de la persona en aislamiento para entrar y mantenerse en la red, con un seguimiento continuado.
- No se solapan las intervenciones llevadas a cabo por los distintos profesionales, habiendo siempre una persona de referencia que coordina e informa a los profesionales involucrados.
  - El gestor del caso puede actuar también como persona de referencia ante la comunidad, contactando con los agentes informales que pueden facilitar la intervención con la persona en riesgo o en aislamiento.
- 
7. Necesidad de mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones, instituciones y organismos que abordan el tema del aislamiento social.
- Determinar de forma precisa los perfiles de fragilidad, vulnerabilidad y aislamiento social.
  - Establecer protocolos sistematizados de detección, abordaje y coordinación comunes.
  - Basar esta sistematización en la accesibilidad a la información desde todas las instituciones y no en la repetición de información rellenando documentos y solicitudes. Se proponen dos maneras (esta accesibilidad tendría que estar contemplada en la Ley de Protección de Datos):
    - Compartir una base de datos única en la que se incluyan todas las informaciones referentes a una persona y a la que tuvieran acceso todas las instituciones.
    - Compartir la información que cada institución tiene en su propia base de datos mediante un sistema de intranet para mejorar el intercambio y devolución de la información entre profesionales.
  - Sistematizar espacios y puntos de encuentro para intercambios de experiencias y trabajar la coordinación en todos los ámbitos, a través de:
    - Mesas de trabajo
    - Jornadas en las que puedan participar de forma activa profesionales de distintos recursos como un lugar donde compartir conocimientos, opiniones, dificultades y formas de trabajo sobre el mismo objeto de intervención.
  - Realizar reuniones y acuerdos institucionales, para mejorar el abordaje conjunto de esta población de riesgo. Participación de técnicos en los procesos, empleando protocolos sencillos y claros.
  - Facilitar a todas las instituciones y profesionales implicados conocimientos de las redes formales normalizadas y disponibilidad de las mismas. En este sentido, sería conveniente analizar el mapeo territorial de recursos (social, sanitario...) y crear y difundir entre las diferentes instituciones implicadas un directorio de direcciones y contactos de los recursos formales.
  - Agilizar los protocolos de coordinación socio-sanitaria ya existentes.

7. Necesidad de mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones, instituciones y organismos que abordan el tema del aislamiento social.
  - Mejorar y agilizar el acceso a la recursos de Salud Mental y Sistema Judicial. Dentro de las áreas que se señalan como más problemáticas (menor agilidad y mayor carga burocrática) a la hora de acceder a ellas son Salud Mental y el Sistema Judicial (sobre todo a la hora de solicitar la valoración de cara a adoptar medidas de protección tipo ingreso no voluntario en residencia o incapacitación legal).
8. Necesidad de evaluar la efectividad de los programas que se implementan.
  - Diseñar un proceso de evaluación de la efectividad de los programas e iniciativas que se ponen en marcha. Registrar la evolución de estas problemáticas ante las prácticas empleadas, permitiría obtener unos resultados para ajustar recursos y prácticas de trabajo. Además, con una buena evaluación de la efectividad de un programa, se pueden tomar decisiones y controlar el funcionamiento de las intervenciones en el siguiente sentido:
    - si lo que se está haciendo funciona, no es necesario proponer alternativas ni saturar la red normalizada con propuestas de programas que se repiten,
    - si lo que se está haciendo no funciona, es necesario plantear nuevas alternativas,
    - si el programa evaluado se está poniendo en práctica de la manera como había sido diseñado o si, por el contrario, no se está llevando a cabo de manera adecuada.



4

REFLEXIONES  
FINALES





Se presentan ahora unas reflexiones acerca de las aportaciones más relevantes de la Jornada. Estas reflexiones finales son orientativas y su objetivo es recapacitar acerca de aquellas propuestas y recomendaciones resultantes de la Jornada para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales como herramienta de apoyo a la hora de abordar el aislamiento en mayores en cualquiera de sus facetas: prevención, detección e intervención.

- Se ha detectado la necesidad de unificar los criterios que definen los perfiles de fragilidad, vulnerabilidad y aislamiento social, sugiriéndose la utilización de los presentados en estas jornadas, basados en la experiencia de la Dirección General de Mayores y consensuados.
- Se ha detectado la necesidad de mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones, instituciones y organismos que abordan el tema del aislamiento social.
  - En este sentido, sería conveniente realizar un análisis en el municipio de los distintos agentes que, de una manera directa o indirecta, están trabajando con esta población. Esto sería útil como elemento de enriquecimiento para fortalecer la conciencia de las necesidades específicas de esta población entre los organismos que toman las decisiones tanto políticas como sociales.
  - Por otro lado, también sería conveniente promover reuniones de expertos en este ámbito para compartir experiencias y nuevas formas de detección, intervención y coordinación. Esta Jornada puede considerarse un primer acercamiento a esta propuesta. Sería adecuado llevar a cabo jornadas similares con carácter anual o bianual.
  - De la misma manera, se propone la creación de una base de datos única en la que se incluyan todas las informaciones referentes a una persona y a la que tuvieran acceso todas las instituciones.
- Se ha detectado la necesidad de informar, formar y sensibilizar de forma específica en la problemática de la población vulnerable o en aislamiento social tanto a los distintos profesionales como a la población general (vecinos, comerciantes...).
  - Para ello, sería fundamental la creación de un sistema de redes sociales que mediante la formación y la información se centrara en un eje claro: la sensibilización.
  - Por otro lado, se propone la creación de un dossier de recursos actualizados cada vez que una organización o entidad tenga un nuevo servicio que pueda ser de utilidad para el resto.

Madrid, 2008



