



**Tesis Doctoral**

**La Soledad en la Vejez:**

**Análisis y evaluación de un programa de  
intervención en personas mayores que viven solas**

**Raquel Lorente Martínez**

**Elche 2017**



Universidad Miguel Hernández de Elche

Departamento de Psicología de la Salud



Programa de Doctorado en Psicología de la Salud

Tesis Doctoral

**La Soledad en la Vejez:**

**Análisis y evaluación de un programa de  
intervención en personas mayores que viven solas**

Memoria para la obtención del título de Doctor presentada por:

**Raquel Lorente Martínez**

Directora:

**Dra. Esther Sitges Maciá**

ELCHE, 2017



A vosotros que tanto nos habéis dado y solas nos habéis dejado.  
Soledad no siento, pues vuestro recuerdo me hace compañía y me guía.





## GRACIAS.

**R**ecuerdo con mucho cariño a todas las personas que me han ayudado en las diferentes fases y etapas de la tesis. Quisiera mencionarlos a todos, pero entenderéis que no tendría espacio suficiente. Gracias por vuestra ayuda realizando gestiones, asesorándome y ofreciéndome vuestra eterna paciencia y altruismo.

**A**dmiro profundamente a todas las personas mayores que han participado en este estudio y todos los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té. También a las personas que han colaborado en la investigación y que me han ofrecido su apoyo y ayuda de forma desinteresada. Sin vosotros este estudio de tesis doctoral no se habría podido realizar. Pero no ha sido esta vuestra única contribución, me habéis dado mucho más. Me habéis hecho saber cuál es el valor del compañerismo, la confianza, la bondad y la solidaridad más sincera entre generaciones. Siempre os recordaré con mucho amor y con una gran sonrisa.

**C**ompañeros. Habéis sido un pilar de apoyo y comprensión fundamental. Me siento feliz de formar parte de un equipo compuesto por grandes profesionales y personas.

**I**mportante es la mención de la persona que más ha confiado en mí en esta etapa. Mi querida directora de tesis doctoral: Esther Sitges Maciá. La que me dio la responsabilidad de asumir el diseño y desarrollo de un proyecto social para abordar un problema psicosocial que nos preocupaba de la vejez: la soledad. Podrán ser casualidades del destino o no (nunca lo sabremos), pero ambas hemos vivido durante estos años momentos muy difíciles. Circunstancias que nos han hecho ver la soledad de cerca en nuestros progenitores y sentir la profunda soledad de perderlos. Porque juntas hemos aprendido algo más importante que investigar. Ser mejores personas y valorar lo importante: las personas.

**A**migos que siempre me han apoyado, respetado, querido y sacado la mejor de las sonrisas en mí para motivarme y empujarme a seguir, sois fundamentales en mi vida. Os adoro.

**S**iempre hay que guardar lo mejor para el final. Llega el momento de expresar mi gratitud a mis queridas hermanas y a mi familia. Sois el colchón que hace que los golpes de la vida se amortigüen y no duelan, solo moldeen nuestro comportamiento

y el camino a seguir en la vida. Mi agradecimiento más sincero y el recuerdo más especial para mis padres. Aquellos que me dieron la vida, los recursos para crecer y desarrollarme como una persona sana y feliz y los que me transmitieron lo más fundamental para un ser humano: valores e integridad. Sois mi modelo a seguir. Espero que allá donde estéis, os sintáis orgullosos de mí.

**GRACIAS a TODOS** los que me habéis ayudado en este camino,

**GRACIAS a MIS PADRES** por dármelo todo,

**GRACIAS a LA VIDA** por quitarme lo que más quería, y

**GRACIAS a la PSICOLOGÍA** por ayudarme a gestionar mi dolor y convertirlo en una oportunidad para mi crecimiento personal.

Y no puedo olvidarme de dar las gracias a las instituciones y organismos que han contribuido de manera clave en el desarrollo del Programa Acompaña-Té, cuyos efectos serán analizados en el presente estudio de tesis doctoral.

**GRACIAS a SABIEX** por acogerme dentro del equipo como docente e investigadora, enseñarme a conocer a las personas mayores, respetarlas y admirarlas como seres humanos con gran valor y potencial para la sociedad pero, sobre todo, por darme la oportunidad diseñar y desarrollar el Programa Acompaña-Té e iniciar un proyecto de investigación sobre la soledad aplicado en el contexto real de las personas mayores que viven solas.

**GRACIAS al Vicerrectorado de Cultura y Extensión Universitaria** de la **Universidad Miguel Hernández (UMH)**, a las **Concejalías de Política de Mayores y Bienestar Social del Ayuntamiento de Elche** y a la **Cruz Roja Española (CRE)** de **Alicante** por confiar en este proyecto y colaborar en la realización del mismo.



# Índice de Contenidos

Índice de tablas .....	i
Índice de figuras .....	iii
Resumen .....	v
Abstract .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
Capítulo 1: La soledad en un mundo envejecido .....	9
1. Envejecimiento y soledad .....	9
<b>1.1. Envejecimiento poblacional ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? .....</b>	<b>10</b>
1.1.1. El envejecimiento de la población .....	10
1.1.2. El envejecimiento de la población en España y Comunidad Valenciana .....	12
1.1.3. Personas mayores viviendo solas, la realidad del mundo envejecido .....	15
<b>1.2. Paradigma de Envejecimiento Activo ante el envejecimiento poblacional .....</b>	<b>19</b>
1.2.1. Aproximación a los Modelos teóricos de Envejecimiento Activo .....	22
1.2.2. Políticas para fomentar el Envejecimiento Activo .....	24
<b>1.3. El Envejecimiento Activo ante el reto de la soledad en la vejez .....</b>	<b>26</b>
1.3.1. Soledad y Envejecimiento Activo: Perspectiva Poblacional .....	28
1.3.2. Soledad y Envejecimiento Activo: Perspectiva Individual .....	29
<b>1.4. Factores asociados con la aparición de la soledad en la vejez .....</b>	<b>34</b>
1.4.1. Variables Sociodemográficas .....	35
1.4.2. Variables de salud y de autonomía funcional .....	36
1.4.3. Variables psicológicas y de personalidad .....	37
1.4.4. Variables sociales, de interacción y participación social .....	38
<b>1.5. Efectos de la soledad sobre la salud de las personas mayores .....</b>	<b>45</b>
1.5.1. Efectos físicos de la soledad .....	46
1.5.2. Efectos psicológicos de la soledad .....	48
Efectos cognitivos .....	48
Efectos emocionales .....	50
Efectos comportamentales .....	52
1.5.3. Efectos sociales de la soledad .....	52
Capítulo 2: La soledad .....	55
2. La soledad en el envejecimiento .....	55
<b>2.1. Prevalencia de la soledad en la vejez .....</b>	<b>56</b>
<b>2.2. Aproximación al concepto de soledad .....</b>	<b>61</b>
2.2.1. Delimitación conceptual del constructo soledad .....	61
2.2.2. Desarrollo conceptual y teórico de la soledad .....	66

Aproximación Teórica Existencial.....	67
Aproximación Teórica Psicodinámica.....	68
Aproximación Teórica Interaccionista (o del apego).....	69
Aproximación Teórica Cognitiva.....	70
2.2.3.    El concepto de soledad de las personas mayores que viven solas.....	71
2.2.4.    Síntesis y aproximación conceptual y teórica del presente estudio.....	73
<b>2.3.    Modelos explicativos de la aproximación cognitiva de la soledad.....</b>	<b>75</b>
2.3.1.    Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979).....	75
2.3.2.    Modelo de las causas de la soledad de De Jong-Gierverd (1987).....	78
2.3.3.    Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009).....	81
<b>2.4.    Modelos explicativos de la soledad en personas mayores.....</b>	<b>82</b>
<b>2.5.    Variables psicosociales relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la soledad en las personas mayores .....</b>	<b>87</b>
2.5.1.    Atribuciones causales y control percibido en la soledad de las personas mayores.....	88
2.5.2.    Participación social y la soledad en las personas mayores.....	99
2.5.3.    Control percibido, participación social y soledad en las personas mayores.....	102
<i>Capítulo 3: El abordaje de la soledad en la vejez.....</i>	<i>105</i>
<b>3.    Intervenciones para reducir la soledad de las personas mayores.....</b>	<b>105</b>
<b>3.1.    Revisiones de la literatura científica de las intervenciones para reducir la soledad en las personas mayores.....</b>	<b>106</b>
3.1.1.    Revisiones sistemáticas de las intervenciones para reducir la soledad.....	109
3.1.2.    Meta-análisis de las intervenciones para reducir la soledad.....	117
3.1.3.    Intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores.....	119
<b>3.2.    Modelo de intervención en la soledad de las personas mayores en España .....</b>	<b>122</b>
3.2.1.    El Tercer Sector. Protagonista del abordaje de la soledad en la vejez.....	124
Entidades de Voluntariado en la lucha contra la soledad.....	124
Programa “Cerca de Tí”: estudio empírico sobre el acompañamiento con voluntarios.....	127
Voluntariado universitario en la lucha contra la soledad.....	131
<b>3.3.    ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</b>	<b>133</b>
<i>Capítulo 4: El Programa Acompaña-Té para intervenir sobre la soledad en la vejez.....</i>	<i>139</i>
<b>4.    Diseño, desarrollo e implementación del Programa Acompaña-Té.....</b>	<b>140</b>
<b>4.1.    Consideraciones previas para diseñar el Programa Acompaña-Té.....</b>	<b>140</b>
4.1.1.    ¿Se puede desarrollar un programa social de voluntariado universitario para intervenir sobre la soledad de las personas mayores?.....	140
4.1.2.    ¿Se necesita un programa para abordar la soledad de las personas mayores en Elche?.....	142
4.1.3.    ¿Qué acciones se han desarrollado desde SABIEX para promover el voluntariado que atienda la soledad de las personas mayores? .....	144

Investigación. La soledad de las personas mayores y el voluntariado.....	144
Formación de voluntarios universitarios.....	145
Coordinación con otras instituciones: Convenios de colaboración.....	147
4.1.4.    ¿Cómo formar a los voluntarios universitarios para que realicen una intervención psicosocial de acompañamiento? .....	148
4.1.5.    ¿Cuáles son los principios de la intervención del Programa Acompaña-Té? .....	153
<b>4.2.    Diseño de la intervención del Programa Acompaña-Té .....</b>	<b>154</b>
4.2.1.    Objetivos de la intervención del Programa Acompaña-Té.....	155
4.2.2.    Fundamentos teóricos y empíricos de la intervención.....	155
4.2.3.    Componentes de la intervención.....	157
COMPONENTE 1: Estimulación de la conversación.....	157
COMPONENTE 2: Entrenamiento Atribucional (EA).....	159
COMPONENTE 3: Activación conductual.....	171
<b>4.3.    Desarrollo e implementación de la intervención de acompañamiento .....</b>	<b>173</b>
4.3.1.    Guía para el acompañamiento.....	173
4.3.2.    Planificación de la intervención de acompañamiento.....	174
Sesión 1: ¿Quiénes somos? Conociéndonos.....	175
Sesión 2: ¿Cómo son mis relaciones sociales? EA I.....	176
Sesión 3: ¿Cómo es mi participación social? EA II.....	177
Sesión 4: ¿Qué actividades me gustaba hacer y ahora ya no hago? .....	177
Sesión 5: Recuperar actividades olvidadas.....	178
Sesión 6: Conociendo los recursos del entorno: ¿Qué pueden hacer las personas mayores en Elche? Visita al centro social de mi barrio.....	178
Sesión 7: ¿Cómo me siento si participo en alguna actividad social nueva? Participar juntos en alguna actividad.....	179
Sesión 8: ¿Qué actividad social quiero hacer hoy? Salir y realizar alguna actividad.....	179
Sesión 9: ¿Qué puedo seguir haciendo sin el acompañamiento a partir de ahora? Despedida y reflexión final.....	180
4.3.3.    Calendario de implementación de las intervenciones realizadas.....	181
4.3.4.    Cumplimiento de las sesiones en las intervenciones realizadas.....	182
4.3.5.    Coordinación de la intervención de acompañamiento.....	183
<i>Capítulo 5. Estudio Empírico .....</i>	<i>187</i>
<i>Objetivos de la Investigación .....</i>	<i>187</i>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>188</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>188</b>
<b>5.    Método.....</b>	<b>189</b>
<b>5.1.    Los Métodos Mixtos de Investigación .....</b>	<b>189</b>
<b>5.2.    Diseño: Método Mixto Anidado .....</b>	<b>190</b>

<b>5.3. El diseño mixto anidado en el ámbito de la psicología.....</b>	<b>193</b>
<b>5.4. Procedimiento seguido en el estudio .....</b>	<b>195</b>
5.4.1. Participantes.....	197
Descripción de los participantes.....	197
Criterios de selección de los participantes.....	201
Reclutamiento de los participantes.....	203
5.4.2. Procedimiento de recogida de datos.....	207
Recogida y análisis de datos CUANTITATIVOS.....	210
Recogida y Análisis de datos CUALITATIVOS.....	222
<b>5.5. Integración de los datos o estudio mixto de resultados .....</b>	<b>226</b>
5.5.1. Calidad y adecuación del diseño de métodos mixtos realizado.....	227
5.5.2. Garantías éticas de la investigación.....	228
<i>Capítulo 6. Resultados .....</i>	<i>231</i>
<i>6. Resultados de la investigación.....</i>	<i>231</i>
<b>6.1. Estudio primario: Análisis de la efectividad del Programa Acompaña-Té .....</b>	<b>231</b>
6.1.1. Análisis descriptivo de las variables del estudio.....	231
6.1.2. Análisis descriptivo de la satisfacción con el Programa.....	238
6.1.3. Análisis inferencial: Contraste de hipótesis de las variables de estudio.....	239
<b>6.2. Primer estudio cualitativo anidado: Análisis del significado y experiencia de soledad. ....</b>	<b>244</b>
6.2.1. Análisis temático de los significados de la soledad.....	245
Dimensión NEGATIVA de la soledad.....	246
Dimensión POSITIVA de la soledad.....	248
Dimensión NEUTRA de la soledad.....	249
Dimensión VARIABLE de la soledad.....	250
6.2.2. Análisis temático de la experiencia de soledad.....	252
La soledad atribuida a causas EXTERNAS.....	252
La soledad atribuida a causas INTERNAS.....	264
<b>6.3. Segundo estudio cualitativo anidado: Análisis de la experiencia de los participantes con la intervención del Programa Acompaña-Té. ....</b>	<b>271</b>
Tema. 1. Ventajas socioemocionales de tener la compañía de un voluntario.....	272
Tema 2. Posibilidad para seguir aprendiendo y desarrollarse.....	275
Tema 3. Oportunidad para participar socialmente.....	279
Tema 4. Nuevo vínculo: la relación con el voluntario.....	281
<b>6.4. Integración de los resultados recogidos sobre la soledad .....</b>	<b>285</b>
6.4.1. Significado y soledad.....	285
6.4.2. Perfil atribucional y soledad.....	287
<i>Capítulo 7. Discusión.....</i>	<i>297</i>

7. <i>Discusión de los resultados</i> .....	297
7.1. <b>Impacto del Programa Acompaña-Té sobre la soledad de los participantes</b> .....	297
7.2. <b>Impacto del Programa Acompaña-Té sobre el control percibido y la participación social de los participantes</b> .....	313
7.3. <b>Satisfacción y beneficios experimentados por los participantes del Programa Acompaña-Té</b> .....	318
7.4. <b>Limitaciones y prospectiva</b> .....	322
<i>Capítulo 8. Conclusiones</i> .....	329
<i>CONCLUSIONS</i> .....	333
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	337
<i>Apéndices</i> .....	367
<i>Reflexiones</i> .....	423





## Índice de tablas

Tabla 1. Población de 65 años o más en Comunidad Valenciana, Provincia de Alicante y Elche.....	14
Tabla 2. Tipos de adaptaciones proactivas propuestas en la actualización del Modelo de Afrontamiento Proactivo de Kahana y Kahana .....	30
Tabla 3. Factores relacionados con la soledad en personas mayores.....	40
Tabla 4. Criterios de inclusión de las revisiones sistemáticas sobre las intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores.....	116
Tabla 5. Características de las intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores.....	122
Tabla 6. Fundaciones Amigas los Mayores en España, lugar y año de creación.....	125
Tabla 7. Expertos consultados para la validación de los contenidos teóricos de la formación teórica de los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té..	146
Tabla 8. Cronograma de las sesiones de teoría del Programa Acompaña-Té.....	152
Tabla 9. Características del vídeo Entrenamiento Atribucional 1 .....	164
Tabla 10. Características del vídeo Entrenamiento Atribucional 2.....	164
Tabla 11. Definición de las categorías de los videos de Entrenamiento Atribucional para realizar el análisis de contenido .....	169
Tabla 12. Análisis de Respuesta Múltiple del Vídeo de EA 1 .....	170
Tabla 13. Análisis de Respuesta Múltiple del Vídeo de EA 2.....	171
Tabla 14. Fecha de inicio y finalización de los acompañamientos realizados en la I edición del Programa Acompaña-Té.....	182
Tabla 15. Relación entre la pregunta de investigación y los objetivos específicos..	189
Tabla 16. Estado de salud de los participantes y servicios sociales recibidos.....	199
Tabla 17. Número de participantes en el estudio según distrito postal.....	201
Tabla 18. Fases del análisis temático propuestas por Braun y Clarke (2006).....	226
Tabla 19. Análisis descriptivo de la soledad antes y después de la intervención.....	232
Tabla 20. Distribución del nivel de soledad antes y después de la intervención.....	233
Tabla 21. Distribución de la soledad percibida antes y después de la intervención	234

Tabla 22. Análisis descriptivo de la competencia personal antes y después de la intervención .....	236
Tabla 23. Análisis descriptivo de la autoeficacia para envejecer y de las dimensiones de autoeficacia antes y después de la intervención.....	236
Tabla 24. Análisis descriptivo de la participación social antes y después de la intervención .....	238
Tabla 25. Distribución de la satisfacción con el grado de participación en actividades sociales antes y después de la intervención .....	238
Tabla 26. Satisfacción de los participantes con el Programa Acompaña-Té .....	239
Tabla 27. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable soledad ...	240
Tabla 28. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable competencia personal .....	241
Tabla 29. Contraste de medias y tamaño del efecto de la variable autoeficacia para envejecer (AEE), las dimensiones de AEE y la AEE sobre la soledad.....	242
Tabla 30. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable participación social. ....	244
Tabla 31. Clasificación por dimensiones y áreas temáticas en las que se agrupa el significado de la soledad dado por los participantes .....	246
Tabla 32. Integración de los resultados en la soledad según el significado de la soledad .....	286
Tabla 33. Resultados pre-post en la soledad de las personas con perfil atribucional 1 .....	288
Tabla 34. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 2 .....	290
Tabla 35. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 3 .....	292
Tabla 36. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 4 .....	293
Tabla 37. Integración de los resultados relacionados con la soledad según perfiles atribucionales.....	294



## Índice de figuras

<i>Figura 1:</i> Datos sobre esperanza de vida mundial.....	10
<i>Figura 2:</i> Aceleración del envejecimiento mundial en las próximas décadas.....	11
<i>Figura 3:</i> Evolución de la población mayor en España desde 1900 .....	12
<i>Figura 4:</i> Proyecciones de población por sexo y edad .....	13
<i>Figura 5:</i> Mapa de la proporción de personas de 65 años o más que vivían solas en 2011, organizado por regiones de nivel 2 NUTS .....	16
<i>Figura 6:</i> Porcentaje de hogares unipersonales de Elche habitados por personas de 65 años o más, según sexo y edad.....	17
<i>Figura 7:</i> Ratios de dependencia en algunos países desarrollados en 2012 y estimaciones para 2030 y 2050.....	20
<i>Figura 8:</i> Sentimientos de soledad según género y forma de convivencia .....	57
<i>Figura 9:</i> Diagrama de la delimitación conceptual de la soledad y otros términos relacionados .....	62
<i>Figura 10:</i> Definición de la soledad del diccionario de la RAE .....	64
<i>Figura 11:</i> Definición del sentimiento de soledad de las personas mayores .....	65
<i>Figura 12:</i> Modelo de Discrepancia Cognitiva de la soledad de Peplau y Perlman (1979) .....	78
<i>Figura 13:</i> Modelo explicativo propuesto por de Jong-Gierveld (1987) .....	80
<i>Figura 14:</i> Modelo explicativo de las consecuencias de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009).....	82
<i>Figura 15:</i> Modelo explicativo de la soledad en personas mayores de Sánchez (2009) .....	83
<i>Figura 16:</i> Modelo conceptual de la relación entre las creencias de control y los efectos sobre el envejecimiento propuesto por Miller y Lachman en 1999 .....	91
<i>Figura 17:</i> Principios de la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té .....	154
<i>Figura 18:</i> Ejemplo de atribuciones causales no deseables y deseables del folleto de Entrenamiento Atribucional.....	167
<i>Figura 19:</i> Progreso de la intervención de acompañamiento del domicilio de la persona al entorno social .....	175

<i>Figura 20:</i> Procedimiento seguido en el estudio en el diseño mixto.....	196
<i>Figura 21:</i> Datos sociodemográficos de los participantes del estudio (I).....	197
<i>Figura 22:</i> Datos sociodemográficos de los participantes del estudio (II) .....	198
<i>Figura 23:</i> Motivo por el que viven solos los participantes del estudio.....	200
<i>Figura 24:</i> Barreras para participar socialmente de los participantes de estudio .....	200
<i>Figura 25:</i> Respuesta de las personas mayores consultadas para participar en el Programa Acompaña-Té.....	205
<i>Figura 26:</i> Proceso de selección de los participantes .....	206
<i>Figura 27:</i> Protocolo de evaluación seguido en la evaluación Pre-intervención .....	208
<i>Figura 28:</i> Nivel de soledad (UCLA) antes y después de la intervención .....	233
<i>Figura 29:</i> Soledad percibida antes y después de la intervención.....	235
<i>Figura 30:</i> Cambios en la puntuación media de las variables de control percibido antes y después de la intervención.....	237
<i>Figura 31:</i> Análisis temático sobre los significados de la soledad de los participantes del estudio .....	251
<i>Figura 32:</i> Perfil atribucional 1: Soledad por causas externas, estables y controlables por la persona .....	255
<i>Figura 33:</i> Perfil atribucional 2: Soledad por causas externas, estables y controlables por otros.....	258
<i>Figura 34:</i> Perfil atribucional 3: Soledad por causas externas, estables e incontrolables .....	263
<i>Figura 35:</i> Perfil atribucional 4: Soledad por causas internas, estables y controlables .....	268
<i>Figura 36:</i> Beneficios de la experiencia de los participantes con el Programa Acompaña-Té.....	284

## Resumen

Las personas que envejecen en solitario tienen más riesgo de sufrir soledad y esta experiencia psicológica compromete su calidad de vida y envejecimiento activo y saludable. Los últimos avances en el estudio de la soledad en esta población han demostrado que los factores psicosociales, como las atribuciones causales, el control percibido y la participación social, determinan el desarrollo y mantenimiento de la soledad en la vejez y, por ello, han señalado que las intervenciones para combatirla deben orientarse a intervenir sobre dichos factores. Estos hallazgos demuestran la influencia que tiene el modo de procesar la información del individuo en el desarrollo de la soledad tal y como se defiende desde el Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979).

Considerando estas pruebas científicas y el modo tradicional de abordar la soledad utilizado en nuestro país desde el voluntariado, se diseñó el Programa “Acompaña-Té”. Éste es un programa de voluntariado universitario en el que voluntarios debidamente instruidos a través de un curso teórico-práctico aplican una intervención psicosocial de acompañamiento de tres componentes (conversacional, enteramiento atribucional y activación conductual). La intervención está dirigida a mejorar el control percibido para manejar la soledad y aumentar la participación social de las personas mayores que viven solas en Elche, con el fin de reducir y/o prevenir su soledad y promover su envejecimiento activo y saludable.

El principal objetivo de este estudio de tesis doctoral es conocer el impacto de la intervención psicosocial de acompañamiento aplicada a través del Programa Acompaña-Té sobre la soledad, el control percibido y la participación social de los participantes del estudio (n=20) y analizar, también, cómo influye el significado y las atribuciones causales de la soledad de éstos en los resultados obtenidos sobre la soledad desde un enfoque metodológico mixto.

Se realizó un diseño mixto anidado, con un estudio cuantitativo primario cuasiexperimental con diseño pre-post sin grupo control, para comprobar los cambios producidos en las variables de estudio tras la intervención. Para ello se realizó una comparación de las puntuaciones medias pre-post mediante la prueba t para muestras relacionadas y se estimó el tamaño del efecto en las variables con cambios significativos. Por otro lado, se anidaron dos estudios cualitativos secundarios, uno realizado antes de la intervención para conocer el significado y la experiencia de soledad de los participantes y otro, después de la misma, para conocer los beneficios obtenidos tras su participación en el programa, cuyos datos fueron examinados mediante el análisis temático.

Los resultados mostraron que tras la intervención de acompañamiento la soledad de los participantes se mantuvo estable, sin embargo, a partir de la integración de resultados cuantitativos y cualitativos se pudo observar que el significado de la soledad y las atribuciones causales de la soledad parecían influir en los resultados sobre la misma. Así, las personas que hacían una interpretación de la soledad positiva o neutra fueron las que se beneficiaron de la intervención mejorando su soledad y/o el control percibido para manejar este sentimiento. Las personas que atribuían su soledad a factores internos y a factores controlables por ellos mismos también mejoraron su soledad y el control percibido sobre ésta tras la intervención. Mediante la comparación de medias se encontraron cambios significativos e importantes en el control percibido ya que tras la intervención mejoró la autoeficacia para envejecer, la autoeficacia para manejar diversas áreas del envejecimiento (salud, cognitiva, física y funcional y socioemocional) y la autoeficacia para manejar la soledad en la vejez. Sin embargo, no se hallaron cambios sobre la participación social. Por su parte, los participantes afirmaron que la intervención recibida les había aportado múltiples beneficios que fueron agrupados en cuatro áreas temáticas: 1) aprendizaje y desarrollo personal, 2) beneficios psicológicos y emocionales, 3) participación social y 4) vínculo con el voluntario y, por ello, mostraron una muy alta satisfacción con el Programa Acompaña-Té.

Así, apoyando el Modelo de Peplau y Perlman (1979), los resultados de este estudio sugerían que aspectos cognitivos como la interpretación de la soledad, las atribuciones causales y el control percibido eran variables que influían en la experiencia de soledad de los participantes y en los resultados que tenía el Programa sobre la soledad de éstos.

Por otro lado, se discuten las dificultades a la hora de realizar la evaluación de resultados de los programas de intervención en contextos reales con personas mayores y se proponen líneas de investigación futura del programa.

A partir de los estudios integrados en esta investigación se concluye que la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té ha sido efectiva para mejorar las creencias de control para manejar la soledad en la vejez y las creencias de control para manejar el envejecimiento de una manera activa y saludable en los participantes del estudio. Las creencias de control deben ser por tanto, un elemento diana en las intervenciones sobre la soledad en la vejez. Asimismo, se concluye también que la estabilidad de la soledad está relacionada con la experiencia de soledad particular de los participantes por lo que se recomienda su evaluación para entender los resultados de futuros programas de intervención y las trayectorias de la soledad en esta población.

## Abstract

People who age alone are more likely to suffer loneliness, and this psychological experience compromises their quality of life and active and healthy ageing. The latest advances in the study of loneliness in this population have shown that psychosocial factors such as causal attributions, perceived control, and social participation determine the development and maintenance of loneliness in old age and, therefore, they have indicated that interventions to combat loneliness must be oriented to intervene in these factors. These findings demonstrate the influence that the individual's way of processing information has on the development of loneliness, as defended by Peplau and Perlman's (1979) model of cognitive discrepancy.

Considering this scientific evidence and the traditional way of addressing loneliness in our country from the viewpoint of volunteerism, the “Acompaña-Té” (Accompany-You) Program was designed. This is a university volunteerism program in which volunteers, duly trained through a theoretical and practical course, applied a 3-component psychosocial accompaniment intervention (conversational, attributional retraining, and behavioral activation). The intervention is aimed at improving perceived control to deal with loneliness and increase the social participation of older people living alone in Elche, in order to reduce and/or prevent their loneliness and promote active and healthy aging.

The main objective of this thesis study is to determine the impact on the participants' loneliness, perceived control, and social participation of the psychosocial accompaniment intervention applied through the Acompaña-Té Program ( $n = 20$ ) and to analyze, also, how the meaning and causal attributions of loneliness influence the outcomes obtained in loneliness from a mixed methodological approach.

A mixed, nested design was conducted, with a primary quasi-experimental design, quantitative study, with pre-post measurements without a control group, to determine the changes in the study variables after the intervention. For this purpose, pre-post mean scores were compared with  $t$ -tests for related samples, estimating the effect size in the variables with significant changes. On another hand, two secondary qualitative studies were nested, one carried out before the intervention to determine the meaning and experience of loneliness for the participants, and subsequently a second study to determine the benefits after participation in the program, the data of which were examined through thematic analysis.

The results showed that the participants' loneliness remained stable after the accompaniment intervention, but from the integration of quantitative and qualitative results, it was observed that the meaning and causal attributions of loneliness seemed to influence the results. Thus,

people who interpreted loneliness positively or neutrally benefited from the intervention, improving their loneliness and/or perceived control to cope with this feeling. People who attributed their loneliness to internal and to self-controllable factors also improved their loneliness and perceived control after the intervention.

Through comparison of means, significant and important changes in perceived control were found because, after the intervention, self-efficacy for aging, self-efficacy to deal with various areas of aging (health, cognitive, physical-functional and socio-emotional areas), and self-efficacy to cope with loneliness in old age all improved. However, we found no changes in social participation. Participants stated that the intervention had provided multiple benefits, grouped into four thematic areas: 1) learning and personal development, 2) psychological and emotional benefits, 3) social participation and 4) a link with the volunteer and, therefore, they were highly satisfied with the Acompaña-Té Program.

Thus, supporting the model of Peplau and Perlman (1979), the results of this study suggested that cognitive aspects such as the interpretation of loneliness, causal attributions, and perceived control were variables that influenced the participants' experience of loneliness and the results of the Program on this experience.

On another hand, the difficulties to assess the outcomes of intervention programs with older people in real contexts are discussed, and future lines of research with the program are proposed.

Drawing on the studies integrated in this research, it is concluded that the psychosocial accompaniment intervention of the Acompaña-Té Program was effective to improve the participants' control beliefs to cope with loneliness in old age and to deal with aging in an active and healthy way. Control beliefs should be therefore a target of interventions on loneliness in old age. It is also concluded that the stability of loneliness is related to the participants' unique experience of loneliness, so their assessment is recommended to understand the results of future intervention programs and the trajectories of loneliness in this population.

## **INTRODUCCIÓN**

Las personas mayores que viven solas se enfrentan a un desafío importante: la soledad. Tanto el hecho de vivir en solitario como la soledad son factores que condicionan seriamente la calidad de vida de la población mayor aumentando su morbilidad y mortalidad. El riesgo asociado a la soledad (y también al aislamiento social) se considera que es equiparable al de otros factores de riesgo bien establecidos de mortalidad como, entre otros, la obesidad, el abuso de sustancias, la actividad física y la salud mental (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015).

La sensibilización hacia este problema socioemocional en la vejez en los últimos años ha sido creciente. A nivel científico, ha aumentado el número de investigaciones sobre la soledad en la vejez de forma impactante. Por ilustrarlo con un ejemplo, el 25 de mayo de 2017 en PsycINFO existían 647 trabajos registrados que incluían en su título el término “loneliness” en el grupo de personas de 65 años o más, de los cuales, 305 han sido publicados a partir del año 2010. Asimismo, en los últimos 30 años en nuestro país ha crecido el número de entidades de voluntariado dirigidas a atender específicamente la soledad de las personas mayores que viven en situación de aislamiento o en riesgo de exclusión social, pasando de tener solamente una fundación en Barcelona con “Amics de la Gent Gran” a cuatro “fundaciones amigas de la gente mayor” en la actualidad. Este hecho no ha pasado inadvertido para el Gobierno español que, desde 2009, está desarrollando y apoyando iniciativas orientadas al estudio y el abordaje de la soledad de las personas mayores como el proyecto “Cerca de Ti” que estudia los beneficios del acompañamiento con voluntarios en personas mayores de 80 años que viven solas; o el “Estudio Longitudinal Envejecer en España”, que incluye en su protocolo de evaluación la escala reducida de “De Jong Gierveld Loneliness Scale” para estimar la prevalencia de soledad social y emocional que tienen las personas mayores en nuestro país; y, también, incluyendo estrategias políticas sobre la soledad en el “Marco de Actuación para las Personas Mayores” elaborado en 2015 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España.

Hallazgos recientes han demostrado de manera consistente la influencia que tienen los factores psicosociales como el control percibido, las atribuciones causales y la participación social en el desarrollo de la soledad en la vejez, recomendándose el desarrollo de intervenciones orientadas a aumentar el control percibido de las personas mayores para prevenir la soledad en esta población (Newall, Chipperfield y Bailis, 2014; Newall, Chipperfield, Clifton, Perry y Swift, 2009). En este sentido, las revisiones de la literatura científica sobre las intervenciones dirigidas a reducir la soledad apuntan que las mejores intervenciones son aquellas que se dirigen a modificar las cogniciones sociales desadaptadas y a mantener y mejorar las relaciones sociales mediante técnicas cognitivo-conductuales (S. Cacioppo, Grippo, London, Goossens y J. T. Cacioppo, 2015; Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Masi, Chen, Hawkey y Cacioppo, 2011).

A pesar de estos hallazgos, en nuestro país la soledad se trata mediante intervenciones de apoyo socioemocional con voluntarios y, pese a la gran labor que se realiza desde las entidades de voluntariado, no existen pruebas científicas de la efectividad de las mismas y en la literatura científica de otros países se afirma que este tipo de programas no han demostrado su eficacia (Cattan, White, Bond y Learmouth, 2005; Pikhartova, Bowling y Victor, 2016).

La investigación que se ha desarrollado sobre intervenciones dirigidas a reducir la soledad en nuestro contexto es escasa. Recientemente, Coll-Planas et al. (2017), desde la Fundación Salud y Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona y en colaboración con diversos centros de atención primaria del Instituto Catalán de Salud, han desarrollado y probado una intervención basada en la promoción del capital social con personas mayores que tenían sentimientos de soledad. La intervención grupal aplicada en dicho estudio perseguía el objetivo principal de aumentar la participación social de esas personas y, para ello, introdujeron la figura de voluntarios mayores que realizaban de puente para conectarles con recursos comunitarios del entorno. Los resultados de su estudio mostraron que la intervención tenía efectos positivos en la soledad social y emocional de los participantes a largo plazo.

Así pues, aunque sí se han desarrollado intervenciones orientadas a aumentar la participación social en España, hasta la fecha no se han diseñado intervenciones que



tengan en cuenta los últimos hallazgos referidos sobre los predictores psicológicos de la soledad para el abordaje de la misma en población mayor.

Para atender esta cuestión, desde el Programa Integral de Mayores de 55 años para la Promoción del Envejecimiento Activo y Saludable (SABIEX) de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), se ha diseñado una intervención psicosocial para el acompañamiento de personas mayores que viven solas que forma parte de un programa de voluntariado universitario: el Programa Acompaña-Té.

En este Programa se ha diseñado una intervención que fusiona los avances científicos sobre los determinantes psicosociales de la soledad en la vejez con el sistema tradicional de intervención de la soledad a través del acompañamiento con voluntarios utilizado en nuestro país. En este caso, los voluntarios universitarios previamente son formados para realizar el acompañamiento domiciliario y, posteriormente, aplican en cada sesión las actividades pautadas en la intervención con la ayuda de una guía para el acompañamiento. La intervención psicosocial diseñada se dirige a aumentar el control percibido sobre la soledad y la participación social de las personas acompañadas para, de ese modo, reducir y/o prevenir la soledad y promover el envejecimiento activo y saludable de las personas mayores que viven solas.

El interés personal por abordar la cuestión de la soledad en la vejez y proponer herramientas orientadas a la prevención de este sentimiento surge tras observar el terrible declive físico, psicológico y social que sufrió mi padre tras perder a mi madre. Aunque fueron muchos los condicionantes de su declive, sin duda alguna, uno de los que tuvo mayor peso fue la soledad que sentía por la ausencia de la compañía de su mujer, por no encontrar en sus hijas el consuelo, apoyo y entendimiento que encontraba en ella y por aislarse en sí mismo en la cárcel de su sillón y la televisión como única compañera.

La soledad fue aumentando, le consumía como una vela, hasta que se apagó.

Esta experiencia vital ha determinado en gran medida mi interés en el tema de investigación que aquí se ocupa, aunque quizá ahora soy más consciente de ello que al empezar a trabajar en este proyecto. Así pues, como hija que no va a ver envejecer a sus padres, pero que ha visto el impacto negativo que la soledad emocional puede tener en personas que carecen de recursos psicológicos y sociales para afrontarla, he

desarrollado este trabajo para poder crear una herramienta que ayude a prevenir y luchar contra la soledad en esta población.

Cuando se desarrolla un programa de intervención como el Programa Acompaña-Té, la intención fundamental es poder demostrar que dicho programa funciona y, por supuesto, que se pueda transferir a poblaciones similares. Sin embargo, diseñar un programa de intervención con voluntarios y personas mayores y evaluar sus resultados a través de la experiencia que han vivido sus participantes, genera unos retos difíciles de abordar desde un paradigma metodológico exclusivamente positivista. Este enfoque trata de explicar, predecir y controlar los fenómenos a través de la cuantificación de la realidad y de la descripción operativa de los objetos que estudia. No obstante, la experiencia humana y, en este caso particular, la soledad y la experiencia de las personas mayores que participan en el programa, son fenómenos psicosociales que requieren una perspectiva de análisis más amplia ya que, de no ser así, su significación psicosocial quedaría fragmentada y no conduciría a la integración del conocimiento (Tovar-Pineda, 2001).

Por su parte, un paradigma de investigación interpretativo o hermenéutico, ayudaría a comprender el qué y el cómo de las experiencias y significados de las personas investigadas, sin embargo, no permitiría predecir y controlar las respuestas de las personas mayores que participan en la intervención y, tampoco, saber si los cambios experimentados por éstas se deben a la intervención recibida, puesto que son objetivos que sólo se pueden alcanzar empleando un diseño experimental (Castillo-Espitia, 2000).

La elección de un método de estudio u otro depende, entre otros muchos factores, de los objetivos que se quieren alcanzar en el estudio y de la formación del investigador. En la mayoría de situaciones el conflicto metodológico se resuelve claramente cuando se formula el problema de investigación, pero existen problemas humanos complejos que requieren intervenciones complejas y precisan el uso de datos cualitativos y cuantitativos para su estudio (Campbell et al., 2000).

El problema de estudio que nos planteamos presenta grandes desafíos; por un lado, la soledad es uno de esos problemas psicosociales complejos que afecta a la salud de las personas mayores y que debe su origen a múltiples causas. El contexto

sociocultural, las características personales, la historia de vida y otras variables que se explicarán con más detalle en apartados posteriores, son aspectos que influyen en la experiencia de soledad y en los efectos que ésta tiene sobre la salud. Por otro lado, evaluar el impacto de la intervención de acompañamiento en personas mayores que viven solas, supone un desafío metodológico debido a la dificultad que entraña la evaluación de programas en el ámbito gerontológico (Fernández-Ballesteros, 2008).

Todo esto y otros factores que, si se mencionasen, harían que este apartado introductorio se convirtiera más un ensayo filosófico del conflicto metodológico del investigador novel que en una introducción al diseño y al método de estudio empleado en este estudio de tesis doctoral, ha condicionado la búsqueda de un método amplio e integrador que ayude a comprender en mayor profundidad los resultados observados en los participantes del estudio después de la recibir la intervención. Por ello, se ha decidido utilizar el “tercer paradigma” o “tercer movimiento metodológico”, es decir, un método mixto de investigación que se sitúe entre ambas aproximaciones metodológicas y facilite una imagen más completa del problema de estudio (Johnson, Onwuegbuzie y Turner, 2007; Denscombe, 2008). Esta perspectiva requiere una visión pragmática en la que la integración de datos cuantitativos y cualitativos provea de una mejor comprensión del problema de investigación. Para que, tal y como afirman Campbell, Shaw y Gregory (2017), el diseño mixto sirva para dar voz a los números.

El propósito de usar métodos mixtos en esta investigación ha sido entender los resultados de la intervención psicosocial aplicada con el Programa Acompaña-Té desde la perspectiva de los participantes (Creswell, 2013), es decir, desde la experiencia de las personas mayores que viven solas y poder transferir el programa a otros contextos similares (Nastasi, Hitchcock y Brown, 2010).

La memoria del trabajo que se ha desarrollado en esta investigación de tesis doctoral se estructura en **tres partes**.

En primer lugar, el **Estudio Teórico** que se desarrolla en tres capítulos. En el **Capítulo 1** se aborda la cuestión del envejecimiento poblacional y del número de personas mayores que viven solas en España y Europa. Aquí se tratan los retos que plantea vivir en solitario durante la vejez, focalizando la atención en el desafío que

supone la soledad para estas personas. También se analizan las causas y consecuencias de la soledad en la vejez, destacando el impacto negativo que tiene sobre la salud de las personas mayores y que pone en riesgo el envejecimiento activo y saludable de esta población. Seguidamente, en el **Capítulo 2** se profundiza en el estudio de la soledad, realizando una delimitación conceptual del término y diferenciándolo de otros términos asociados a esta experiencia. Tras la aclaración conceptual del problema de estudio, se analizan los modelos explicativos de la soledad que se han desarrollado desde la aproximación cognitiva del estudio de la soledad. Asimismo, se examina el papel determinante del control percibido y la participación social en el desarrollo y mantenimiento de la soledad en la vejez. Finalmente, para completar el análisis del estado de la cuestión, en el **Capítulo 3** se examinan las intervenciones desarrolladas para reducir la soledad en personas mayores. Por un lado, se analizan los hallazgos encontrados en las revisiones sistemáticas que han abordado este tema en la literatura científica y, por otro, se examina el modelo de atención de la soledad en nuestro país que se ha desarrollado, principalmente, desde el tercer sector con el respaldo del gobierno y las universidades españolas. Por último, se considera y reflexiona el papel de las universidades españolas en el contexto de la promoción del voluntariado con personas mayores para reducir la soledad.

En segundo lugar, a lo largo del **Capítulo 4** se describe el **Diseño y Desarrollo del Programa Acompaña-Té**, que es un programa de voluntariado universitario que sensibiliza y forma a voluntarios universitarios sobre la soledad en la vejez e interviene con personas mayores que viven solas para reducir o prevenir la aparición de la soledad en éstas. En el capítulo se explica la intervención de acompañamiento que ha sido aplicada en el estudio. Para ello, se describen los componentes de la intervención, las técnicas cognitivo-conductuales empleadas a través de actividades y cómo se ha diseñado y se han aplicado los materiales para la realización de las actividades de acompañamiento durante las sesiones realizadas.

En tercer lugar, se desarrolla el **Estudio Empírico**. Así, en el **Capítulo 5** se presentan las preguntas y los objetivos de este estudio de tesis doctoral que han determinado el enfoque metodológico mixto seguido en la misma. Se describen las características del diseño anidado experimental secuencial que ha sido aplicado, en el que se ha

desarrollado un estudio primario cuantitativo para estudiar el impacto de la intervención de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té y, a este diseño primario, se le han anidado dos estudios cualitativos secuenciales, uno antes de la intervención y otro al finalizar la misma. Este tipo de diseño es ampliamente usado en ciencias de la salud y en estudios que prueban intervenciones o programas en un entorno real (Creswell, 2013). Además es un diseño recomendado para personas que se inician en el mundo de los métodos mixtos o investigadores que realizan en solitario o con pocos recursos su investigación (como es el caso de la persona que presenta este trabajo). Seguidamente, en el **Capítulo 6** se presentan los resultados de los estudios desarrollados en la investigación. En primer término, se describen los resultados del estudio primario cuasiexperimental con diseño pre-post, donde se analiza el impacto del Programa Acompaña-Té en las variables de estudio. En segundo término, se incluyen los resultados cualitativos de los estudios anidados. En el primer estudio se exponen los resultados del análisis temático del significado y la experiencia previa de soledad de los participantes y en el segundo estudio se describen los resultados del análisis temático sobre los beneficios del programa que han sido referidos por las personas acompañadas. En tercer término se finaliza este capítulo realizando una descripción de la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos. Tras la descripción de resultados, en el **Capítulo 7** se integran todos los resultados derivados de los análisis y se ponen en relación con los hallazgos previos que han sido revisados en el estudio teórico. Tras la discusión, se comentan las limitaciones encontradas en el estudio y se plantean posibles soluciones para mejorar futuros trabajos que se realicen en este campo de investigación. Finalmente, en el **Capítulo 8** se exponen conclusiones sobre el impacto que el Programa Acompaña-Té ha tenido en las personas mayores que viven solas en Elche y han participado en el programa y se destacan las principales implicaciones que los hallazgos encontrados pueden tener para el abordaje de la soledad en contextos similares.



# Capítulo 1: La soledad en un mundo envejecido

---

## 1. Envejecimiento y soledad

La soledad es una experiencia psicológica que popularmente se ha vinculado a la vejez (del Barrio et al., 2010.; Díez y Morenos, 2015). En una encuesta realizada en España con población general, cuando se preguntó a los participantes por su opinión sobre los grupos más propensos a sentir soledad y se les solicitaba elegir por orden los tres grupos más vulnerables, el 49,5% situaron al grupo de personas mayores y jubiladas en primera posición y, en total, tres de cada cuatro encuestados mencionaron a este grupo social entre los tres grupos más vulnerables (Díez y Morenos, 2015). De hecho, según datos del barómetro del CIS de 2009, en nuestro país una de las tres situaciones futuras que más se temían era la soledad y el 53% de la población consideraba prioritario desarrollar políticas para mitigar la soledad de las personas mayores (datos referidos en Rubio, 2011). Esta creencia generalizada se ha confirmado repetidamente en la literatura científica, tal y como pudieron comprobar Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman y Shalom (2016) en su estudio de revisión, donde encontraron 11 estudios en los que la edad avanzada se consideraba un factor de riesgo para la soledad.

Estos hechos, sumados al incesante y progresivo envejecimiento de la población, han provocado que aumente la preocupación por el problema de la soledad en la vejez ya que, como veremos en este capítulo, supone una verdadera amenaza para la salud de las personas mayores.

Conocer cuál es la situación actual y futura del envejecimiento de la población y cuáles son las recomendaciones que se han sugerido para intervenir en el ámbito del envejecimiento, puede darnos una imagen más clara de cuál es la magnitud del problema de la soledad en esta etapa de la vida y también de cómo se puede intervenir

para frenar la soledad de las personas mayores desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable.

En este capítulo se aborda la cuestión del envejecimiento de la población centrándonos, sobre todo, en el fenómeno de envejecer en solitario y los desafíos que supone esta situación para el envejecimiento activo. Asimismo se examina el reto de la soledad en la vejez, analizando los factores que propician su aparición en esta etapa del ciclo vital y las consecuencias negativas que provoca este sentimiento en la salud de las personas mayores.

## 1.1. Envejecimiento poblacional ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

### 1.1.1. El envejecimiento de la población.

El envejecimiento poblacional es un hecho global que va incrementándose a medida que la esperanza de vida aumenta y la natalidad desciende. Los avances en el ámbito sanitario, con la reducción de la mortalidad infantil y el control de enfermedades graves, han contribuido a aumentar de manera significativa la esperanza de vida mundial que actualmente se sitúa entre los 81.9 y los 83.7 años en los 10 países más longevos del mundo, entre los que se encuentra España (United Nations, 2015).

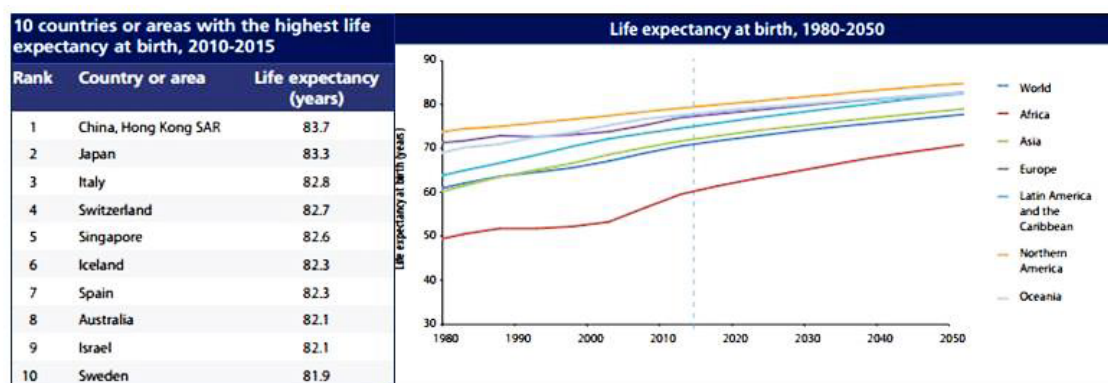


Figura 1: Datos sobre esperanza de vida mundial  
Fuente: United Nations (2015)



Según datos referidos por las Naciones Unidas, en 2015 las personas mayores de 60 años representaban el 12% de la población global, lo que equivale a 901 millones de personas y, debido a las predicciones sobre la reducción global de la natalidad, se espera que siga aumentando en todo el mundo llegando a representar el 22% de la población total en el año 2050, es decir, en poco más de 30 años habrá 2.100 millones de personas con 60 años o más (United Nations, 2015). Además, desde esta institución se advierte que este grupo de edad crece a una tasa anual de 3,3%, más rápido que cualquier otra población y que, de forma generalizada, se observa una feminización del envejecimiento y una tendencia al aumento del grupo de personas más mayores (personas que superan los 80 años) ya que en 2014 era del 14% y se espera que ascienda al 19% en 2050, lo que equivaldría a 392 millones de personas de 80 años y más (United Nations, 2014; United Nations, 2015).

En cuanto a la distribución del envejecimiento en el mundo, Europa es el continente con mayor porcentaje de población mayor de 60 años (24%), sin embargo, como se observa en la figura 2, se prevé un envejecimiento de la población muy rápido en el resto de regiones del mundo y en 2050, a excepción de África, se estima que una cuarta parte de la población de estas regiones tendrá más de 60 años (United Nations, 2015).

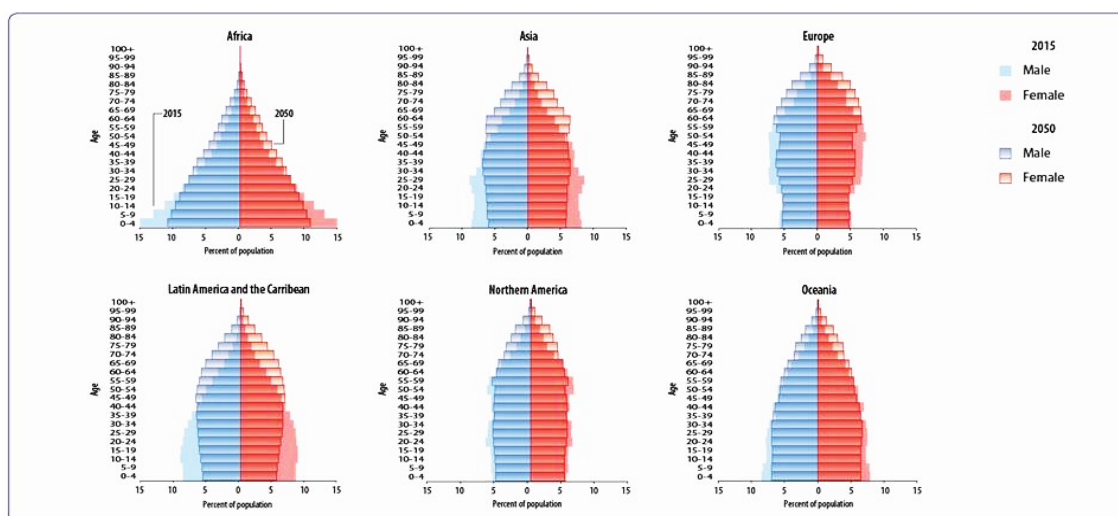


Figura 2: Aceleración del envejecimiento mundial en las próximas décadas  
Fuente: United Nations (2015)

### 1.1.2. El envejecimiento de la población en España y Comunidad Valenciana.

España también continúa su proceso de envejecimiento en el que, siguiendo con la tendencia mundial, se observan los fenómenos del “envejecimiento del envejecimiento” y la “feminización de la vejez”. Según datos recogidos en el reciente informe del perfil de las personas mayores (Abellán, Ayala, y Pujol, 2017), en España hay 8.657.705 personas de 65 años o más, de las cuales 2.778.749 son personas de 80 años o más, representando, respectivamente, un 18,4% y un 6% de la población total (46.557.008 habitantes). Del total de personas mayores, 4.940.008 son mujeres y 3.717.697 hombres, lo que supone un 32,9% más de mujeres que de hombres (Abellán et al., 2017).

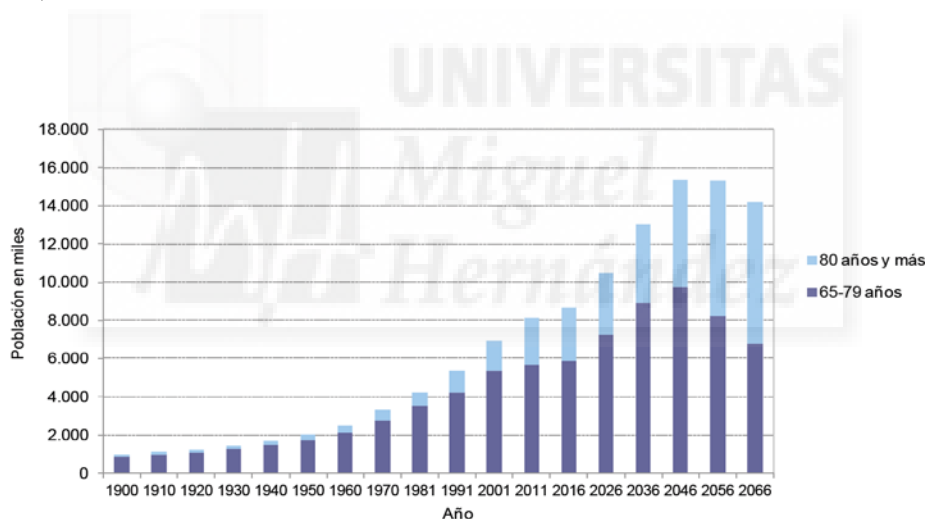
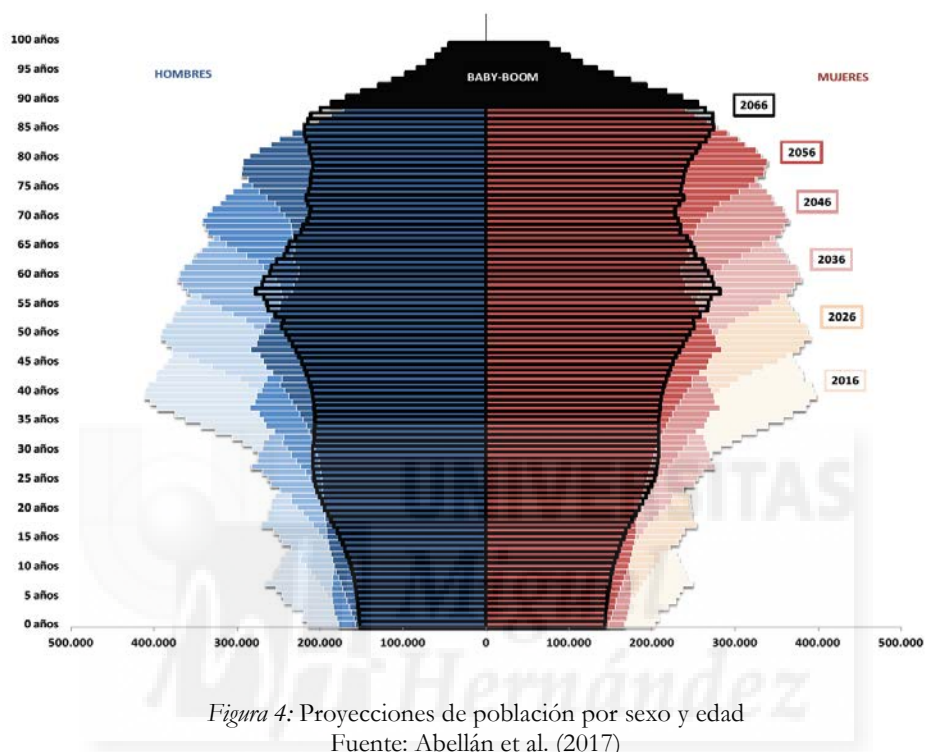


Figura 3: Evolución de la población mayor en España desde 1900  
Fuente: Abellán et al. (2017)

Como se aprecia en las figuras 3 y 4 el aumento del envejecimiento de la población española será imparable. Según las proyecciones, en 2066 habrá más de 14 millones de personas de 65 años o más, esto es el 34,6% del total de la población, que a su vez se estima que se reducirá hasta los 41.068.643 de habitantes. Asimismo, se calcula que la proporción de personas mayores de 60 años se incrementará a partir de 2031 y la población mayor de 80 años lo hará a partir de 2050 aproximadamente (figura 4), coincidiendo ambos periodos con la llegada de las cohortes del baby-boom (Abellán

et al., 2017; INE, 2016c). Esta perspectiva del envejecimiento representa un verdadero reto demográfico para el Gobierno de España que, conscientes de ello, ha creado este año un Comisionado para hacer frente al reto demográfico regulado a través del Real Decreto 40/2017 (Abellán, 2017).



Como se ha señalado previamente, España es uno de los países más longevos del mundo. En 2015 la esperanza de vida se situaba en los 83.3 años, siendo 86.2 años para las mujeres y 80.4 para los hombres (Abellán et al., 2017). Hay que tener en cuenta que a edades avanzadas la fragilidad de las personas mayores aumenta y también la probabilidad de enfermar (Abizanda-Soler, Gómez-Pavón, Martín-Lesende, y Baztán-Cortés, 2010), por lo que es preciso tener en cuenta cuál es la calidad de la esperanza de vida de la población. Esto supone tener en cuenta la esperanza de vida saludable que, siguiendo a Abellán et al. (2017) “pretende añadir una nueva dimensión de calidad a la cantidad de vida” (p.12) y se calcula a partir de la morbilidad crónica y la salud autopercebida. Así, teniendo en cuenta las diferencias observadas por sexo, se ha estimado que la esperanza de vida saludable es menor en

mujeres que en hombres (situándose en los 9 y 9,7 años respectivamente) y, si se tiene en cuenta el porcentaje de tiempo de vida con buena salud a partir de los 65 años, se ha calculado que el 38,5% del tiempo por vivir en mujeres lo es en buenas condiciones, mientras que para los hombres lo es el 50,5% del tiempo. De este modo, se perfila un envejecimiento en España representado por mujeres con baja calidad en su esperanza de vida.

A nivel autonómico, provincial y local (tabla 1), en la Comunidad Valenciana el 18,5% (918.061 personas) de la población total son personas de 65 años o más (Abellán et al., 2017), donde el 56,3% son mujeres y el 43,7% hombres. Por su parte, la provincia de Alicante tiene la población más envejecida representando ésta el 19,1% (350.193 personas) de la población total de la provincia y siendo las mujeres el 54,9% y los hombres el 45,1%. En la ciudad de Elche el 15,7% de la población tiene 65 años o más de los cuales el 56,5% son mujeres y el 43,5% son hombres. A pesar de ser una ciudad poco envejecida, la tendencia al envejecimiento de la población en Elche ha ido en aumento, ya que la población mayor se ha incrementado en un 2,5% durante los últimos 15 años (26.101 en 2001 frente a 35.787 en 2016) según indican datos del Gobierno Provincial de Alicante (2017). En este sentido, cabe destacar que, desde 1998, en Elche se ha incrementado la población en más de 35.000 personas (Gobierno Provincial de Alicante, 2017a) y, sobre todo, ha aumentado la población joven en edad productiva. Entre los posibles factores explicativos de esta tendencia se encuentra la instalación de la sede principal de la Universidad Miguel Hernández de Elche en la ciudad, así como su expansión y desarrollo durante los últimos 20 años, que se piensa que ha podido contribuir a aumentar la cantidad de población joven en la ciudad, haciendo de ésta una población menos envejecida.

Tabla 1. Población de 65 años o más en Comunidad Valenciana, Provincia de Alicante y Elche

Lugar	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	65 años y más	65 años y más	65 años y más
Comunidad Valenciana	918.061	400.781	517.280
Provincia: Alicante	350.193	157.996	192.197
Ciudad: Elche	35.787	15.583	20.204

Nota: Elaboración propia con datos del Padrón Continuo definitivo a 1 de enero de 2016 (INE, 2016b)

### **1.1.3. Personas mayores viviendo solas, la realidad del mundo envejecido.**

“La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad” (Abellán et al., 2017, p. 22).

A nivel internacional, el 40% de la población mundial mayor de 60 años vive independientemente (solos o en compañía de su pareja) y esta tendencia es mayor en las regiones más desarrolladas, donde aproximadamente tres cuartas partes de las personas mayores viven de este modo (United Nations, 2014).

En 2011 había 25.3 millones de personas de 65 años o más viviendo solas (el 28,5% de la población mayor) en los 28 estados miembros de la Unión Europea (UE-28), por lo que 4 de cada 10 viviendas unipersonales de la UE-28 (39% exactamente) estaban ocupadas por personas mayores y, de éstas, 4,7 millones eran personas de 85 años o más (EUROSTAT, 2015). Aunque esta tendencia parece generalizada, la proporción de personas mayores que viven solas es geográficamente diferente entre los estados miembros (figura 5), observándose una mayor concentración de personas que viven solas en los países del norte y el oeste y menores porcentajes en los países del sur y el este de la Unión Europea. Por ejemplo, según datos estadísticos sobre los ingresos y las condiciones de vida (EU-SILC), en 2013 la proporción de hogares unipersonales ocupados por personas de 65 años o más era mayor en países como Rumanía y Lituania, con un 18,6% y 17,7% respectivamente, frente a España (9,9%) y Chipre (7,4%) que fueron los que registraron proporciones más bajas (EUROSTAT, 2015).

Siguiendo con las diferencias geográficas en Europa, pese a que hay mayor número de personas mayores en áreas rurales, se observa una mayor proporción de personas que viven solas en las áreas urbanas, sobre todo las grandes ciudades. En esta línea, Dinamarca es el país que tiene la región con mayor proporción de personas viviendo solas (en 2011 la región de Hovedstaden con un 42,4%), y le siguen con las proporciones más altas las capitales de Bélgica, Reino Unido y Finlandia. En el lado opuesto, con ratios inferiores al 20% de personas de 65 y más años viviendo solas, se encuentran regiones de Grecia, España y Portugal. De hecho, la zona con menor proporción de personas mayores viviendo solas (16,8%) se registró en la comunidad

de Galicia, clasificada en el nivel 2<sup>1</sup> dentro de las Nomenclaturas de las Unidades Territoriales Estadísticas (NUTS) empleadas por la Unión Europea (EUROSTAT, 2015).

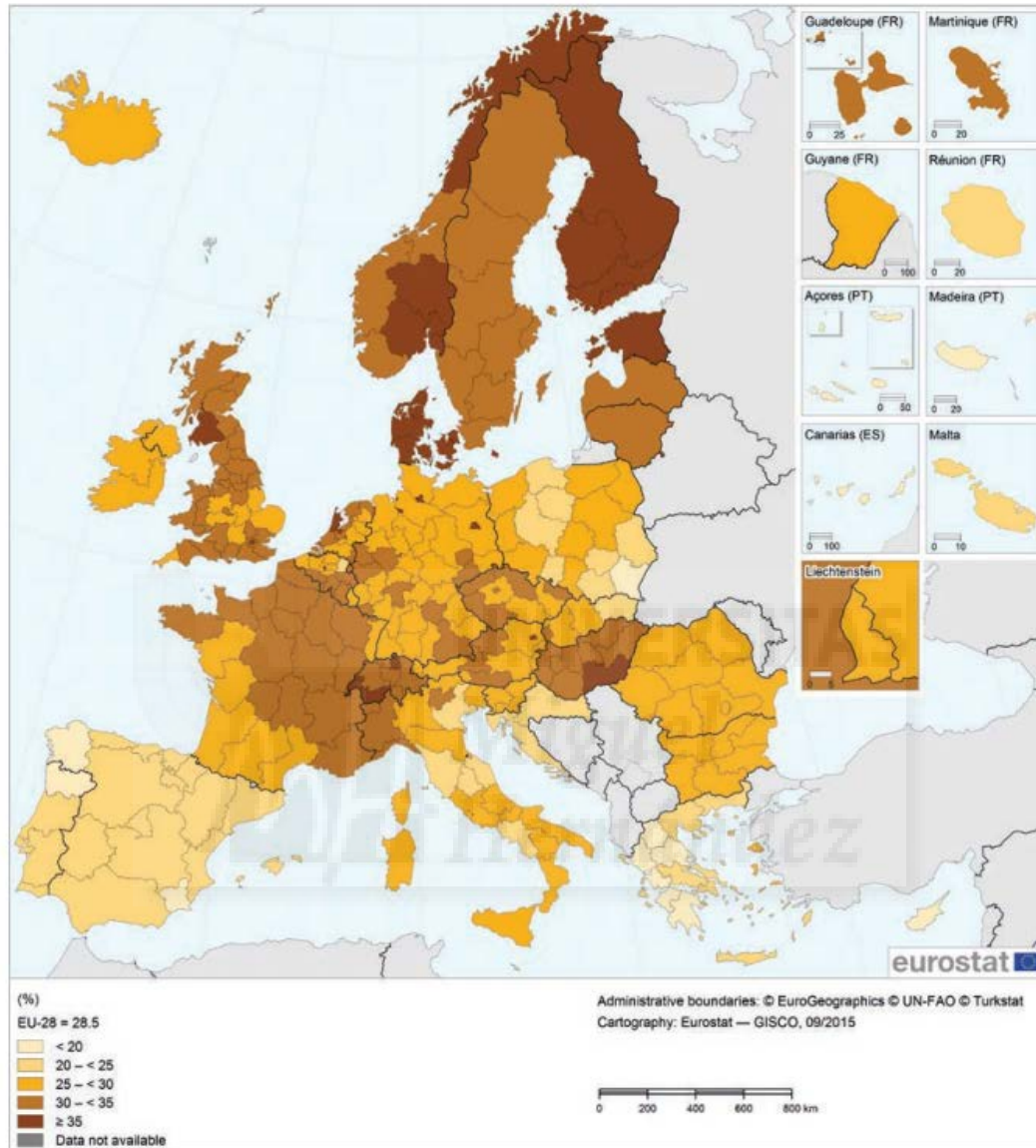


Figura 5: Mapa de la proporción de personas de 65 años o más que vivían solas en 2011, organizado por regiones de nivel 2 NUTS  
Fuente: EUROSTAT (2015)

---

<sup>1</sup> Siguiendo EUROSTAT (2015) la clasificación NUTS subdivide cada Estado miembro de la UE en regiones en tres niveles diferentes, que abarcan los niveles NUTS 1, 2 y 3 (de las zonas más grandes a las más pequeñas).

A pesar de las comparaciones, en España el modo de convivencia de las personas mayores ha cambiado sin cesar durante las últimas décadas, acentuándose el número de personas que viven solas y el número de hogares unipersonales. Concretamente, el número de hogares unipersonales ha crecido de 1991 a 2015 un 11,7% (del 13,3% al 25%). Del mismo modo, el número de personas de 65 años o más que viven solas se ha incrementado desde 2001 hasta 2015 un 36,7%, pasando de 1,4 a 1,9 millones de personas viviendo solas. (Abellán y Pujol, 2016). Actualmente, se estima que hay 1.859.800 de personas mayores viviendo solas (503.500 hombres y 1.356.300 mujeres) y este colectivo ocupa el 40,6% de total de viviendas unipersonales de España (INE, 2016a). Además, la soledad residencial aumenta con la edad y es mucho mayor en mujeres, representando el 73% de los solitarios mayores (Abellán y Pujol, 2016). Esto queda claramente representado en la evolución de mujeres de 85 años o más que viven solas en España, pues en el año 1991 se contabilizaban 60.000 mujeres viviendo en esa situación y en el año 2001 esta cifra aumentó hasta 160.000 (INE, 2004) y en 2015 el 40,9% de las mujeres mayores de 85 años vivía en solitario en España (INE, 2016a).

Por su parte, en Elche, según datos del Censo de Población y Vivienda de 2011 del INE, en el año 2011 los hogares unipersonales representaban el 21,7% del total y el 36% de estos hogares estaban ocupados por personas de 65 o más años, siendo 5.185 mujeres y 1.520 hombres (referido en Ayuntamiento de Elche, 2014). Asimismo, como se muestra en la figura 6, en la localidad de Elche también se observa la tendencia a vivir en soledad a medida que se envejece y un mayor número de mujeres mayores viviendo solas (Ayuntamiento de Elche, 2014).

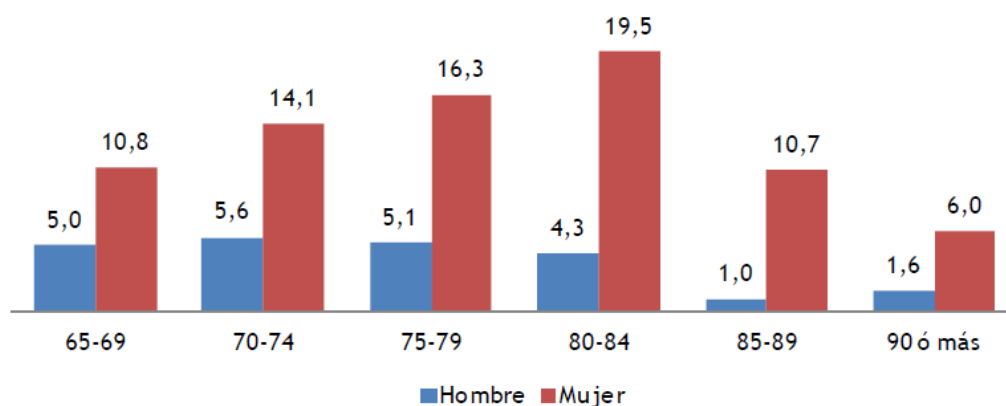


Figura 6: Porcentaje de hogares unipersonales de Elche habitados por personas de 65 años o más, según sexo y edad  
Fuente: Ayuntamiento de Elche (2014)

**Conclusiones sobre la evolución demográfica descrita.**

El aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de las sociedades y el aumento del número de personas mayores de 65 años que deciden vivir solas, es un símbolo del éxito de las sociedades desarrolladas. Como señalan Abellán y Pujol (2016) “se observa un deseo (cuando no es forzado) de vida en soledad y capacidad para llevarla adelante” (p.3.), es decir, se vislumbra el deseo de las personas mayores de vivir de manera autónoma y elegir vivir solas como vía para lograr dicha autonomía y autogobierno (López-Doblas, 2005). No obstante, no siempre esa situación es elegida, sino más bien obligada, y las consecuencias emocionales de percibir la obligación de vivir en soledad son muy negativas para las personas mayores (Díez y Morenos, 2015; López-Doblas, 2005).

Por ello, desde un enfoque de análisis (y también de preocupación) por los fenómenos demográficos descritos, existe cierta inquietud ante estos datos puesto que apuntan el posible debilitamiento de los sistemas de apoyo familiar y de seguridad en la vejez y, dado que la fertilidad seguirá reduciéndose, esto supondrá que las personas mayores dispondrán de menos fuentes de apoyo y soporte familiar cuando envejeczan (United Nations, 2014) y serán más vulnerables ante situaciones de fragilidad (Rubio, 2011). Sin embargo, desde una lectura de los datos más halagüeña, estos datos también indican que el perfil de las personas mayores ha evolucionado, envejeciendo cada vez mejor y buscando ser más independientes y autónomas.

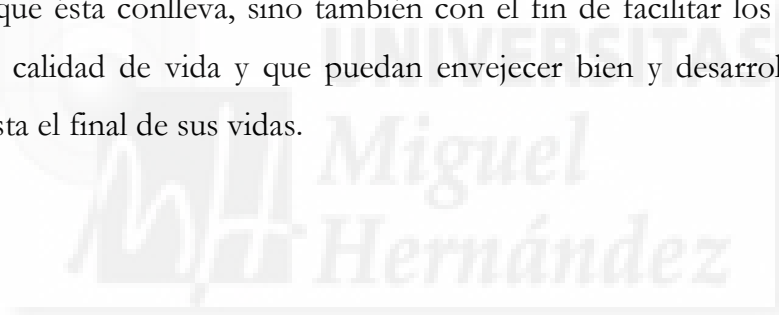
Por todo lo anterior, tal y como se afirma desde las Naciones Unidas, todos los países deben tomar medidas con el fin de anticipar y planificar acciones para asegurar el bienestar de las personas mayores, proteger sus derechos, su seguridad económica, el acceso a los adecuados servicios de salud y facilitarles redes de apoyo formal e informal (United Nations, 2014; United Nations, 2015). Y no solo eso, sino que además es necesario atender el envejecimiento desde un enfoque más realista y positivo, que tenga en cuenta el nuevo perfil de las personas mayores y que se centre en las potencialidades y deseos que tienen los mayores para envejecer como desean.



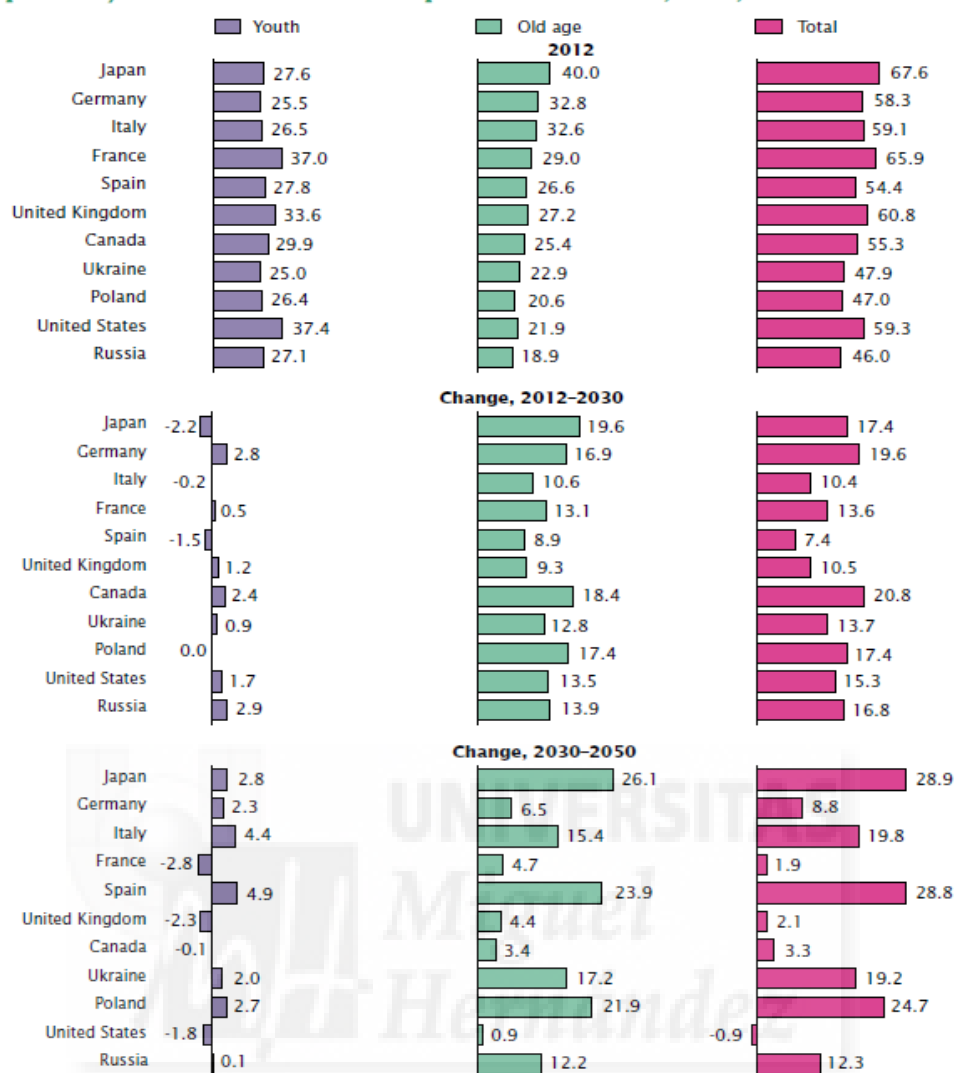
## **1.2. Paradigma de Envejecimiento Activo ante el envejecimiento poblacional**

Este contexto global de envejecimiento poblacional ha planteado, y sigue planteando en la actualidad, numerosos desafíos económicos, políticos y socio-sanitarios. Pero sin duda, uno de los problemas más graves que puede provocar el envejecimiento de la población es la dependencia de las personas mayores ya que, según las recientes proyecciones de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (Ortman, Velkoff, y Hogan, 2014), debido al aumento del número de personas mayores dependientes, España será el segundo país con más dependencia total después de Japón (figura 7).

Ante esta panorámica, una de las responsabilidades más importantes que se debe asumir en las sociedades actuales es procurar que las personas envejezcan de manera saludable. No solo con el fin de evitar la dependencia y los costes sociales, económicos y sanitarios que ésta conlleva, sino también con el fin de facilitar los recursos para aumentar su calidad de vida y que puedan envejecer bien y desarrollar su propio potencial hasta el final de sus vidas.



Dependency Ratios in Selected Developed Countries: 2012, 2030, and 2050



Note: Countries are listed in descending order of the percentage of the total population aged 65 and over in 2012.  
 Total dependency = ((Population under 18 + Population aged 65 and over) / (Population aged 18 to 64)) \* 100.  
 Old-age dependency = (Population aged 65 and over / Population aged 18 to 64) \* 100.  
 Youth dependency = (Population under 18 / Population aged 18 to 64) \* 100.  
 Change between 2012 and 2030 is calculated by subtracting the dependency ratio in 2012 from the dependency ratio in 2030.  
 Change between 2030 and 2050 is calculated by subtracting the dependency ratio in 2030 from the dependency ratio in 2050.  
 Source: U.S. Census Bureau, 2012 Population Estimates, 2012 National Projections, and International Data Base.

Figura 7: Ratios de dependencia en algunos países desarrollados en 2012 y estimaciones para 2030 y 2050  
 Fuente: Ortman et al. (2014)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende el **envejecimiento saludable** como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p. 30). La promoción del envejecimiento saludable ha supuesto modificar la manera de entender el envejecimiento, entendiéndose actualmente como un proceso continuo que se desarrolla a lo largo del ciclo vital (OMS, 2002).

Este cambio en la manera de entender el envejecimiento se ha ido desarrollando progresivamente a partir de la segunda mitad del siglo XX, desde que Havighurst utilizó por primera vez el concepto de envejecimiento activo (Petretto, Pili, Gaviano, Matos-López y Zuddas, 2016) y desarrolló la “Teoría de la Actividad” junto a Albrecht, en la cual subrayan la importancia de mantenerse activo para envejecer con éxito. A partir de entonces, se empezó a desarrollar el paradigma del “Envejecimiento Activo”, que ha servido como orientación para el estudio del envejecimiento y el desarrollo de actuaciones para personas mayores (Pinazo, Lorente, Limón, Fernández, y Bermejo, 2010).

El concepto de **Envejecimiento Activo (EA)** fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 para referirse al “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p. 79). Con la inclusión de este nuevo concepto se transmite un mensaje más completo de envejecimiento saludable, en el que se tienen en cuenta algunos factores importantes que afectan al envejecimiento de las personas y las poblaciones como son la participación social y la seguridad. Así, este paradigma de envejecimiento ha servido de marco para diseñar políticas multisectoriales sobre envejecimiento activo orientadas a mejorar la salud y la participación de las personas que envejecen y garantizar la seguridad, protección y el cuidado de estas personas (OMS, 2002).

Como señalan Pinazo et al. (2010), trabajar desde el modelo de EA repercute de manera positiva en el proceso individual de envejecimiento, puesto que ayuda a mantener la autonomía e independencia de las personas que envejecen. En este sentido, los autores aclaran que no se deben confundir ambos conceptos: **autonomía** se refiere a “la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida” (p.6) e **independencia** se refiere a “la capacidad de la persona para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria” (p.7). Por tanto, trabajar desde el paradigma de EA genera personas más autónomas e independientes, lo que repercute positivamente en las sociedades, al reducirse los niveles de dependencia y con ello el consiguiente gasto asociado, pero, sobre todo, se contribuye a crear mejores sociedades. En palabras de Pinazo et al. (2010) el EA “construye una sociedad en la

que los valores y derechos de las personas, tales como la libertad o la dignidad, se hacen más posibles para todos” (p.6). Lo que cobra un significado especial en el grupo de personas mayores.

Es por ello que las sociedades envejecidas deben afrontar los retos que plantea el envejecimiento poblacional desde un paradigma de envejecimiento activo y saludable. A través del desarrollo de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, que den poder a las personas mayores para controlar y mejorar su salud y que frenen las enfermedades que comprometen la calidad de vida de estas personas, con el fin de crear sociedades que promuevan el bienestar de las personas en proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2008; OMS, 2002; Petretto et al., 2016; Ramos, Yordi, y Miranda, 2016).

### **1.2.1. Aproximación a los Modelos teóricos de Envejecimiento Activo.**

El envejecimiento activo, también llamado envejecimiento “exitoso”, “saludable”, “óptimo”, “productivo” o “positivo” (Fernández-Ballesteros, 2008), es un constructo sobre el que todavía no se ha llegado a una definición o modelo común de referencia para comprender los factores clave que contribuyen a lograrlo.

Tradicionalmente se han consolidado dos enfoques en el estudio del envejecimiento, por un lado, los modelos que explican el “envejecimiento con éxito” basados en la definición de Rowe y Kahn, desarrollados fundamentalmente en América, y, por otro lado, los modelos que explican el “envejecimiento activo y saludable” basados en la definición de la OMS, que se han elaborado sobre todo en Europa, como, por ejemplo, el Modelo de Fernández-Ballesteros que ha sido reconocido como “el referente europeo de los modelos de envejecimiento activo” (Petretto et al., 2016, p.7).

A continuación se describen las principales características de estos modelos basándonos en los datos ofrecidos por Petretto et al. (2016) en su artículo de revisión, en el que recientemente analizaron y sintetizaron la literatura que se ha generado

durante los últimos sesenta años sobre los modelos que describen el envejecimiento activo y saludable.

- *Modelo de “Envejecimiento con Éxito” de Rowe y Kahn.*

Desde este enfoque el “envejecimiento con éxito” es un concepto multidimensional que se compone de *3 factores: baja probabilidad de enfermar* y de desarrollar discapacidad, *alto funcionamiento* cognitivo y físico, y un *alto compromiso* con la vida. Estos factores están vinculados entre sí de manera jerárquica, es decir, las personas que envejecen con éxito, como tienen baja probabilidad de enfermar y un alto funcionamiento cognitivo, físico y social, se comprometen con la vida a través de la participación social en actividades. En cuanto a la participación activa, los autores se refieren a las actividades productivas, incluyendo en este grupo las actividades que tienen significado personal y las relaciones interpersonales. Asimismo, los datos empíricos recogidos sobre el modelo señalan que la realización de actividades productivas está influida por la capacidad funcional, el nivel educativo, el sentido de autoeficacia y la respuesta al estrés de las personas.

- *Modelo de “Envejecimiento Activo” de la OMS.*

Los tres pilares fundamentales del modelo de la OMS son la participación, la salud y la seguridad, que quedan reflejados perfectamente en su definición de EA (ver apartado 1.2). Este modelo describe *6 determinantes* que influyen en el EA (*servicios socio-sanitarios; entorno físico; entorno social; factores conductuales; factores personales; y factores económicos*) y *3 factores* clave del EA (*autonomía, independencia y calidad de vida*). Así, la OMS entiende que el EA es el “éxito de la influencia de diferentes variables constitucionales, estilos de vida y ambientales, que llevan al desarrollo de perfiles de menor riesgo de envejecimiento patológico” (Petretto et al., 2016, p. 7).

- *Modelo de “Envejecimiento Saludable, Positivo y con Éxito” de Fernández-Ballesteros.* La autora, tras revisar extensamente los modelos anteriores y comprobar empíricamente las distintas variables implicadas dentro de estos modelos, concluye que el concepto de EA es multidimensional y afirma que los criterios generalmente aceptados en la definición de EA son fundamentalmente cuatro: las condiciones de *salud*, el *funcionamiento físico y cognitivo* óptimo, el *afecto* positivo y el *control*, y la *participación social*. Así pues, la conceptualización de Fernández-Ballesteros subraya la

importancia de considerar que el EA es un fenómeno multidimensional que incluye variables objetivas y subjetivas.

Además de estos modelos, durante los últimos 60 años han proliferado muchos otros modelos explicativos del EA que también han contribuido a descubrir indicadores y predictores del buen envejecimiento. Sin embargo, esta proliferación de modelos también ha generado ruido y confusión a la hora de comprender el EA. En esta línea, el trabajo de Petretto et al. (2016) confirma que la confusión conceptual entorno al constructo del EA sigue estando vigente en la actualidad. Los autores citan algunos artículos de revisión sobre los modelos de EA que critican el modelo tradicional de envejecimiento con éxito de Rowe y Kahn y proponen nuevas orientaciones en el estudio del envejecimiento desde enfoques teóricos más holísticos e integradores (por ejemplo, la revisión crítica de Katz y Calasanti de 2014 que propone como alternativa el modelo “Envejecimiento Armonioso” de Liang y Luo de 2012). Así, en este interesante artículo se concluye que, aunque no se ha conseguido una definición única de envejecimiento activo y con éxito, se ha conseguido llegar a un punto de convergencia en el que se subraya la necesidad de que los futuros modelos de EA superen los modelos determinados social y culturalmente, integren tanto aspectos cognitivos como subjetivos del individuo y promuevan modelos de envejecimiento inclusivos que den a todas las personas las mismas oportunidades de envejecer con dignidad (Petretto et al., 2016).

### **1.2.2. Políticas para fomentar el Envejecimiento Activo.**

En España “somos pioneros en materia de envejecimiento activo” (IMSERSO, 2011, p. 19). Durante los últimos 15 años el Gobierno de España ha participado activamente con las Naciones Unidas en diferentes acciones de promoción del EA. En 2002 colaboró en la organización de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento Activo celebrada en Madrid en 2002 (IMSERSO, 2011), hito importante para el desarrollo del marco político del EA, pues en ella se formuló el **II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas** (Fernández-Ballesteros, 2012). Posteriormente, España participó en la organización de la Conferencia

Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento, celebrada en León en 2007, donde se elaboró la **Declaración Ministerial de León**, en la que se recogen los compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE en materia de EA. Finalmente, en el año 2012, durante el “**Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional**” declarado por el Parlamento Europeo y la Comisión de la Unión Europea (Decisión 940/2011/CE, de 14 de septiembre de 2011), el Gobierno de España desarrolló actividades de sensibilización para la población general y promocionó estas iniciativas en medios de comunicación y otros agentes (IMSERSO, 2011). El Año Europeo del Envejecimiento supuso uno de los compromisos institucionales más importantes impulsados por la UE para promover la vitalidad y la dignidad de todos en Europa y facilitar la creación de una cultura de EA, basada en una sociedad para todas las edades (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011).

Estos hechos muestran el creciente interés por el análisis del envejecimiento de la población y el aumento del compromiso de los organismos políticos para hacer frente a los retos y desafíos que este fenómeno genera. Y, más aún, obliga a cambiar la visión de la vejez que ahora, en contraposición con la anterior imagen negativa asociada al término de “población pasiva”, se perfila como grupo activo que aporta valor y enriquece la sociedad. Actualmente la población mayor envejece con mejor calidad de vida, autonomía e independencia, lo que permite que las personas que se encuentran en este sector poblacional puedan seguir contribuyendo y participando en la sociedad.

En esta nueva aproximación al envejecimiento, un hito importante en nuestro país fue la publicación del **Libro Blanco del Envejecimiento Activo** (IMSERSO, 2011). En este documento se ha analizado en profundidad la vejez de la población española, se ha abordado de manera multidisciplinar el estudio del envejecimiento y se ha buscado el consenso y la opinión de los diferentes agentes relacionados con el envejecimiento para su desarrollo. Así, el Libro Blanco del Envejecimiento Activo constata el cambio de visión del envejecimiento y el compromiso político con el EA del Gobierno Español para garantizar el derecho a la igualdad y dignidad de las personas mayores. (IMSERSO, 2011).

De la misma forma, en 2015, el Gobierno de España publicó el “**Marco de Actuación para la Personas Mayores: propuestas y medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores**”, cumpliendo así con el compromiso declarado en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo y con las orientaciones de la Unión Europea establecidas en 2012 en el Año Europeo del Envejecimiento. Este documento ha sido elaborado por el IMSERSO y el Consejo Estatal de Personas Mayores con el fin de guiar el presente y el futuro de las políticas y actuaciones hacia las personas mayores dirigidas a promover el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones. Para ello se han establecido 348 propuestas que pretenden orientar a los poderes públicos y a la sociedad en general a promover la participación social y la vida independiente, activa y saludable de las personas mayores (MSSSI, 2015).

### **1.3. El Envejecimiento Activo ante el reto de la soledad en la vejez**

En España el 87,3% de las personas mayores prefiere vivir en casa aunque sea solas (MSSSI, 2015, p. 64). De hecho, cuando se analiza la decisión de las personas mayores de vivir solas teniendo en cuenta las relaciones de apoyo familiar que tienen se ha observado que:

Se intercambie o no ayuda con los familiares, las personas mayores desean mantenerse en su hogar antes que mudarse a vivir con ellos, lo cual supone que, al llegar la viudedad, prefieren vivir en solitario. Es la alternativa que más les garantiza: sentirse libres, independientes y autónomas con respecto a sus descendientes (MSSSI, 2015, p. 27).

A pesar de ello, la soledad es uno de los aspectos que más preocupa a las personas mayores (MSSSI, 2015). En la encuesta de mayores se encontró que el 27,2% de estas personas manifestaban que les preocupaba envejecer debido a la soledad y el 29,9% creía que la principal necesidad de las personas mayores en la sociedad actual era evitar la soledad (IMSERSO, 2010). Esta preocupación compite con su deseo de vivir solos, siendo independientes y autónomos, y manteniendo a la vez las redes de apoyo



familiar. Así pues, las personas mayores están convencidas de que lo más adecuado es seguir e

n casa disfrutando de la soledad si es querida, o adaptándose a ella cuando viene impuesta, según dicen: “es lo sensato” (IMSERSO, 2011, p. 530).

Es por ello que la decisión de vivir en solitario inevitablemente condicionará el envejecimiento de las personas que viven solas, por lo que resulta necesario prestar atención a los retos a los que se enfrentan, como el de la soledad, para lograr un buen envejecimiento dentro del enfoque del EA.

El reto de la soledad en la vejez y su abordaje desde el marco del EA, se puede realizar desde dos enfoques, poblacional e individual, siguiendo la distinción que hace de estos enfoques Fernández-Ballesteros (2012) en el marco del EA:

“La perspectiva individual implica que el individuo es el agente y artífice de su propio envejecimiento, así como, poblacionalmente, que los responsables de las políticas socio-sanitarias han de crear ambientes saludables y activos para la promoción del buen envejecimiento” (p.83).

Contextualizando la definición de estos enfoques en el objeto de estudio que aquí se aborda, esto es, la soledad en el envejecimiento de las personas mayores que viven solas, desde la perspectiva poblacional se revisan las recomendaciones políticas internacionales y nacionales más recientes en relación a la soledad de las personas mayores: qué se propone desde las instituciones para prevenir la soledad y promocionar la salud de la población mayor. Por otro lado, a nivel individual, se describen dos modelos de EA que explican cómo las personas mayores se adaptan a los cambios y a las pérdidas y cómo modifican sus metas y redes sociales en la etapa final de la vida. Desde estos enfoques, se describe la perspectiva de las personas mayores que eligen, o se ven obligadas a vivir en soledad, lo que condiciona el envejecimiento de éstas y aumenta la probabilidad de sufrir situaciones de aislamiento social y soledad en esta etapa de la vida.

### **1.3.1. Soledad y Envejecimiento Activo: Perspectiva Poblacional.**

A nivel internacional, la OMS (2016) advierte que la soledad es uno de los problemas que amenaza la salud mental de las personas mayores y propone promocionar la salud de estas a través de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables, como el caso de las personas mayores que viven solas, para poder prevenir situaciones de aislamiento social o soledad.

Del mismo modo, en el Marco del Envejecimiento en España (MSSSI, 2015) se afirma que:

“la soledad constituye uno de los principales problemas de las personas mayores (...) este problema repercute directamente, de forma negativa, en la satisfacción de sus necesidades vitales, en su salud, en la relación con su entorno, en el acceso a los servicios comunitarios de apoyo que necesitan, en su seguridad, en su nutrición y en su calidad de vida en general” (p. 36).

En el documento referido se aborda la cuestión de la soledad desde la perspectiva de las personas mayores y se recogen las preocupaciones que los mayores trasladaron en el Congreso del Consejo Estatal de Personas Mayores en 2009 y en el Libro Blanco del Envejecimiento (IMSERSO, 2011) sobre la soledad y, más aún, se plantean una serie de medidas y propuestas para combatir la soledad de las personas mayores. A continuación se recogen alguna de estas recomendaciones (para ampliar esta información MSSSI, 2015):

- En relación al tipo de soledad que se debe combatir se advierte que “es necesario luchar contra la soledad de las personas mayores, no solo la física, sino también la emocional y la no deseada” (propuesta 3.2.18. p.39).
- En relación a los esfuerzos para abordar la soledad de las personas mayores desde las instituciones públicas se recomienda “potenciar políticas basadas en evidencias resultantes de investigaciones científicas validadas y no en meras conjeturas sobre lo que puede funcionar mejor” (propuesta 2.8.10. p.29).
- En relación a las competencias de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios que están en contacto con personas mayores se considera que “la formación de estos profesionales (...) es fundamental para que sepan cómo

intervenir en la prevención y contención de la soledad” (propuesta 3.2.13. p.38).

- En relación a las iniciativas populares para combatir la soledad de los mayores se reconoce que se debe “facilitar al máximo las iniciativas populares en favor del aumento de oportunidades de mantener el contacto social de las personas mayores (...) Habría que hacer un esfuerzo para integrar esas iniciativas de modo que los grupos implicados puedan intercambiar sus esfuerzos” (propuesta 3.2.14. p. 38).
- En relación a las acciones para combatir la soledad se propone “fomentar, a todos los niveles, medidas para combatir la soledad, de manera especial de las mujeres mayores, por ser quienes más la sufren” (propuesta 3.2.16. p. 38). Además se añade “conviene que las acciones sean de carácter comunitario y, a ser posible, dirigidas por los propios usuarios, desde su propia percepción de la situación en la que se encuentra, con la ayuda y el apoyo de personas relevantes de su entorno” (propuesta 3.2.16. p. 38).
- En relación al voluntariado de jubilados y mayores se sugiere que “la sociedad debe reconocer más aún el voluntariado de ellas, en especial las actividades de acompañamiento y aquellas otras que intentan combatir la soledad de otras personas, sean o no dependientes” (propuesta 3.3.7. p. 40).
- En relación a la soledad en el ámbito residencial se propone “fomentar un mayor número de visitas de familiares, vecinos y amigos de las personas mayores acogidas en ellos, así como del personal voluntario de acompañamiento, con el fin de evitar situaciones de soledad” (propuesta 4.5.12.f. p.79).

### **1.3.2. Soledad y Envejecimiento Activo: Perspectiva Individual.**

Desde una perspectiva individual, las personas mayores se tienen que adaptar a numerosos cambios intrínsecos, propios del desarrollo biopsicosocial que experimentan y de las complicaciones de salud que puedan aparecer, y extrínsecos, aquellos relativos al entorno social en continuo cambio que exige a las personas

mayores nuevas maneras de relacionarse y comunicarse con el mundo que les rodea como pueden ser la jubilación, el nido vacío y la viudedad. Ante estas exigencias las personas mayores toman decisiones y realizan comportamientos para adaptarse que determinan su modo de envejecer.

- **Adaptación en la vejez para el EA: El “Afrontamiento Proactivo”.**

Para explicar los mecanismos que facilitan la adaptación a los cambios en las personas mayores Kahana y Kahana propusieron el Modelo de “Coping” Proactivo (Petretto et al., 2016), que es un modelo integral de envejecimiento exitoso que explica cómo las personas mayores se enfrentan al estrés en esta etapa de la vida (Kahana, Kahana y Kercher, 2003). Este modelo mantiene la hipótesis de que el efecto negativo que provocan los estresores sobre la calidad de vida en las personas mayores está mediado o moderado por amortiguadores del estrés. Entre los amortiguadores del estrés, en el modelo se incluyen los tradicionales recursos internos y externos de la persona y, además, se añaden nueve adaptaciones proactivas (tabla 2) que se consideran fundamentales para lograr la adaptación a los cambios y pérdidas y envejecer con éxito (Kahana et al., 2003). Asimismo, en el modelo se tiene en cuenta el contexto espacio-temporal de la persona, porque se entiende que éste condiciona todos los componentes incluidos en el modelo: los factores de estrés, los factores amortiguadores del estrés y las variables de calidad de vida (Kahana et al., 2003). Así pues, desde este modelo se considera que la persona mayor es un agente activo de su envejecimiento y que las adaptaciones proactivas que realice amortiguarán el efecto negativo del estrés, facilitarán su adaptación a los cambios o las pérdidas que le acontezcan y, de este modo, envejecerá con éxito.

Tabla 2. Tipos de adaptaciones proactivas propuestas en la actualización del Modelo de Afrontamiento Proactivo de Kahana y Kahana

Adaptaciones preventivas	Adaptaciones Correctivas	Adaptaciones mixtas (preventivas y correctivas)
1. Promocionar la salud.	4. Pedir ayuda en los recursos sociales disponibles.	7. Usar tecnologías.
2. Ayudar a otras personas.	5. Sustituir roles.	8. Consumir Servicios de Salud.
3. Planificar a largo plazo.	6. Modificar el ambiente.	9. Mejorar y crecer personalmente.

Nota: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos en Kahana et al. (2003)

- **Adaptación en la vejez para el EA: la “Selectividad Socioemocional”.**

Como se puede comprobar en la tabla anterior, algunas de las adaptaciones proactivas propuestas en el modelo de afrontamiento proactivo tienen que ver, directa o indirectamente, con situaciones de interacción social y relación con otras personas. En este contexto, tal y como defiende la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999), se debe tener en cuenta que las preferencias de las personas mayores a la hora de relacionarse y sus metas sociales cambian a medida que estas personas perciben que el tiempo que les queda por vivir es limitado. Desde esta teoría se asumen tres ideas fundamentales: 1) la interacción social es fundamental para la supervivencia; 2) los seres humanos, como seres intervinientes en el entorno, tienen un comportamiento social dirigido a metas (axioma basado en la Teoría Cognitivo Social de Bandura); 3) y, en ocasiones, existen varias metas simultáneas y se debe elegir entre ellas, por lo que la selección de metas u objetivos precede al comportamiento (Carstensen et al., 1999). En la teoría se destacan dos motivaciones fundamentales para la interacción social: la motivación por aprender y conocer nuevas cosas del entorno físico y social, y la motivación dirigida a la regulación emocional, que tiene que ver con el deseo de encontrar sentido en la vida, lograr intimidad emocional y establecer sentimientos de integración social (Carstensen et al., 1999). La Teoría de la Selectividad Socioemocional también subraya el papel fundamental que tiene la visión del tiempo en el proceso de evaluación que precede a la selección de metas u objetivos (Carstensen et al., 1999). De esta manera, las personas mayores, como perciben más la limitación del tiempo, están más orientadas en el presente, reducen su red de contactos sociales y se relacionan principalmente con personas bien conocidas como familiares y viejos amigos. De hecho, según afirman los autores:

“la previsibilidad de las interacciones sociales familiares permite a las personas mayores afrontar los cambios sociales difíciles a los que se deben enfrentar, recibir emociones positivas más fiables y sinceras y conseguir un sentido de integración social y un significado en la vida” (Carstensen et al., 1999, p. 169).

- **La combinación del afrontamiento proactivo y la selectividad emocional para el EA de las personas mayores que viven solas.**

Teniendo en cuenta las proposiciones de ambos modelos se puede asumir que el EA de las personas mayores se verá influido por las adaptaciones proactivas que realicen y el apoyo socioemocional que perciban en su entorno. Así pues, si las personas mayores que viven solas realizan un afrontamiento proactivo ante esta situación y tienen una buena red de apoyo socioemocional se espera que envejeczan de forma activa y exitosa.

Sin embargo, en España los familiares descendientes (hijos y nietos) tienen cada vez más problemas para conciliar la vida familiar y laboral, hecho que preocupa mucho a las personas mayores de nuestro país (MSSSI, 2015). Por lo tanto, las personas que viven en solitario pueden encontrarse con dificultades para disponer del apoyo de los familiares y también pueden tener menos oportunidades de satisfacer sus necesidades socioemocionales.

Ante esta coyuntura, es más probable que las personas mayores que viven solas desarrollen sentimientos de insatisfacción, inseguridad, ansiedad y soledad que dificulten su adaptación a los cambios, aumentando su vulnerabilidad y comprometiendo de esta manera su EA. Por ello, resulta necesario determinar de qué manera puede afectar vivir en solitario la salud de las personas mayores.

- **Vivir solo en la vejez, ¿por qué supone un riesgo para la salud?**

Al reflexionar sobre la situación de las personas que viven solas es casi inevitablemente pensar en la soledad y el aislamiento social que estas personas pueden sufrir. En este sentido, la **soledad** se refiere al hecho de sentirse solo, es decir, a la experiencia psicológica desagradable que surge cuando la persona percibe que no tiene a nadie con quien poder hablar para compartir sus necesidades socioemocionales. Por otro lado, el **aislamiento social** se refiere a la condición real de estar solo la mayor parte del tiempo, que puede ocurrir por tener una red social de apoyo muy pequeña o pocas oportunidades para interactuar socialmente.

Por lo tanto, como sugieren Rubio y Aleixandre (2001) se pueden distinguir dos tipos de soledad fundamentalmente. Una la que tiene que ver con condiciones objetivas o

reales de soledad por el hecho de vivir solo o estar aislado socialmente (**soledad objetiva**), y la experiencia psicológica desagradable que surge al percibir déficits en las relaciones sociales (**soledad subjetiva**) (referido en Díez y Morenos, 2015, p. 12). Respecto al impacto de estas circunstancias psicosociales sobre la salud de las personas mayores, vivir solo, estar aislado socialmente y la soledad, se han considerado factores psicosociales de riesgo para la salud y se han incluido dentro de los criterios de selección para la detección de ancianos frágiles en atención primaria (Martín-Lesende, 2005; Martín-Lesende, Gorroñoitia Iturbe, Gómez-Pavón, Baztán-Cortés, y Abizanda-Soler, 2010).

Con el fin de aclarar en qué medida estas situaciones psicosociales suponen un riesgo real para la salud, Holt-Lunstad et al. (2015) llevaron a cabo un meta-análisis para comprobar la relación de estos tres factores con la mortalidad. Tras controlar la influencia de posibles covariables, comprobaron que vivir solo aumenta un 32% la probabilidad de morir y que el aislamiento social y la soledad aumentan la probabilidad de morir en un 29% y 26% respectivamente. Asimismo, no se encontraron diferencias entre la soledad objetiva y subjetiva a la hora de predecir la mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015), lo que da cuenta de que ambos tipos de soledad son perjudiciales para la salud, coincidiendo con lo indicado en estudios anteriores sobre los efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas mayores (Cornwell y Waite, 2009; Stepoe, Shankar, Demakakos y Wardle, 2013).

En adición a lo anterior, vivir solo se ha relacionado consistentemente con la soledad subjetiva de las personas mayores (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014; de Jong-Gierveld, 1987; Fry y Debats, 2002; López-Doblas, 2005; Paúl y Ribeiro, 2009; Rubio, 2004; Sánchez, 2009; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg y Pitkälä, 2005; Theeke, 2009; Victor, Scambler, Bowling y Bond, 2005). Cohen-Mansfield et al. (2016), realizaron una revisión sistemática sobre los predictores de la soledad subjetiva en personas mayores y comprobaron que en 15 estudios de los 38 analizados se informaba sobre la relación entre estas dos variables, confirmándose que vivir solo era un predictor de la soledad subjetiva en la vejez.

Por tanto, las personas mayores que viven solas se enfrentan a una doble amenaza para su salud: el hecho de vivir en solitario y la soledad subjetiva. Así pues, con el objetivo de conocer mejor por qué aparece la soledad subjetiva en la vejez y entender

cómo afecta a la salud de las personas mayores, se describen seguidamente cuáles son los determinantes y las consecuencias de este tipo de soledad en la población mayor.

#### **1.4. Factores asociados con la aparición de la soledad en la vejez**

La literatura disponible sobre los factores relacionados con la soledad en la vejez es muy extensa, estudiándose tanto los factores que explican la soledad objetiva como la soledad subjetiva. Los determinantes que se exponen aquí se refieren a esta última, es decir, a los factores relacionados con el sentimiento o la percepción de soledad en población mayor. Este sentimiento genera gran malestar en el individuo y es el que más afecta a grupos vulnerables como el de las personas mayores (Díez y Morenos, 2015) y también provoca efectos negativos sobre la salud que aumentan la fragilidad de estas personas (Abizanda-Soler et al., 2010; Martínez-Querol, Pérez-Martínez, Roselló, Brito y Gil, 2005; Martín-Lesende et al., 2010; Op het Veld et al., 2015).

A continuación se van a describir los determinantes de la soledad subjetiva en la vejez a partir de la clasificación de éstos en cuatro grupos: variables sociodemográficas, variables de salud y autonomía funcional, variables psicológicas o de personalidad y variables sociales y de participación social. Todas las variables y relaciones estadísticas que se describen a continuación se han extraído de dos estudios de revisión. Por un lado, del meta-análisis de Pinquart y Sorensen (2001) que estudia la relación entre la edad y otras circunstancias de vida de las personas mayores (género, red social, competencia funcional, nivel sociocultural e institucionalización) con la soledad. En este meta-análisis se incluyeron 149 estudios publicados entre 1948 y 1999 que tenían en su muestra, al menos, un grupo de personas de 60 o más años y en los cuales la edad media de la muestra fuese igual o mayor de 50 años. Por otro lado, se han recogido los resultados de la revisión sistemática de Cohen-Mansfield et al. (2016) en la que se incluyeron 38 artículos publicados de 2000 a 2012, de más de 12 países de América, Europa y Asia, que utilizaron muestras de personas mayores de 50 años o más.

De este modo, con el análisis de ambos estudios de revisión en la siguiente clasificación se han podido sintetizar los resultados de 187 estudios publicados en 64



años de investigación, para describir cuáles son las causas que se han asociado sistemáticamente con la soledad de las personas mayores.

#### **1.4.1. Variables Sociodemográficas.**

- **Edad:** Tradicionalmente se suponía que existía una relación lineal entre la edad y la soledad, es decir, conforme aumenta la edad, mayores son los niveles de soledad. Sin embargo, los hallazgos encontrados hasta ahora no apoyan esta tesis. Por ejemplo, Cohen-Mansfield et al. (2016) hallaron 11 estudios que encontraron una relación positiva entre la edad y la soledad y otros 5 que no encontraron esta relación. Según explican los autores, los resultados contradictorios podrían deberse a que los estudios con medias de edad situadas entre los 71 y 81 años la asociación entre edad y soledad era ampliamente encontrada y no ocurría lo mismo en aquellos que tenían muestras más jóvenes. Para explicar estos resultados, Pinquart y Sorensen (2001) confirmaron en su meta-análisis la hipótesis de que la relación entre la edad y la soledad sigue una forma de “U”. Así, encontraron que el grupo de personas menores de 60 años conforme aumentaba la edad se reducía su soledad. Por otro lado, en los grupos con personas entre 60 y 80 años no se correlacionaba la edad con la soledad. Y en los grupos de mayores de 80 años conforme aumentaba la edad aumentaba la soledad significativamente. Además, comprobaron que esta relación no estaba influida por diferencias entre las cohortes, ni por la desviación típica de la edad en los estudios. Resultados similares también se han visto en otro estudio longitudinal (Cacioppo, Hawkley y Thisted, 2010).
- **Género:** En general se observa mayor soledad en las mujeres (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001). Sin embargo, las diferencias por género varían en función del estado civil y de las medidas que se utilicen para evaluar la soledad (Pinquart y Sorensen, 2001). Esta ambigüedad de la relación, se confirma en muchos estudios que encuentran asociación entre

ambas variables en las correlaciones bivariadas, pero cuya relación desaparece en los análisis multivariados (Cohen-Mansfield et al., 2016).

- **Estado Civil:** El estatus de no casados, que generalmente incluye a personas solteras, divorciadas o viudas, ha sido consistentemente asociado como un factor de riesgo de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Estatus Socioeconómico:** Tanto tener bajo nivel de ingresos como bajo nivel educativo se ha asociado con la soledad. A pesar de que Cohen-Mansfield et al. (2016) encontraron mayor número de estudios que relacionaban el nivel educativo con la soledad, Pinquart y Sorensen (2001) comprobaron que el nivel de ingresos impacta más en la soledad y es mejor predictor que el nivel educativo.
- **Lugar de residencia:** Parece que las personas mayores que viven en residencias tienen más soledad que las que viven en la comunidad (Pinquart y Sorensen, 2001). Por otro lado, se ha encontrado que las personas que viven en áreas rurales tienen más soledad que las que viven en áreas urbanas (Cohen-Mansfield et al., 2016), sin embargo, esta variable ha sido poco investigada en los estudios de prevalencia, por lo que no se tienen datos suficientes para concluir en este sentido (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001).

#### **1.4.2. Variables de salud y de autonomía funcional.**

- **Salud percibida:** Es una de las variables de salud que más se ha relacionado con la soledad, mostrando una relación negativa con la soledad, de manera que las personas que perciben su salud como pobre se sienten más solas (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Capacidad o estatus funcional:** Se ha relacionado consistentemente con la soledad, de manera que un estatus funcional pobre se relaciona con mayor soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016) y una alta competencia funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) se asocia con menor soledad (Pinquart y Sorensen, 2001).

- **Dificultades de movilidad:** La movilidad influye en la capacidad funcional de las personas y también posibilita la interacción con las personas del entorno, demostrándose que está negativamente relacionada con la soledad, es decir, a menor movilidad mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001).
- **Gran comorbilidad:** Este indicador objetivo de salud se ha relacionado con la soledad en algunos estudios indicando que a mayor comorbilidad mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Deterioro sensorial:** Tener deterioro visual y auditivo dificulta la interacción y comunicación con el entorno, por lo que se ha vinculado en algunos estudios con la soledad de las personas mayores (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Número de visitas médico:** Aunque solo un par de estudios informan de esta asociación, se ha encontrado una relación positiva entre el número de visitas al médico y la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).

#### 1.4.3. Variables psicológicas y de personalidad.

- **Depresión:** La depresión es la enfermedad mental que más se ha relacionado con la aparición de sentimientos de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016). La relación entre estas variables ha generado mucho interés en la literatura científica e incluso se ha propuesto un modelo para explicar la depresión y la soledad: el “MODEL” de Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) que se describe en el siguiente capítulo.
- **Salud mental pobre y baja satisfacción vital:** Se han relacionado algunas variables que indican salud mental pobre, como el distrés psicológico o la baja satisfacción vital, con mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Baja autoestima o autoeficacia:** Aunque son aspectos distintos, Cohen-Mansfield et al. (2016) los identifican dentro de la misma categoría, para referirse a los estudios que han encontrado relación entre variables que tienen que ver con la percepción que tiene la persona de sí misma y su influencia con

la soledad. Se ha encontrado que una autoestima pobre o una autoeficacia baja se relaciona con sentimientos de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016). En uno de los estudios que incluyeron también en esta categoría (Newall et al., 2009) no se evaluaron estas variables, sino que se comprobó longitudinalmente la influencia de las atribuciones causales sobre la soledad (los resultados de dicho estudio se analizarán detenidamente en el siguiente capítulo).

- **Eventos negativos del pasado:** También se han encontrado algunos estudios que relacionan eventos negativos del pasado, como los traumas emocionales, con mayores sentimientos de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Comportamientos insalubres:** Algunos estudios han relacionado positivamente comportamientos poco saludables como beber, fumar, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad con la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Déficits cognitivos:** Cohen-Mansfield et al. (2016) encontraron dos estudios que relacionaron los déficits cognitivos con la soledad, sin embargo, los autores no aclaran los tipos de déficits cognitivos a los que se refieren en estos estudios. Resultados contrarios se observan en un reciente estudio longitudinal en el que se ha encontrado que el funcionamiento cognitivo bajo no conduce a aumentar los niveles de soledad ni predice su aparición a lo largo del tiempo (Donovan et al., 2016).

#### **1.4.4. Variables sociales, de interacción y participación social.**

- **Vivir solo:** La situación de vivir sin compañía se ha relacionado consistentemente con la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016). Sin embargo, parece que la tendencia a estudiar esta condición de vida ha sido más reciente, ya que esta variable no se incluye dentro de los factores tradicionalmente asociados a la soledad en la vejez en el meta-análisis de Pinquart y Sorensen (2001).

- **Número de hijos:** El número de hijos no ha sido una variable muy estudiada pero sí se ha encontrado relación entre tener pocos hijos o no tener hijos con la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016).
- **Recursos sociales (o tipo de relación):** Se ha encontrado una fuerte correlación negativa entre el contacto con amigos y vecinos y la soledad, y esta relación es más fuerte que la que se encuentra con las relaciones con familiares e hijos adultos. Siguiendo a Pinquart y Sorensen (2001), esto parece indicar que tener contacto con amigos y vecinos reduce más los sentimientos de soledad en las personas mayores que tener contacto con la familia y los hijos. Además, estos autores informaron que esta relación fue consistente con todas las medidas usadas para evaluar soledad y que, aunque no reunieron suficientes datos para concluir al respecto, parece que el efecto de la amistad sobre la soledad se observaba más en el grupo de no casados (solteros, divorciados y viudos). No obstante, reconocen que se tiene que seguir investigado la función protectora de la amistad en esta población para concluir mejor al respecto (Pinquart y Sorensen, 2001).
- **Calidad y Cantidad de contacto social:** Se ha estudiado tanto la calidad de los contactos sociales, entendida como el apoyo emocional que se recibe a través de las relaciones sociales, como la cantidad del contacto social, entendido como la frecuencia de contacto con personas que sirven de apoyo social. Ambas cualidades (calidad y cantidad o apoyo emocional y apoyo social) se han relacionado con la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001), aunque se ha observado que la calidad del contacto social (apoyo emocional) está más relacionada que la cantidad (apoyo social) con la soledad en personas mayores, por lo que, tal y como afirman Pinquart y Sorensen (2001) “cuanto mayor es el apoyo emocional, mejor” (p. 258).
- **Realizar actividades sociales o de ocio:** Esta variable se ha asociado negativamente con la soledad, es decir, cuanta menor actividad social o de ocio se realiza mayores niveles de soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001). Además, un dato llamativo que se ha encontrado de manera consistente en la literatura es que las personas que ven mucho la televisión se

sienten más solas (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001), por lo que la televisión no parece una buena estrategia para aliviar la soledad.

Tabla 3. Factores relacionados con la soledad en personas mayores

Sociodemográficos	Salud	Psicológicos	Sociales
Edad	Salud percibida	Depresión	Vivir solo
Género	Capacidad funcional	Pobre salud mental	Número hijos
Estado Civil	Movilidad	y satisfacción vital	Tipos de relación
Estatus socioeconómico	Alta morbilidad	Baja autoestima y autoeficacia	social
Lugar de residencia	Deterioro sensorial	Eventos negativos	Calidad y cantidad de las relaciones sociales
	Nº visitas médico	Malos hábitos	Participación social
		Déficits cognitivos	

Nota: Elaboración propia.

Estos factores asociados a la soledad en la vejez se corresponden con los resultados encontrados en estudios realizados en nuestro país. Bazo (1989) encontró que los grupos que más solos se sienten son los que tienen menos ingresos, los viudos, las personas de más edad y los que se sienten enfermos y, sobre todo, las mujeres. Resultados similares encontraron Losada et al. (2012), quienes confirmaron que ser mujer, la edad avanzada, las dificultades económicas, vivir solo, tener bajo nivel de salud percibida y no ver a los familiares y amigos tanto como se desea eran factores que se relacionaban significativamente con la soledad, explicando el 28% de la variabilidad de la soledad en el modelo predictivo propuesto por los autores. Por su parte Sánchez (2009), en su tesis sobre los determinantes sociales de la soledad en personas mayores, encontró relaciones significativas entre la soledad y la edad, tener pareja, vivir solo, la salud y realizar actividades sociales (ir al bar o participar en asociaciones). Además, en cuanto a los indicadores estructurales, funcionales y evaluativos de la red social de las personas mayores, la autora encontró asociaciones significativas con el tamaño de la red social, tener amigos en la red social, haber tenido pérdidas en la red de social, dar apoyo instrumental y emocional, recibir apoyo instrumental, la percepción de reciprocidad en las relaciones y la satisfacción de las relaciones sociales. Y, a nivel multivariado, se comprobó que estos factores explicaban el 26% de la variabilidad de la soledad (Sánchez, 2009).

Sánchez (2009) también comprobó que vivir solo es una variable moderadora que influye en la relación entre el apoyo recibido y la soledad, de manera que las personas que viven solas y no reciben apoyo emocional se sienten más solas que las que viven con otras personas (Sánchez, 2009). Asimismo, se ha probado que la “competencia para relacionarse” de las personas mayores de 60 años que viven solas es un factor que predice su soledad, independientemente de otras variables sociodemográficas, la depresión, el tamaño de la red social o la satisfacción con el apoyo social (Saibara-Cook, 2009).

Todos estos resultados ayudan a comprender la génesis del problema de la soledad en las personas mayores, sin embargo, resultan limitados para comprender en profundidad las causas de este fenómeno ya que los datos cuantitativos únicamente facilitan relaciones entre algunas variables previamente elegidas por el investigador pero no permite conocer cómo es la experiencia de la persona mayor que convive con la soledad. Por ello, resulta necesario integrar la información cuantitativa con la opinión de las personas mayores. Ellas son las que experimenta la soledad y las que crean sus propias teorías explicativas de la aparición de este sentimiento, por ello, para conocer realmente cuáles son las causas que motivan la aparición de la soledad en la vejez es imprescindible tener en cuenta su visión del problema.

Conscientes de esta realidad, Cohen-Mansfield et al. (2016), además de realizar la revisión sistemática de la literatura cuantitativa disponible sobre los predictores de la soledad en la vejez, realizaron un estudio cualitativo en Israel en el que preguntaron las causas de la soledad a dos grupos focales de personas mayores entre 60 y 85 años, con el fin de comparar las similitudes y diferencias entre los resultados de ambos estudios y de ambos grupos. Así, en el estudio cualitativo incluyeron a 13 personas mayores que acudían a un centro de día en un barrio pobre de Israel (grupo focal 1) y a 12 voluntarios mayores del National Insurance Institute de Israel que hacían visitas en el hogar u ofrecían consultas gratuitas a los mayores respecto a sus derechos (grupo focal 2). Las discusiones del primer grupo se centraban en su experiencia de soledad y la del segundo grupo en lo que ellos observaban sobre la experiencia de soledad de las personas mayores a las que atendían como voluntarios. Las discusiones focales se grabaron y analizaron desde el enfoque de la Teoría Fundamentada (Cohen-Mansfield

et al., 2016). Del análisis cualitativo descrito por los autores, se enumeran y citan los seis temas (causas) principales extraídos:

- **El aburrimiento y la inactividad.** Las personas mayores refieren que tanto las actividades sociales como las propias del hogar y de la vida diaria alivian sus sentimientos de soledad. Los voluntarios señalan que otras actividades significativas, como hacer voluntariado, puede proteger de la soledad, pero observan importantes barreras en la población que atienden para participar en actividades de este tipo.
- **Limitación económica.** La mayoría se queja de los problemas producidos por la falta de ingresos, ya que esto les limita a la hora de pagar las tasas para ir al centro social o, si tienen barreras arquitectónicas para salir del hogar, cambiar de vivienda.
- **Percibir el deterioro en el vecindario y el crimen.** La percepción del crimen en el entorno crea inseguridad en las personas mayores, por lo que solo abren la puerta a las personas familiares, y esto produce en ellos mayor aislamiento. Además, se quejan de la escasez de actividades disponibles para mayores, y se quejan de que las cartas y el bingo no son actividades agradables para todos.
- **Aislamiento social y falta de contacto social.** Se plantean tres problemas fundamentales relacionados con el aislamiento: 1) las visitas de los hijos son poco frecuentes y, cuando las hacen, son rápidas; 2) tener pocos hijos o tener pocas cosas en común con ellos, genera un choque de valores sociales, de manera que los mayores perciben que se ha perdido el valor y el respeto hacia la persona mayor; y 3) la debilitación del apoyo emocional por ser cuidador del esposo o algún familiar, haber sufrido pérdidas en la red social y por la viudedad.
- **Salud mental y física.** A nivel físico se destacan los problemas de movilidad y falta de energía y, a nivel mental, se destacan sentimientos de temor, ansiedad y vergüenza.
- **Voluntad/Recursos Personales.** Solo los participantes del grupo 2 hablaron sobre la capacidad de las personas de resolver su situación de soledad. Destacan que muchas personas no tienen voluntad de cambiar, mostrándose



como víctimas y también subrayan la pasividad de las personas mayores, que tienden a esperar que otros tomen la iniciativa de mantener el contacto social. Finalmente, uno de los voluntarios apunta que “el miedo a la soledad es peor que la soledad en sí misma” para las personas mayores (Cohen-Mansfield et al., 2016, p. 572).

En otro estudio cualitativo de tesis doctoral desarrollado en Estados Unidos (Smith, 2011), se realizó un estudio fenomenológico sobre el significado de soledad y el afrontamiento de este sentimiento en las personas mayores. En el estudio se entrevistó en profundidad a 8 mujeres y 4 hombres, con edades comprendidas entre los 78 y 94 años, que residían en la comunidad en San Luis (Misuri). Entre las causas de la soledad de los participantes del estudio, la autora destaca las pérdidas que experimentan como la viudedad, la jubilación y la retirada del carnet de conducir, así como la interrupción de la participación en actividades significativas, en gran medida causados por los cambios de la edad y también por los problemas de salud.

Respecto a la situación de las personas mayores que viven solas en España y la soledad, López-Doblas (2005) realizó un estudio cualitativo con seis grupos de discusión formados por los perfiles más relevantes de personas mayores que viven solas, para ello organizó grupos de personas mayores con diferente estado civil, género y hábitat de residencia, con el fin de recoger la mayor diversidad y riqueza informativa posible. En el análisis de las causas que precipitan la soledad en los grupos analizados López-Doblas (2005) encontró:

- Causas asociadas a la **viudedad** y la adaptación a la vida en solitario:
  - o la **ausencia de protección e intimidad conyugal**, que se relaciona con la falta de la compañía y de apoyo que ofrecía la pareja y que deja un vacío que las personas mayores consideran que nunca puede ser reemplazado.
  - o la **propensión a recordar obsesivamente al cónyuge y a los familiares difuntos**, tendencia que incide en recordar momentos del pasado con las personas fallecidas, idealizando las vivencias pasadas y evaluando negativamente la vida en solitario que toca vivir en el

momento presente que, en comparación, resulta vacía y provoca sentimientos de soledad.

- o la **pérdida de ilusión por la vida**, que ocurre cuando la persona mayor se hunde por completo al enviudar repentinamente después de haberse liberado de responsabilidades (como la jubilación y el cuidado informal de otros familiares), lo que rompe las expectativas que la pareja tenía para el futuro. En estos casos las personas mayores pueden optar por recluírse en su domicilio y disminuir su actividad social, entrando en un círculo de aislamiento y soledad. En otros casos menos graves, se aprecia la pérdida de ilusión en gestos cotidianos, por ejemplo, en dedicar menos esfuerzos a cocinar porque no se tiene la motivación de cocinar para alguien.
- Causas asociadas a las **relaciones familiares**. Las malas relaciones y la falta de contacto con la familia precipitan claramente la soledad. En el caso de las personas que tienen hijos pero viven lejos y las que no han tenido hijos es más probable que se sientan solas.
- Causas asociadas al **estado de salud**. El deterioro de la salud física y la dependencia funcional limitan la participación social y las relaciones sociales aumentando la soledad de estas personas. La pérdida de salud subjetiva también altera el ánimo de éstas y, cuando aparecen problemas psicológicos como la depresión se acentúa la pérdida de motivación e interés por las relaciones sociales provocando mayor aislamiento. Además, en estas personas se observa una relación entre la depresión y la soledad difícil de deshacer, ya que parece que la soledad conduce a la depresión y viceversa (López-Doblas, 2005).

Al comparar los resultados de estos estudios cualitativos con los informados previamente, se observa cómo muchas de las causas que se refieren en la literatura cuantitativa, coinciden con lo referido por las personas mayores en sus narraciones. Sin embargo, se observan otros temas emergentes que se han desatendido en los estudios como son: la inseguridad, los problemas asociados a la viudedad, los temores

sociales, la escasez de oferta de actividades de ocio o, entre otros, las barreras hacia la participación social de los mayores.

Todo ello pone de manifiesto que las causas de la soledad se deben entender dentro de contexto social e individual que viven las personas mayores.

### **1.5. Efectos de la soledad sobre la salud de las personas mayores**

Según se ha observado, la soledad tiene una relación más estrecha con la salud que otras variables sociodemográficas ampliamente relacionadas (edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de ingresos), por lo que se ha considerado que la soledad es la “complicación más insoportable y más peligrosa de la vejez” (Gabriol, 1981, p.21. referido en Bazo, 1989, p. 221). Tanto es así que se ha comprobado que la soledad es un predictor de la mortalidad en personas mayores (Holt-Lunstad et al., 2015; Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo, 2012; Newall, 2010; Tilvis, Laitala, Routasalo y Pitkälä, 2011).

Aunque en la actualidad no están del todo claros los mecanismos biológicos subyacentes relacionados con la soledad y sus efectos sobre la salud, algunos hallazgos señalan que puede deberse a la activación prolongada del eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) y a los procesos inflamatorios del Sistema Inmune. Los hallazgos que soportan la hipótesis de la activación del eje HHA, se basan en los numerosos estresores a los que se deben enfrentar las personas mayores, provocando la activación del eje HHA y aumentando la secreción de cortisol en sangre, que a su vez provoca daño celular y altera los sistemas neuroendocrinos (Adam, Hawkey, Kudielka y Cacioppo, 2006). En la misma línea, la hipótesis de la inflamación, se basa en la idea de que los eventos estresantes y el distrés emocional, como puede ser la experiencia de soledad, aumenta sustancialmente la producción de citoquinas pro-inflamatorias que alteran la respuesta inmune y están asociadas a enfermedades relacionadas con la edad (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon y Steptoe, 2012). No obstante, Hackett et al. (2012) comentan que la evidencia acumulada al respecto apunta hacia una integración de ambas explicaciones que asocie la soledad, la respuesta al estrés y los procesos inflamatorios.

A continuación se organizan y describen las consecuencias biopsicosociales de la soledad subjetiva sobre la salud de las personas mayores en tres categorías: física, psicológica y social.

### **1.5.1. Efectos físicos de la soledad.**

Existen numerosas referencias sobre los efectos físicos y mecanismos fisiológicos que explican los daños que provoca la soledad en la salud de las personas mayores, a saber:

- **Profesos inflamatorios:** se ha encontrado que niveles elevados de soledad se asocian con la respuesta psicológica al estrés (aumentos en las interleucinas IL-6 y IL-Ra) en mujeres mayores sometidas a situaciones de estrés inducido en laboratorio (Hackett et al., 2012) y esta relación es independiente de otras variables (edad, ocupación, índice de masa corporal o consumo de tabaco). También se ha relacionado con la respuesta conservada transcripcional a la adversidad (CTRA), fenómeno que aumenta la expresión de genes implicados en los procesos inflamatorios y disminuye la expresión de genes implicados en respuestas antivirales (Cole et al., 2007). Además, recientemente se ha comprobado cómo esta relación puede verse afectada por factores de resiliencia psicológica, lo que parece indicar que, en ciertas circunstancias, la resiliencia minimiza los efectos negativos de la soledad (Cole et al., 2015).
- **Activación del Eje HHA:** se ha asociado con la activación del Eje HHA (J. T. Cacioppo, S. Cacioppo, Capitanio y Cole, 2015), concretamente se ha mostrado una relación positiva entre la soledad y la respuesta de cortisol diurna, encontrando que los niveles de soledad altos se asocian con mayor nivel de cortisol por la mañana (Adam et al., 2006). Efectos distintos encontraron Hackett et al. (2012), que observaron una relación inversa entre la soledad y la respuesta de cortisol al estrés en mujeres, independientemente de otras variables. Según los autores, estos hallazgos sugieren que las personas que sienten soledad tienen una respuesta insuficiente en los receptores de glucocorticoides (GC) para inhibir las respuestas inflamatorias bajo estrés, no solo debido a la respuesta atenuada de los receptores de GC sino también

porque se reduce la liberación de la hormona de cortisol. Por ende, los autores proponen que la disminución de la respuesta del cortisol al estrés, la reducción de la sensibilidad de los receptores de GC y el aumento de la actividad de las vías de transcripción proinflamatorias contribuyen a aumentar la respuesta inflamatoria en las personas solitarias y poner en riesgo su salud. Sin embargo, esta relación entre los sistemas neuroendocrinos y los procesos inflamatorios aún no se ha confirmado (Hackett et al., 2012).

- **Síndrome metabólico:** La soledad aumenta la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico (hipertensión arterial, altos niveles de glucosa, altos niveles de triglicéridos, bajos niveles de colesterol HDL y exceso de grasa abdominal) y esta relación es independiente de la edad y del hábito de fumar (Whisman, 2010).
- **Sistema cardiovascular:** Hawkey, Masi, Berry y Cacioppo (2006) encontraron que la soledad aumenta la presión sanguínea sistólica en personas mayores de 50 años y esta relación es independiente de otros factores psicosociales asociados a las enfermedades cardiovasculares o la hipertensión (síntomas depresivos, estrés percibido, hostilidad y bajo apoyo social). A nivel longitudinal, se ha comprobado que la soledad aumenta la presión sanguínea sistólica a partir de los dos años, es decir, que el efecto de la soledad sobre la presión sanguínea de las personas mayores es acumulativo y se manifiesta a largo plazo (Hawkey, Thisted, Masi y Cacioppo, 2010). En el caso de las mujeres, tras un seguimiento prospectivo de 19 años y controlando múltiples variables confundidoras, se ha comprobado que niveles altos de soledad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas coronarias (Thurston y Kubzansky, 2009).
- **Sueño:** la soledad se ha considerado un factor de riesgo que condiciona la satisfacción del sueño global en personas mayores (Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg y Stessman, 2006). Asimismo, se ha observado que, ante las mismas horas de sueño, las personas que refieren sentir soledad durante el día permanecen más tiempo en la cama despiertas y tienen un peor funcionamiento diario, que se caracteriza por tener baja energía, altos niveles de sueño y fatiga (Hawkey, Preacher y Cacioppo, 2010).

Considerando los múltiples efectos negativos que provoca el sentimiento de soledad, (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014) proponen que la soledad activa mecanismos neurobiológicos que promueven la autopreservación a corto plazo, esto es que motiva comportamientos para resolver la situación de soledad y recuperar el equilibrio, sin embargo, el mantenimiento de este sentimiento a largo plazo provoca efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores que se relacionan con el aumento de la morbilidad y la mortalidad de éstas.

### **1.5.2. Efectos psicológicos de la soledad.**

Las consecuencias psicológicas de la soledad se han organizado en tres apartados: efectos cognitivos, efectos emocionales y efectos comportamentales.

#### *Efectos cognitivos.*

Cuando se experimenta soledad se genera una activación que, de manera implícita, provoca la hipervigilancia hacia las amenazas sociales, generando sesgos cognitivos en la atención y la memoria (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014; Cacioppo y Hawkley, 2009). De este modo, con el fin de conocer cuáles son los efectos cognitivos que produce el sentimiento de soledad en personas mayores de 60 años Boss, Kang, y Branson (2015) realizaron una revisión sistemática de los estudios que relacionaban la soledad con la función cognitiva. En su revisión incluyeron 10 estudios, 5 transversales y 5 longitudinales publicados entre 2000 y 2013 en Europa (8 estudios) y América (2 estudios). A pesar de que los estudios que analizaron no permiten clarificar la relación de causa-efecto entre la soledad y la función cognitiva (Boss et al., 2015), sí se pueden destacar algunas relaciones significativas que se han confirmado de manera consistente en la literatura científica. A continuación se presentan los resultados principales del estudio de revisión de Boss et al. (2015):

- **Funcionamiento cognitivo general.** La mayoría de estudios indican que existe una asociación negativa significativa entre la soledad y la capacidad cognitiva general. De hecho, en un estudio longitudinal con 10 años de

seguimiento incluido en la revisión se demostró que, tras controlar la variable edad, tener soledad al inicio del estudio predecía el deterioro cognitivo. Igualmente, Donovan et al. (2016) encontraron en su estudio longitudinal que las personas que tenían soledad al principio del estudio tenían un 20% más de probabilidad de sufrir deterioro cognitivo después de 12 años y esta relación era independiente de otras variables sociodemográficas, la red social y las condiciones de salud.

- **Inteligencia.** También se ha visto esta relación negativa entre la soledad con la inteligencia, de manera que los niveles altos de soledad se han asociado con menor inteligencia y, aún más, en un estudio de la revisión se observó que la soledad era el único factor predictor significativo de la habilidad cognitiva de las personas mayores.
- **Memoria.** Se han encontrado asociaciones negativas entre la soledad y el recuerdo inmediato y demorado, de manera que las personas con mayores niveles de soledad tienen peor ejecución en las tareas recuerdo inmediato y demorado. En estudios longitudinales, tras controlar otras variables, observaron también una correlación negativa significativa entre la soledad y la memoria semántica y la memoria visual.
- **Velocidad de procesamiento.** Tres estudios de la revisión encontraron de manera consistente una asociación negativa significativa entre la soledad y la velocidad de procesamiento de la información, después de controlar el efecto de otras variables, como la depresión, red de contactos, factores cognitivos y sociodemográficos.
- **Demencia y Alzheimer.** En dos estudios longitudinales incluidos en la revisión se encontraron que un mayor nivel de soledad predecía significativamente el aumento del riesgo de sufrir demencia y Enfermedad de Alzheimer en el seguimiento.

Debido a los resultados que apoyan la tesis de que la soledad provoca deterioro cognitivo, Rozek (2013) intentó demostrar el efecto de inducir estados de soledad en las **funciones ejecutivas** a corto plazo en personas mayores, sin embargo, en su investigación no encontró los resultados que esperaba a partir de los hallazgos

informados en dos estudios anteriores (Baumeister, Twenge y Nuss, 2002; y Shintel et al., 2006; referidos en Rozek 2013, p. 58). En este sentido, Boss et al. (2015) también encontraron resultados contradictorios sobre las funciones ejecutivas, donde la relación entre la soledad y las funciones ejecutivas se muestra en las correlaciones bivariadas, pero no en los modelos multivariados, lo que sugiere que la relación entre la soledad y el deterioro de las funciones ejecutivas estaría mediada por otros factores como podrían ser el enlentecimiento del procesamiento de la información y los problemas de memoria u otros factores emocionales. En esta línea, Donovan et al. (2016) comprobaron que la depresión interactuaba en la relación entre ambas variables. Así pues, los autores sugieren que es la combinación de ambos síntomas la que precipita el deterioro cognitivo.

#### *Efectos emocionales.*

Sin duda los efectos emocionales de la soledad son los que más refieren las personas mayores cuando se sienten solas, declarando tener sentimientos de aislamiento y vacío (Smith, 2011) o de tristeza y miedo (López-Doblas, 2005). Algunos de los efectos emocionales de la soledad subjetiva en las personas mayores que se han encontrado son:

- **Salud mental.** Se ha comprobado cómo la soledad explica significativamente la salud mental en ancianos españoles, independientemente de otras variables importantes para la salud, como vivir solo y la salud percibida (Losada et al., 2012).
- **Depresión.** La soledad subjetiva se ha asociado de manera consistente con la depresión (Cacioppo et al., 2010; Peerenboom, Collard, Naarding y Comijs, 2015; Pinson, 2010). En este sentido, Cacioppo et al. (2010), para aclarar la relación entre ambas variables y superar las limitaciones metodológicas que habían encontrado en estudios que relacionaban ambas variables, realizaron un estudio longitudinal de 5 años para comprobar en qué medida la soledad predecía la aparición de síntomas depresivos en 229 personas mayores de 50 años, controlando para ello otras variables confundidoras. Los resultados del estudio confirmaron que la soledad predice, e incluso promueve, los cambios



en la sintomatología depresiva, independientemente de los factores demográficos, el aislamiento social, los eventos vitales estresantes, el estrés percibido, el neuroticismo y el apoyo social (Cacioppo et al., 2010). Asimismo, se comprobó también que la soledad es un predictor de la sintomatología depresiva mucho más importante que el apoyo social y, además, que la relación entre la depresión y la soledad no es recíproca, es decir, los síntomas depresivos no predicen soledad en población general, por lo que la soledad es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva pero no al contrario (Cacioppo et al., 2010).

- **Autoestima:** se ha encontrado una asociación negativa entre la soledad y la autoestima, por lo que niveles altos de soledad se relacionan con la disminución de la autoestima en personas mayores (Pinson, 2010).
- **Locus de control:** se ha vinculado la soledad con la reducción del control interno percibido por las personas mayores (Pinson, 2010).
- **Resiliencia:** se ha informado de una relación negativa entre estas variables, de manera que la soledad se relaciona con menos nivel de resiliencia en personas mayores (Pinson, 2010).
- **Ideación suicida y deseo de morir:** Se ha investigado la relación de la soledad con la ideación suicida y el deseo de morir en personas mayores cuantitativa y cualitativamente, encontrando una relación positiva entre estas variables y la confirmación en las narraciones de las personas mayores de esta relación, de manera que el aumento de la soledad se asocia con mayor ideación suicida y deseo de morir en la vejez (Rurup, Pasman, et al., 2011; Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof y Onwuteaka-Philipsen, 2011). De la misma manera, se ha comprobado longitudinalmente que la soledad es uno de los predictores de la ideación suicida pasiva, es decir, de tener deseos de morir, en una muestra amplia de ancianos de 12 países europeos (Stolz, Fux, Mayerl, Rásky y Freidl, 2016).

*Efectos comportamentales.*

La valencia emocional negativa que surge de la experiencia de soledad en personas mayores, inevitablemente tiene efectos sobre el comportamiento de estas personas y, aunque ha sido una consecuencia menos estudiada, la soledad se ha relacionado con mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, ser fumador y de realizar ambos comportamientos de riesgo (Shankar, McMunn, Banks y Steptoe, 2011).

**1.5.3. Efectos sociales de la soledad.**

Las consecuencias sociales que provoca la soledad no han recibido la misma atención que los efectos físicos y psicológicos. Sin embargo, se ha sugerido la idea de que soledad podría estar asociada a dificultades para mantener los niveles previos de participación social debido a las pérdidas sufridas en la salud y en los recursos sociales (Goll, Charlesworth, Scior y Stott, 2015). En un estudio cualitativo para investigar las barreras hacia la participación social de 15 ancianos (10 mujeres y 5 hombres) que viven solos y experimentan soledad en Londres, Goll et al. (2015) encontraron algunos resultados interesantes sobre las consecuencias sociales que produce la soledad en las personas mayores que viven en solitario:

- La mitad de las personas que entrevistaron **minimizaban las dificultades de vivir en soledad**, subrayando que disfrutaban estando solos. Sin embargo, los autores señalaron contradicciones en el discurso de estas personas, evidenciando así la ambivalencia que se produce entre el deseo de preservar su vida e identidad independiente con el deseo de estar conectados con las personas de su entorno.
- Las personas entrevistadas **no tenían interés en buscar la interacción social para solucionar su situación de soledad**, afirmaban que no buscarían ponerse en contacto con nadie (otras personas o servicios) si se sentían solos y aceptaban vivir con niveles extremadamente bajos de contacto social.
- La mayoría usaba estrategias para **evitar las oportunidades de interacción social** en su entorno.

- Al menos dos tercios de los participantes confirmaron que **llamar por teléfono** para estar en contacto con los demás les ayudaba a reducir sus sentimientos de soledad.
- Todos los participantes reconocieron que hacían **actividades en solitario** para reducir sus sentimientos de soledad, entre las que destacaban ver la televisión, escuchar la radio, leer o escribir y hacer tareas del hogar.

Además de estas consecuencias, los autores de este estudio vieron que detrás del rechazo de las personas solitarias a participar socialmente y estar conectados con otras personas, se escondían algunos **miedos sociales**, como el temor a ser rechazados y el miedo a que los demás se aprovechen de ellos y sean explotados (Goll et al., 2015). Por otro lado, y en adición lo anterior, encontraron que los participantes temían también **perder su identidad**, concretamente se observó que tenían miedo a perder su imagen como persona independiente y joven y su identidad social preferida, que se refiere a la imagen que tienen de su “yo” social anterior y que puede que las oportunidades de interacción social actuales no le permitan desarrollar (Goll et al., 2015).

### **Recapitulación y enfoque del presente estudio:**

Se ha descrito cómo el mundo está envejeciendo y lo seguirá haciendo, aumentando a su vez el número de personas mayores que viven solas. Recientemente se ha comprobado que las personas que viven solas tienen más riesgo de envejecer de manera patológica y de morir y, sumado a estos riesgos, estas personas también son más vulnerables a sentir soledad subjetiva.

La soledad subjetiva es una experiencia psicológica desagradable que afecta más a las personas mayores porque se enfrentan a numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que facilitan la aparición de este sentimiento. Esta soledad supone un verdadero problema para la salud de las personas mayores y los hallazgos referidos en la literatura científica demuestran que la soledad en la vejez supone un reto político, familiar y socio-sanitario.

Para abordar este problema se recomienda desarrollar intervenciones desde el marco del envejecimiento activo que ayuden a mitigar o prevenir los efectos negativos de envejecer en soledad y aumenten el bienestar de las personas mayores que viven solas. Sin embargo, para poder plantear soluciones efectivas, primero es preciso entender bien el fenómeno que se pretende combatir: LA SOLEDAD EN LA VEJEZ.

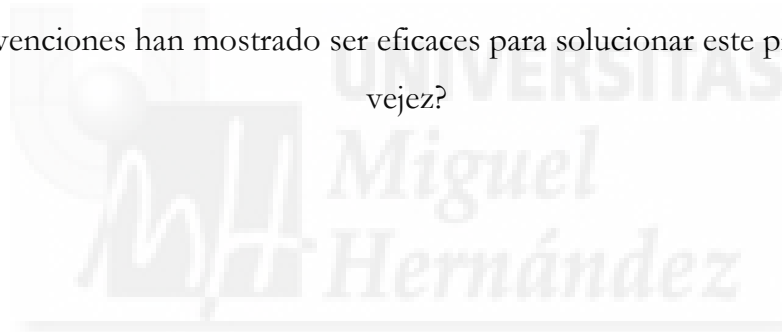
En este capítulo se han descrito algunas de las causas que explican por qué surge este sentimiento en las personas mayores y se ha evidenciando que es un problema para la salud de éstas y, particularmente, para aquellas que viven solas.

Ahora falta resolver otras cuestiones para comprender la soledad y plantear soluciones:

¿Qué es la soledad y cómo se desarrolla este sentimiento?

¿Qué determinantes psicosociales de la soledad pueden ser modificados?

¿Qué intervenciones han mostrado ser eficaces para solucionar este problema en la vejez?



## Capítulo 2: La soledad

---

### 2. La soledad en el envejecimiento

Si bien es cierto que la soledad es una experiencia humana que puede ocurrir a lo largo de todo el ciclo vital, se ha comprobado que ciertos factores asociados al envejecimiento hacen que esta experiencia psicológica pueda amenazar la salud de las personas mayores.

En el abordaje de la soledad en la vejez se puede observar cómo existen dos enfoques antagonistas: el que se centra en advertir sobre la gravedad de los problemas que acarrea la cronicidad de la soledad en la vejez y propone intervenciones, en ocasiones incluso farmacológicas, para solucionar este problema (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014; Cacioppo y Hawkley, 2009; S. Cacioppo et al., 2015; Luo et al., 2012). Por otro lado, el que aboga por no “patologizar” esta experiencia humana, sino más bien defiende que la soledad es una experiencia emocional como otra cualquiera, que se debe entender desde la experiencia individual y la influencia cultural que ejerce el entorno en su desarrollo para poder aprender a manejarla e, incluso, usarla con un fin positivo (Gajardo, 2015).

Ambos enfoques se centran en dimensiones distintas de la experiencia de soledad. Perlman y Peplau (1981) citan a Moustakas (1961) quien distinguió entre “soledad ansiosa” (*loneliness anxiety*) y “soledad existencial” (*existential loneliness*) y que se podrían entender como la experiencia negativa y positiva de la soledad respectivamente.

A pesar de conocer la existencia de distintos tipos de soledad y sin tener la intención de “patologizarla”, en este estudio se va a hablar de la experiencia negativa de soledad en la vejez, entendida en inglés como “*loneliness*”, que se refiere a la experiencia subjetiva y aversiva que ocurre cuando una persona mayor se siente sola, es decir, al “sentimiento de soledad “ (López-Doblas, 2005, p. 189).

Para abordar esta cuestión, en este capítulo se informa sobre la prevalencia de la soledad en España y otros países, perfilando sucintamente cómo la cultura y la experiencia del individuo influyen tanto en la prevalencia de la soledad como en las causas a las que se atribuye la aparición de este sentimiento.

Asimismo, se define el concepto de soledad, describiendo la evolución histórica de este constructo en la literatura científica a través de los distintos enfoques teóricos que se han seguido en su estudio y se exponen los modelos explicativos que se han propuesto de la soledad en la vejez.

Por último, dado que los determinantes de la soledad de las personas mayores son de diferente índole, se profundiza en la influencia de los determinantes psicosociales en el desarrollo de la soledad en la vejez que son susceptibles de ser modificados a partir de intervenciones psicosociales.

## **2.1. Prevalencia de la soledad en la vejez**

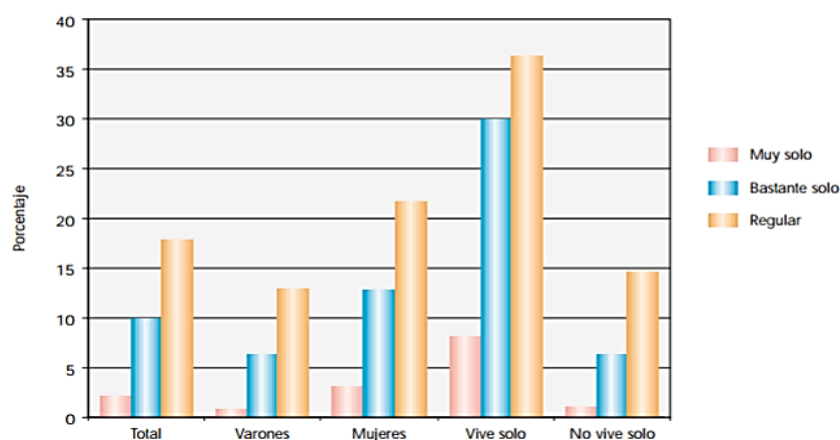
Los datos sobre la prevalencia de la soledad en la población mayor fluctúan considerablemente entre los estudios, sugiriéndose que dicha variabilidad podría deberse, además de otros factores, a la cultura, a la deseabilidad social de los encuestados que no suelen reconocer sentirse solos y a los instrumentos empleados para evaluar la soledad, como preguntas ad hoc o instrumentos validados (López-Doblas, 2005; Pinquart y Sorensen, 2001; Sánchez, 2009; Victor et al., 2005).

Un ejemplo claro de esta variabilidad se encuentra en el meta-análisis de Pinquart y Sorensen (2001), en el que se informó que entre un 5% y un 15% de las personas mayores tenían sentimientos frecuentes de soledad y entre el 20% y el 40% tenía soledad ocasional.

De la misma manera, se observan oscilaciones en función del instrumento utilizado para evaluar la soledad, por ejemplo, Losada et al. (2012) evaluaron la soledad con una pregunta (“¿se siente usted solo?”) a una muestra aleatoria de 199 personas de 65 años o más residentes de Salamanca y hallaron que el 17,1% de las personas mayores reconocía sentirse sola algunas veces y el 6% reconocía sentirse de ese modo con

mucha frecuencia. Sin embargo, proporciones más modestas encontró Sánchez (2009), que evaluó la prevalencia de la soledad en una muestra aleatoria de 646 personas de 65 años o más que vivían en Salamanca y otras provincias de Castilla y León mediante un instrumento validado (escala de soledad de De Jong Gierveld) y observó que el 14,6% mostraba una soledad moderada y el 2,2% tenía niveles altos de soledad.

A nivel nacional en las encuestas sobre el envejecimiento en España no se ha incluido habitualmente la soledad entre las variables de estudio. Hasta donde llega nuestro conocimiento, solo existe un estudio nacional específico de la soledad en la vejez en España (CIS, 1998) en el que, entre otras cuestiones, se preguntó a las personas mayores encuestadas cómo valorarían su nivel de soledad, ofreciéndoles seis alternativas de respuesta: se siente <<muy solo>>, <<bastante solo>>, <<regular>>, <<bastante acompañado>>, <<muy acompañado>> y <<no contesta>>. A esta cuestión respondieron un total de 2179 personas mayores, de las cuales el 2,2% afirmaron sentirse muy solos, el 10% afirmaron sentirse bastante solos y el 17,9% se siente <<regular>>. Además, los datos de esa encuesta también revelaron que las personas mayores consultadas que vivían solas tenían proporciones notablemente más altas de soledad (figura 8), donde el 38% se sentía muy o bastante solas y el 36,6% <<regular>> y solo uno de cada cuatro se sintieron acompañados (Castiello, García, Ortiz y Polo, 2002). Por lo que la prevalencia de soledad en las personas mayores que viven solas en España es mucho mayor.



*Figura 8:* Sentimientos de soledad según género y forma de convivencia  
Fuente: gráfico del estudio 2.279 del CIS-IMERSO (1998) extraído de Castiello et al. (2002)

También existen datos sobre la soledad en la Encuesta de Mayores realizada por el IMSERSO (2010), donde se preguntó “¿cuándo se siente usted más solo?” a una muestra representativa de 2500 personas de 65 años o más y se pudo observar que el 65,1% de las personas mayores reconocieron que habían sentido momentos de soledad. De este porcentaje, el 11,4% reconocieron que se sentían solas durante todo el día. Por otro lado, las personas que refirieron momentos específicos de soledad mencionaron que las ocasiones especiales (24,7%), cuando estaban enfermos (9,6%), por la noche (8,7%), los fines de semana (5,7%) y por el día (5%) eran los momentos en los que sentían más soledad. Estas situaciones son similares a las referidas por las personas mayores en otras encuestas de ámbito nacional en Gran Bretaña, donde la noche, los fines de semana y las vacaciones fueron los momentos que las personas mayores reconocieron sentir mayor soledad (Victor et al., 2005) y a las que refieren las personas mayores que viven solas, que fundamentalmente señalan que por la tarde, cuando vuelven al hogar, y por la noche y la madrugada son los momentos que más sienten la soledad (López-Doblas, 2005).

A pesar de los intentos de estas encuestas por recoger información sobre la soledad de las personas mayores, el modo de evaluar la soledad es limitado, ya que, como subraya López-Doblas (2005), las preguntas que se emplean para evaluar la soledad no logran evaluar la experiencia de soledad subjetiva o interna. Así, en la primera encuesta (CIS, 1998) se considera únicamente el contacto social con otras personas en la medición de soledad y la segunda encuesta (IMSERSO, 2010) se pregunta por los momentos o situaciones que provocan más soledad.

Como ya se ha comentado la soledad varía según la edad (Pinquart y Sorensen, 2001), sin embargo los datos recogidos por las encuestas suelen ser transversales y muestran una prevalencia de la soledad relativamente estable en la vejez. Por ello, se ha señalado la necesidad de realizar estudios longitudinales que estudien la trayectoria de la soledad de las personas mayores siguiendo enfoques biográficos, que permitan mejorar la comprensión teórica y conceptual de la soledad en la vejez y, al mismo tiempo, diseñar intervenciones más sofisticadas para combatir la soledad (Victor et al., 2005). Desde este enfoque, Victor et al. (2005) evaluaron las trayectorias de la soledad de las personas mayores en su estudio a través de una pregunta que pedía a los encuestados



que comparasen, a nivel retrospectivo, el nivel de soledad actual con el que tenían 10 años antes. Teniendo en cuenta estos datos los autores definieron cuatro tipos de trayectorias de la soledad: las personas mayores que nunca se sentían solas (54%), las que habían desarrollado sentimientos de soledad con el paso del tiempo (21%), las que habían disminuido su soledad durante ese periodo (10%) y las que siempre habían estado solas (15%). Trayectorias similares identificó posteriormente Newall (2010) que comparó los niveles de soledad referidos por las personas mayores encuestadas en el estudio longitudinal del envejecimiento de Manitoba a lo largo de 5 años, definiendo también cuatro trayectorias de la soledad en la vejez: los solitarios persistentes (14,7%), los no solitarios persistentes (56,6%), los que superan la soledad (16,2%) y los que empiezan a sentir la soledad (12,5%). Dichas trayectorias identifican dos perfiles de soledad: uno continuo y otro discontinuo, lo que puede estar reflejando la influencia de factores disposicionales en las trayectorias continuas y la influencia de acontecimientos vitales en los trayectorias fluctuantes, confirmando la necesidad de tener en cuenta la variabilidad que puede existir en la experiencia de soledad durante la vejez (Victor et al., 2005).

En este sentido, es preciso apuntar que en nuestro país recientemente se ha iniciado el Proyecto ELES (Estudio Longitudinal Envejecer en España) que pretende estudiar longitudinalmente a los mismos sujetos durante 20 años de cohortes de población nacidas antes de 1960 (Matia Instituto Gerontológico y Centro de Ciencias Humanas y Sociales, 2017). El proyecto piloto de ELES se presentó en 2011 y en él se reclutó una muestra representativa de 1747 personas de 50 o más años. Aunque no se puede acceder públicamente a los datos recogidos en el estudio, entre las variables incluidas en el protocolo de evaluación se incluye la soledad evaluada mediante la escala <<de Jong Gierveld Loneliness Scale>>, en su versión reducida de seis ítems para medir la soledad social y emocional. Por lo tanto, este proyecto permitirá investigar en España las trayectorias de ambos tipos de soledad en las personas mayores durante 20 años, lo que supondrá una oportunidad perfecta para mejorar la comprensión de la soledad en la vejez en nuestro país de manera longitudinal.

Conjuntamente al enfoque biográfico de la soledad en la vejez, cabe destacar la influencia que ejerce la sociedad y la cultura en esta experiencia y en su prevalencia. A

modo de ejemplo, véase como en España y otros países del Mediterráneo, a pesar de tener un menor número de personas mayores viviendo solas en relación a otros países del norte y oeste del continente (EUROSTAT, 2015), las personas mayores tienen mayores niveles de prevalencia de soledad (Del Barrio et al., 2010; Dykstra, 2009). Igualmente se han encontrado diferencias culturales en las causas de la soledad entre centenarios de Estados Unidos y Suecia (Martin, Hagberg y Poon, 1997) y entre personas mayores de Norte América (Estados Unidos y Canadá) y España (Rokach, Orzeck, Moya y Expósito, 2002). En este último estudio, Rokach et al. (2002) observaron diferencias significativas entre ambos grupos culturales a la hora de explicar las causas de la soledad siendo los Norteamericanos, como sociedad que fomenta la individualidad y la competitividad, los que muestran mayor conciencia de las causas de su soledad y de la responsabilidad que tienen ellos de su contribución personal en la aparición de este sentimiento.

Es muy posible que detrás de estas diferencias culturales se encuentren los patrones de solidaridad familiar característicos de los países del sur de Europa, en los cuales se asume que las familias son los principales responsables del bienestar de sus miembros (Flaquer, 2004, p. 54). Como en nuestro país, donde la solidaridad familiar es una dinámica común en la cual las personas mayores manifiestan abiertamente su deseo de ser cuidadas por el grupo familiar y el cuidado de estas personas se considera un deber moral (López-Doblas, 2005). Esta influencia cultural también se observa en otros países de Latinoamérica, donde la familia es la principal forma de compañía y protección social de las personas mayores (Gajardo, 2015). Así, la cultura puede influir en las expectativas de las personas mayores de recibir apoyo socioemocional por parte de sus familiares y también en las atribuciones de sus sentimientos de soledad a causas externas a ellos, puesto que se presupone que es la familia la que debe ofrecerles ese apoyo cuando se sienten solos. Así pues, como señala Gajardo (2015), en el abordaje de la soledad primero se deben atender los escenarios culturales y las representaciones de la soledad, para procurar los apoyos asistenciales necesarios y combatir este sentimiento de acuerdo a la cultura y a la historia de vida de las personas.

## **2.2. Aproximación al concepto de soledad**

La conceptualización de la soledad, como ocurre con otros constructos psicológicos, no es tarea fácil. Este término sigue creando confusión y generalmente esto es debido a que se usan indistintamente conceptos relacionados para referirse a esta experiencia como es el aislamiento social (Dickens, Richards, Greaves y Campbell, 2011; Grenade y Boldy, 2008; Masi et al., 2011; Perlman y Peplau, 1998). No obstante, parece que existe una idea ampliamente aceptada en el estudio de la soledad:

*“no es lo mismo estar solo que sentirse solo”.*

### **2.2.1. Delimitación conceptual del constructo soledad.**

“Probablemente existan tantas soledades como individuos que las definan” (López-Doblas, 2005, p. 111). Por ello, es posible que los diferentes enfoques que existen a la hora de entender y abordar la soledad, así como las diferencias culturales que se manifiestan en la prevalencia de esta experiencia se deban al significado, o dicho de otro modo, a la forma de comprender la soledad de los investigadores y las personas que la experimentan.

Tzouvara, Papadopoulou y Randhawa, (2015) realizaron una revisión narrativa del concepto y de las aproximaciones teóricas del estudio de la soledad en la vejez. En este estudio aclaran que en inglés existen algunos términos (*aloneness, solitude* y *social isolation*) que se han usado para referirse a la soledad (*loneliness*) pero que tienen significados distintos. Además, del trabajo de Tzouvara et al. (2015) se pueden destacar varios aspectos relevantes que influyen en la comprensión de los términos asociados a la soledad y también en la distinción de los mismos:

- **Aspectos situacionales:** El aislamiento puede ser una situación real/objetiva o una experiencia subjetiva.
- **Aspectos cognitivos:** La percepción de control sobre la situación, esto es, si es controlable y elegida o, por el contrario, se percibe como incontrolable y no elegida.
- **Aspectos emocionales:** La valencia emocional asociada a la experiencia de soledad que puede ser positiva, neutral o negativa.

Teniendo en cuenta estos términos y algunos aspectos comúnmente referidos en las distintas definiciones de soledad como la capacidad de control o elección que tiene la persona mayor sobre la situación de soledad (Díez y Morenos, 2015) y, también, el carácter subjetivo de esta experiencia y los sentimientos negativos que produce (Peplau y Perlman, 1982; Perlman y Peplau, 1998), se ha realizado un diagrama de la delimitación conceptual sobre todos estos términos que se resume e ilustra en la figura 9. Bajo esta comprensión del concepto soledad, en función de la combinación de estos aspectos situacionales, cognitivos y emocionales, la experiencia de soledad tomará un cariz más positivo, neutral o negativo para la persona.

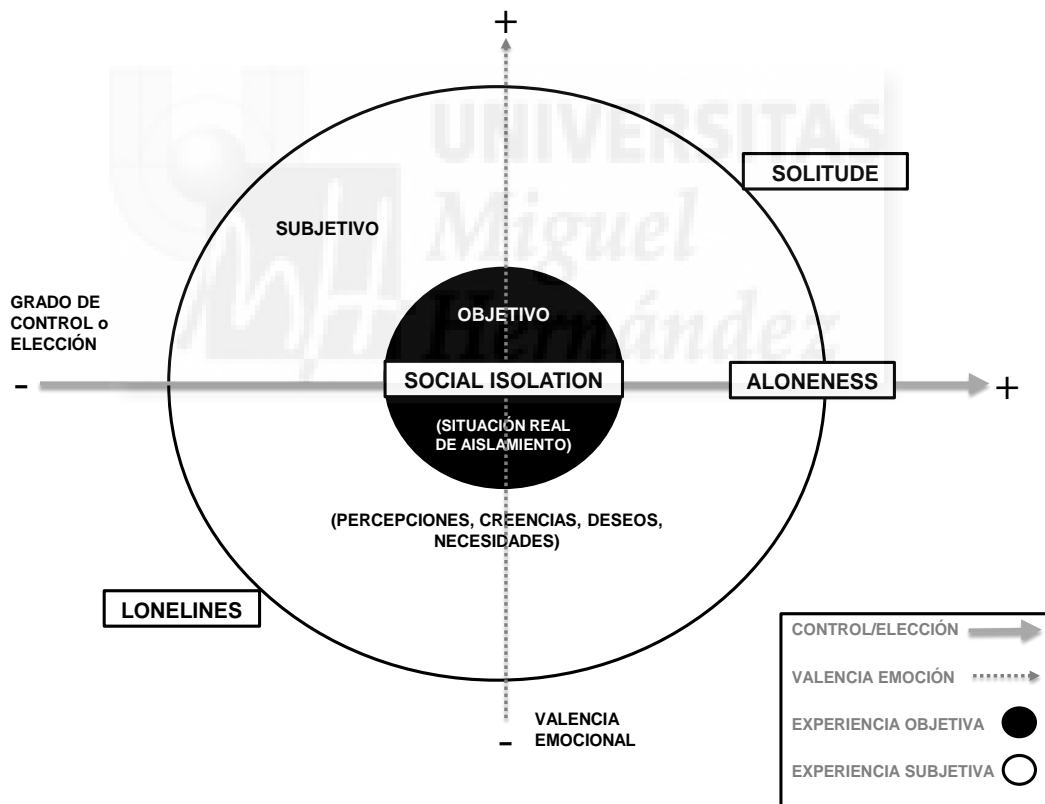


Figura 9: Diagrama de la delimitación conceptual de la soledad y otros términos relacionados  
Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la parte derecha del continuo, **estar solo** (*being alone o aloneness*) es una experiencia consciente y controlable, en la cual una persona prefiere y elige estar sola, por lo que la falta de compañía ocurre en una situación

voluntaria y consciente que no está vinculada a una valencia emocional, es decir, es neutra. Por su parte, la **soledad** (*loneliness*) es la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea, por lo que es una condición incontrolable en la cual la persona experimenta y siente soledad (Tzouvara et al., 2015). Además, esta experiencia puede sentirse con independencia de disponer de compañía objetiva, por tanto, se subraya su cualidad subjetiva e intrínseca.

Por otro lado, tampoco es lo mismo estar aislado que sentirse aislado o solo. En este sentido, el **aislamiento social** (*social isolation*) se ubica en la parte central del continuo por ser una condición real que se refiere al hecho de estar objetivamente solo, es decir, sin tener compañía o red de apoyo social. En este sentido, una persona mayor puede carecer de contactos sociales porque vive sola desde que quedó viuda y sus hijos están independizados y viven lejos y tampoco tiene amigos. En este caso, queda claro que se han reducido objetivamente los contactos sociales con su red de apoyo informal. Sin embargo, la experiencia psicológica del aislamiento, es decir, que se viva de manera desagradable o no, dependerá, entre otros factores, de la capacidad de elección que tiene la persona ante dicha situación. Esto es, en la medida que esta reducción de contactos sociales sea elegida o no va a cambiar la experiencia emocional subyacente, dando como resultado una experiencia de soledad elegida (*aloneness*) o no elegida (*loneliness*).

Para completar el diagrama, se incluye la experiencia de **soledad positiva o de crecimiento personal** (*solitude*). Es la soledad elegida y gratificante, porque evoca sentimientos positivos, que invita a la búsqueda de crecimiento personal y a la autorrealización (Hirigoyen, 2013).

La delimitación de estos términos permite reflejar la gran complejidad del concepto <<**soledad**>>.

Cabe mencionar en este sentido, aunque sea de manera sucinta, la influencia que puede ejercer el lenguaje en la experiencia psicológica de la soledad. Si usamos el diccionario para traducir *loneliness*, *aloneness* y *solitude* al castellano, se puede comprobar que todos estos términos se traducen como <<SOLEDAD>>. Es decir, en español

no disponemos de palabras que ayuden a expresar los distintos matices que puede adoptar la experiencia de soledad. De hecho, la connotación de esta palabra, o el etiquetado que se realiza habitualmente de este término en castellano es, fundamentalmente, negativo. Esto se puede observar en las acepciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (figura 10), que ofrecen una significación neutra (acepción 1) y otra negativa de la soledad (acepción 3).

### Soledad

- 1. f. Carencia voluntaria o involuntaria de compañía.
- 2. f. Lugar desierto, o tierra no habitada.
- 3. f. Pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo.

Figura 10: Definición de la soledad del diccionario de la RAE  
Fuente: Elaboración propia a partir de RAE (2017)

Tal y como se puede apreciar, entre los significados posibles solo se contempla la carencia voluntaria de compañía que daría lugar a un sentimiento neutral de soledad elegida (*aloneness*) y la carencia involuntaria y de carácter negativo de esta experiencia, asociada a la tristeza y melancolía por la pérdida de algo, que se relaciona con la soledad no elegida que provoca sentimientos negativos de soledad (*loneliness*). Así pues, en español no se contempla una definición positiva del concepto relacionada con el desarrollo personal y la satisfacción de las necesidades individuales en soledad (*solitude*), al contrario que otros idiomas como el inglés (Hirigoyen, 2013). Estas características del lenguaje pueden también ayudar a entender parte de esa influencia cultural que puede explicar a qué se debe el aumento de la prevalencia de la soledad como experiencia negativa en nuestro país, tal y como se comentaba al principio del capítulo.

Además de la influencia del etiquetado negativo de la soledad a través de la cultura y el idioma, también se debe considerar la influencia del significado individual que cada persona atribuye al concepto. De esta manera, conocer la definición que la persona mayor hace de la soledad, puede ayudar a entender de qué manera percibe esta experiencia lo que, a su vez, puede dar pistas sobre cómo le afecta esta situación y cómo la afronta. En este sentido, en el estudio sobre la soledad del CIS (1998) se

preguntaba a las personas cómo definían la soledad y se ofrecían diferentes alternativas de respuesta (figura 11). En los resultados se observó cómo la mayoría de las personas mayores encuestadas enfatizaba los aspectos más negativos de la soledad a la hora de definirla, entendiendo la soledad como “un sentimiento de vacío y tristeza” o como “el hecho de haber perdido a las personas queridas”.

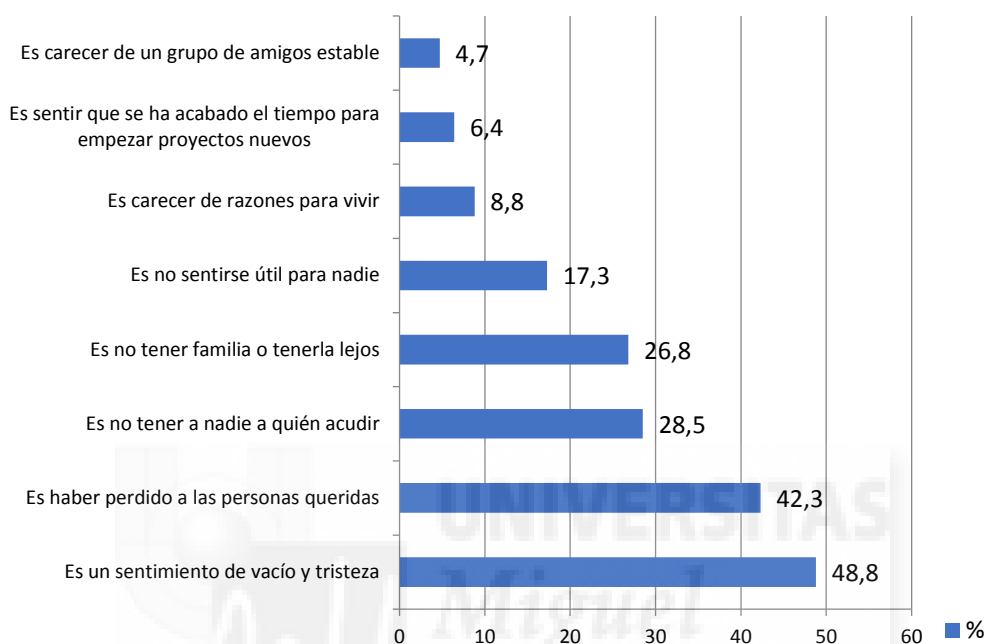


Figura 11: Definición del sentimiento de soledad de las personas mayores  
Fuente: elaborado a partir de los datos del CIS (1998)

Este significado generalizado y compartido de la soledad como “estado de ánimo negativo”, ha llevado incluso a la confusión del término con otros estados emocionales como la depresión y la ansiedad (Donaldson y Watson, 1996). Sin embargo Weiss (1973) matizó que la soledad se refiere a los sentimientos sobre las relaciones sociales en particular y la depresión a un sentimiento general (Cacioppo et al., 2010, p. 454).

Además de la distinción de las dimensiones positivas y negativas de la soledad, en la literatura científica se han referido otros tipos de soledad. Así, en función de la duración o cronicidad de la experiencia de soledad, se habla de “*rasgo*” o “*estado*” de soledad (Perlman y Peplau, 1981, 1998; Pinquart y Sorensen, 2001), entendiéndose que el *rasgo de soledad* se refiere a un perfil de personalidad solitaria y que el *estado de soledad* se entiende por aquellas situaciones de soledad que fluctúan a través de la

interacción de diversos factores ambientales y psicológicos, es decir, son estados de soledad dependientes de la situación o contexto. En esta línea, Young (1982), aunque no hace referencia a la soledad como rasgo, sí que hizo una clasificación en función de la duración de la soledad. Distinguiendo la “*soledad crónica*” como la experiencia de soledad que surge a partir de la insatisfacción con las relaciones sociales que se alarga en el tiempo, y la “*soledad situacional*”, que ocurre a consecuencia de circunstancias vitales (referido en Sánchez, 2009). Por otro lado, en función del tipo de provisión de apoyo que ofrecen las relaciones sociales, Weiss (1973) distinguió entre “*soledad social*” y “*soledad emocional*”. La *soledad social* se entiende como la ausencia de una adecuada red social que ocurre al perder relaciones sociales por diferentes motivos y provoca sentimientos de aburrimiento, nerviosismo y marginación. Por otro lado, la *soledad emocional* se refiere a la ausencia de apego emocional ofrecido por relaciones íntimas que aparece al perder a la pareja y tiene consecuencias más negativas para el individuo, generándole sentimientos de soledad absoluta, ansiedad, temor y desconfianza hacia los otros (referido en Perlman y Peplau, 1998). Por último, para terminar con las tipologías que se han definido en la literatura científica de Jong-Gierverd y Raadschelders (1982), basándose en las tres dimensiones del concepto de soledad que encontraron en el análisis de contenido que realizaron del concepto (ausencia de relaciones, la perspectiva del tiempo y los estados emocionales), identificaron empíricamente 4 grupos o tipos de personas solitarias, 1) los que están desesperadamente solos y muy insatisfechos con sus relaciones sociales, 2) los que están desesperadamente solos pero se sienten resignados ante la situación, 3) los solitarios activos socialmente que perciben que la situación puede cambiar y 4) los no solitarios o ligeramente solitarios (referido en de Jong-Gierveld, 1987, p. 120).

### **2.2.2. Desarrollo conceptual y teórico de la soledad.**

La complejidad multidimensional y subjetiva de la naturaleza de la soledad ha provocado la proliferación de distintas definiciones desde diversas aproximaciones teóricas. Karnick (2005) indica que Peplau y Perlman (1982) encontraron definiciones procedentes de ocho enfoques teóricos distintos, pero observaron la existencia de



solapamientos entre las distintas conceptualizaciones. De todos los enfoques explicativos disponibles, tradicionalmente se ha aceptado la existencia de cuatro aproximaciones teóricas fundamentales en el estudio de la soledad: la existencial, la psicodinámica, la interaccionista y la cognitiva (Donaldson y Watson, 1996; Tzouvara et al., 2015).

Desde cada orientación, se proponen distintas definiciones que difieren, principalmente, en el acento que ponen en el origen o naturaleza de la deficiencia social que experimenta la persona que se siente sola (Peplau y Perlman, 1982, p. 3). A continuación se describen las características de cada aproximación teórica y las principales conceptualizaciones que se han realizado de la soledad desde cada una a lo largo del tiempo en la literatura científica revisada.

#### *Aproximación Teórica Existencial.*

Esta aproximación se fundamenta en los principios del existencialismo filosófico y psicología humanista. Desde el enfoque existencial se entiende que la soledad es una experiencia propia del ser humano que no se puede eludir, puesto que aunque puede ser una experiencia dolorosa, a su vez, se considera necesaria para el descubrimiento y el crecimiento personal (Karnick, 2005). En este sentido, el teólogo y filósofo Tillich (1952, 1963) apuntó que la soledad es necesaria para la vida porque fomenta la introspección y es fundamental para la creación de nuevas ideas, considerando que el término “loneliness” se creó para expresar el dolor de estar solo y el término “solitude” para expresar la gloria de estar solo (referido en Donaldson y Watson, 1996; y Karnick, 2005). Otro representante relevante de este enfoque fue el psicólogo humanista Moustakas (1972) que, además de distinguir entre la soledad angustiosa y la soledad existencial, describió la soledad como “un estado elegido del ser que incluye la soledad angustiosa de la soledad existencial, es decir, un estado que implica estar solo con los demás, la naturaleza y el Universo” (referido en Karnick, 2005, p. 10) y entendió que todas las experiencias de soledad “implican la confrontación y el encuentro con uno mismo” (referido en Donaldson y Watson, 1996, p. 954). En esta línea, Viktor Frankl, tras sobrevivir al holocausto, también habló de la experiencia de soledad de los prisioneros de los campos de concentración nazi que, estando

totalmente solos, lucharon por encontrar en su soledad el significado en sus vidas bajo unas circunstancias horribles (referido en Karnick, 2005). Posteriormente, Rokach (1988) reconoció que la soledad es un concepto subjetivo y multidimensional que a menudo se manifiesta con dolor y malestar. Sin embargo, el autor entiende la soledad como una experiencia natural e integral del ser humano comparable con otras experiencias humanas como la felicidad, el hambre y la autorrealización, y afirma que los hombres nacen solos y experimentan el temor de la soledad en la muerte y muchas veces a lo largo de la vida (referido en Tzouvara et al., 2015, p. 330).

Así pues, los representantes de la aproximación existencial abordan la soledad desde la normalidad e, incluso, destacan las bondades de esta experiencia para lograr la autorrealización personal, pero, se han señalado algunas limitaciones de este enfoque explicativo. Por un lado, se critica que no se diferencia entre la soledad objetiva y subjetiva y que tampoco se aclara cuándo realmente se “goza” de la soledad y cuándo se “sufre” a consecuencia de esta experiencia (Donaldson y Watson, 1996). Por otro lado, se ha reprochado que los existencialistas perciben a todas las personas como solitarias por naturaleza, sin reconocer en ningún momento la elección que hace la persona sobre esa condición (Tzouvara et al., 2015).

### *Aproximación Teórica Psicodinámica.*

Esta perspectiva se fundamenta en las teorías psicoanalíticas de Freud, que defienden la idea de que las relaciones de apego y los conflictos desarrollados durante la infancia y la niñez forman la personalidad adulta y predicen las estrategias de afrontamiento que se desarrollan en el futuro (Donaldson y Watson, 1996). En este sentido, la soledad se considera un estado patológico que ocurre como resultado de las dificultades para crear relaciones interpersonales. Sullivan (1953) describió la soledad como una experiencia sumamente desagradable, relacionada con el inadecuado cumplimiento de la necesidad humana de intimidad y de establecer relaciones interpersonales (referido en Tzouvara et al., 2015, p. 340). Por su parte, Fromm-Reichmann (1959) defendía la idea de que cualquier individuo puede sentirse solo, según afirmaba, “el anhelo de intimidad interpersonal que se mantiene con otros seres humanos ocurre a lo largo de la vida y ningún ser humano está libre de la amenaza

que supone perder esa intimidad” (referido en Karnick, 2005, p. 10). Subrayando el carácter patológico de la soledad, Birren y Sloane (1980) describieron la soledad como un estado mental sintomático de la neurosis y cuyo origen viene de una “vida anterior” que dificulta a una persona mayor solitaria formar relaciones (referido en Donaldson y Watson, 1996, p. 953).

Esta aproximación ha sido ampliamente criticada, puesto que las conceptualizaciones propuestas están fundamentadas en casos clínicos, “patologizando” el constructo de soledad (Karnick, 2005) e ignorando la influencia del entorno social, la cultura y la edad en el desarrollo de la soledad (Donaldson y Watson, 1996).

#### *Aproximación Teórica Interaccionista (o del apego).*

Fundamentada en la teorías del apego, esta perspectiva entiende que las personas tienen necesidades sociales que se deben satisfacer y propone que la soledad surge a consecuencia de una reducida red social y de la falta de figuras íntimas de apego (referido en Donaldson y Watson, 1996; Tzouvara et al., 2015). El principal representante de esta perspectiva teórica fue el sociólogo Robert. S. Weiss (1973) que definió la soledad como “la deficiencia de la necesidad básica de relaciones íntimas que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no están satisfechas” (referido en Tzouvara et al., 2015, p. 332). Además, como se ha descrito previamente, Weiss distinguió entre dos tipos de soledad: la soledad social y la soledad emocional. Desde este enfoque también se encuentran otras definiciones como la de Rook (1984), que entendió la soledad como una “condición duradera de malestar emocional que ocurre cuando la persona se siente distanciada, incomprendida o rechazada por otros o no tiene los contactos sociales adecuados para desarrollar actividades deseadas que faciliten la integración social y la intimidad emocional” (referido en Tzouvara et al., 2015, p. 330). Posteriormente, Killen (1998) destacó los efectos negativos de la soledad sobre las personas y la definió como una “condición de sentimientos angustiosos, deprimentes, deshumanizantes y de desapego que soporta una persona a consecuencia del vacío que produce una vida social o emocional insatisfecha” (referido en Tzouvara et al., 2015, p. 330).

Esta aproximación ha sido criticada principalmente porque se considera que la soledad social no implica necesariamente que surjan sentimientos negativos asociados a la experiencia de soledad (Donaldson y Watson, 1996), es decir, se considera que la soledad social se acerca más al término de aislamiento social. Por otro lado, se ha considerado que desde este enfoque se reducen las causas de la soledad a aspectos negativos como la reducción de la red social o la pérdida de figuras de apego y obvia otros factores que también favorecen su aparición como la edad, la cultura o el género (Tzouvara et al., 2015) y, según se considera en el presente estudio, a esta lista se deberían añadir los factores psicológicos del individuo.

### *Aproximación Teórica Cognitiva.*

Desde este enfoque se considera que la soledad, además de verse influida por déficits sociales, es un estado que depende en gran medida de cómo la persona responde ante la experiencia de soledad, así pues, se enfatiza el papel que desarrollan los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la experiencia de soledad (Donaldson y Watson, 1996; Tzouvara et al., 2015). Esta aproximación está fundamentada en teorías cognitivas que explican la experiencia humana, como la teoría atribucional de Weiner y explica el desarrollo de la soledad teniendo en cuenta tanto aspectos situacionales y ambientales, como comportamentales y de la personalidad del individuo (Tzouvara et al., 2015). Los principales representantes de este enfoque son Perlman y Peplau (1981) que definieron la soledad como una “experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna forma importante para el individuo, ya sea cuantitativa o cualitativamente” (p. 31). Nótese en la definición cómo se hace referencia a una deficiencia que nota el individuo, es decir, apela a la subjetividad de la experiencia de la soledad que está mediada por los procesos cognitivos (creencias, expectativas, normas sociales, atribuciones causales, etc.). Se han propuesto múltiples definiciones desde este enfoque, así Sermat (1978) entiende la soledad como una “discrepancia experimentada entre las relaciones interpersonales que se reciben y las que le gustaría tener al individuo” y Young (1982) la define como “la percepción de la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, que se acompaña de síntomas de malestar

psicológico relacionados con esta carencia percibida” (ambos autores referidos en Pinquart y Sorensen, 2001, p. 245). Más tarde, de Jong-Gierveld (1987, 1998) desarrolló una definición de la soledad a partir de la literatura revisada y del análisis de contenido del significado de la soledad de personas con y sin soledad. Así, el autor describió la soledad como “una situación vivida por el individuo en la que existe una desagradable o inadmisibles falta de ciertas relaciones”. El autor aclara que la falta de relaciones puede deberse tanto a situaciones en las que el número de relaciones es inferior al que se considera deseable o admisible, como a situaciones en las que la intimidad deseada no se ha logrado. Por tanto, se considera que la soledad implica la manera en la que la persona percibe, experimenta y evalúa su aislamiento y su falta de comunicación con otras personas (de Jong-Gierveld, 1987, p. 120).

Se ha considerado que este enfoque también tiene limitaciones por diversos motivos como: no tener en cuenta los efectos de la cultura en el desarrollo de la soledad, no poder explicar la soledad de las personas que tienen deterioro cognitivo y tampoco tener en cuenta la importancia de las redes sociales de apoyo para el alivio de la soledad (Donaldson y Watson, 1996; Tzouvara et al., 2015).

Teniendo en consideración las definiciones recogidas en las cuatro aproximaciones teóricas clásicas de la soledad, se puede apreciar la gran variedad de propuestas conceptuales que existen de este constructo psicológico. Igualmente, se observa cómo la definición de la soledad en la literatura científica depende fundamentalmente de la aproximación teórica de estudio, hecho que ha propiciado que no exista todavía un consenso sobre la explicación y definición de la soledad. En último término, se puede ver cómo las definiciones han ido evolucionando a medida que lo ha hecho el conocimiento científico de la soledad. Todas estas circunstancias contribuyen a aumentar la complejidad del estudio de esta experiencia psicológica.

### **2.2.3. El concepto de soledad de las personas mayores que viven solas.**

Todas las definiciones que se han revisado de la soledad se refieren a la experiencia psicológica en general, es decir, no se centran en la experiencia de la soledad en la vejez.

López-Doblas (2005), en el estudio que realizó sobre las personas mayores que viven solas en España subrayaba que la soledad es uno de los principales problemas que acecha a esta población. Así, el autor, teniendo en cuenta la faceta más negativa de esta experiencia, distingue dos dimensiones o sentidos de la soledad como problema en esta población (López-Doblas, 2005, p. 188).

- Lo que el autor considera una *dimensión material* o centrada en la salud, que tiene que ver con el sentimiento de temor que genera la posibilidad de caer enfermo y se relaciona con la indefensión que sienten al vivir solos y no tener a alguien cerca si ocurre cualquier problema que amenace la salud de estas personas.
- La *dimensión más subjetiva* o centrada en los sentimientos, que se refiere a la ausencia habitual que notan las personas al no poder hablar con alguien o tener alguna persona a la que confiar los problemas en momentos de decaimiento anímico.

En el estudio se afirma que las personas mayores que viven solas se refieren a ambas dimensiones de la soledad en su discurso. La primera se puede considerar una dimensión “objetiva” relacionada con el aislamiento o la falta de compañía real, puesto que se refiere al hecho de tener el temor de que aparezca algún problema de salud o alguna circunstancia que atente su seguridad y el hecho de enfrentarlo solos. Por su parte, la segunda se puede considerar una dimensión “subjetiva” y que se refiere a la percepción de la carencia de relaciones sociales satisfactorias y al sentimiento interno de soledad. Ambas dimensiones “son los grandes hándicaps que atribuyen a su soledad; por eso, cuando la citan como el problema más importante que padecen, lo que más recalcan es el vacío que encuentran dentro de sus viviendas” (López-Doblas, 2005, p. 188).

En cuanto al reconocimiento de este sentimiento, el autor observó que las personas mayores que viven en solitario suelen reconocer más abiertamente el estado objetivo de soledad que el sentimiento interno de soledad (López-Doblas, 2005). No obstante, pudo comprobar cómo muchos de los participantes de los grupos de discusión reconocían que la condición de vivir solos y la falta de compañía asociada a esta situación provocaba la aparición de sentimientos de soledad. Es más, López-Doblas (2005) observó en su estudio cómo las personas mayores que viven solas suelen negar los sentimientos de soledad en el terreno personal y, paradójicamente, reconocen

abiertamente que es el problema que más acecha a las personas que, como ellos, carecen de la compañía de otros en el hogar. Según afirma el autor, esta tendencia a ocultar, o no reconocer, los sentimientos de soledad propios explica el hecho de que las personas mayores sí pidan ayuda en su entorno para cuestiones materiales, pero no la pidan en cuestiones emocionales.

#### **2.2.4. Síntesis y aproximación conceptual y teórica del presente estudio.**

En la delimitación conceptual de la soledad realizada en este trabajo se ha diferenciado la experiencia negativa de la soledad de otros términos relacionados a partir de tres elementos fundamentales: aspectos situacionales, cognitivos y emocionales. Así, se define la soledad (*loneliness*) como una experiencia psicológica que surge ante situaciones no elegidas y provoca sentimientos negativos que pueden ser perjudiciales para la salud de las personas mayores.

Aunque no se haya alcanzado aún un consenso en la literatura científica sobre la definición de la soledad, se han destacado tres aspectos comunes en todas las definiciones de ésta (Peplau y Perlman, 1982; Perlman y Peplau, 1998):

- i. es el resultado de **déficits en las relaciones sociales**,
- ii. es un **fenómeno subjetivo**, es decir, distinto del aislamiento social objetivo, y
- iii. es una experiencia **aversiva y desagradable**.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio la soledad de las personas mayores que viven solas se va a entender como una situación que, aunque pueda ocurrir por una ausencia objetiva de compañía, surge a partir de:

- a) la **experiencia subjetiva** de la persona mayor en la que percibe carencias en sus relaciones sociales,
- b) esta situación **no se elige voluntariamente**, por lo que la persona mayor no percibe control sobre la situación, y
- c) esta situación genera **sentimientos desagradables** en la persona mayor.

Por ende, en este estudio se sigue una conceptualización de la soledad en la vejez afín a la propuesta de la aproximación cognitiva que, además, ha sido una de las más

reconocidas en la literatura científica (Cohen-Mansfield et al., 2016; Donaldson y Watson, 1996; Dykstra, 2009; Perlman y Peplau, 1998; Pinqart y Sorensen, 2001; Sánchez, 2009). De hecho, Peplau y Perlman, (1982) señalan que esta aproximación y la de las necesidades sociales, que incluiría la aproximación psicodinámica e interaccionista, han sido las más usadas en el estudio de la soledad, aunque advierten dos diferencias fundamentales entre ambas perspectivas:

- Diferencia 1: mientras que la aproximación interaccionista enfatiza los aspectos afectivos de la soledad y sugiere que hay una asociación directa entre los déficits sociales y las reacciones subjetivas ante estos déficits, la cognitiva enfatiza el papel de la percepción y la evaluación que realiza la persona sobre sus relaciones sociales y los déficits sociales que experimenta sugiriendo que son los procesos cognitivos los que median la relación entre los déficits sociales percibidos y la experiencia emocional, modulando por lo tanto la intensidad de la experiencia de soledad.
- Diferencia 2: la aproximación psicodinámica, como fundamentalmente ha estudiado la experiencia de soledad en el contexto clínico psicoanalítico, sugiere que las personas experimentan soledad sin reconocer en sí mismas dicho estado y sin ser conscientes de la naturaleza de su malestar por lo que se suelen analizar los comportamientos defensivos que surgen de la soledad. Por otro lado, la aproximación cognitiva, como se ha desarrollado a partir del estudio de población general, se centra en la percepción que hacen las personas sobre sus déficits sociales y analiza cómo la persona etiqueta su experiencia de soledad.

Así pues, teniendo en cuenta que esta investigación se desarrolla desde un enfoque psicosocial en el que se entiende que los procesos psicológicos de las personas mayores intervienen en la experiencia de soledad e, igualmente, que se centra en la población general de personas mayores que viven solas, se considera más conveniente usar el enfoque cognitivo como marco de referencia para este estudio de la soledad en la vejez.



## **2.3. Modelos explicativos de la aproximación cognitiva de la soledad**

Los modelos que aquí se presentan tienen en cuenta la influencia de los procesos cognitivos en la soledad y explican este fenómeno en la población general. A continuación se describen dos modelos cognitivos clásicos, el Modelo de discrepancia cognitiva Peplau y Perlman (1979) y el Modelo de soledad desarrollado por de Jong-Gierveld (1987). Seguidamente, se desarrolla un modelo explicativo de la soledad más reciente propuesto por Cacioppo y Hawkley (2009).

### **2.3.1. Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979).**

Estos autores parten de la idea de que el éxito en las sociedades occidentales no solo se mide por los logros personales obtenidos, sino también por los logros en las relaciones sociales. Por ello, entienden que la soledad se puede estudiar desde el enfoque de la motivación de logro y fundamentan su modelo explicativo en la Teoría Atribucional de Weiner, entendiendo que la soledad se desarrolla a partir de la discrepancia que surge entre el nivel de relación social deseado y el que se tiene en realidad. Es decir, la experiencia de soledad surge como resultado de un desequilibrio percibido entre las relaciones reales y las que desea o espera recibir la persona (Peplau y Perlman, 1979, 1982; Perlman y Peplau, 1981, 1998). Desde este modelo se afirma que existen factores antecedentes que pueden facilitar o prevenir la aparición de la soledad, concretamente se describen dos tipos de antecedentes: las variables precipitantes y las variables individuales predisponentes de la soledad (Peplau y Perlman, 1979). Además, los autores reconocen que pueden influir otros aspectos situacionales del contexto y la cultura de la persona, pero no incluyen estas variables en su modelo explicativo.

- **Variables precipitantes:** aquí se incluyen todas aquellas variables que provocan **cambios en los niveles recibidos o deseados de contacto social**. Por ejemplo, la finalización de la relación con personas significativas (divorcio, viudedad, etc.), la separación física de las personas significativas (cambio de residencia, ingreso en una residencia, etc.), los cambios de estatus (nido vacío, jubilación, etc.) y la baja satisfacción con la calidad de las relaciones sociales. Además, se apunta que las

expectativas y deseos personales sobre las relaciones sociales también serían variables que precipitan la aparición de la soledad.

- **Variables predisponentes:** en este grupo se tienen en cuenta todos los factores personales que contribuyen al desarrollo y/o mantenimiento de la soledad. Además del género, el estado civil, el nivel de ingresos y la edad (donde los adolescentes y los ancianos son considerados los más vulnerables), el modelo propone tres tipos de factores personales predisponentes de la soledad: a) las características que reducen la deseabilidad social de la persona y aumentan el riesgo de que se sienta sola. Se considera en este grupo a las personas que pertenecen a minorías sociales (ya sea por cuestiones de raza, orientación sexual, estado de salud, etc.) y aquellas poco atractivas físicamente (por no ser agraciadas, o no entrar en los estándares normativos de belleza, como personas obesas, personas con alteraciones físicas, etc.); b) las características que influyen en el comportamiento y el éxito social de la persona, es decir, aquellas características de personalidad que dificultan la relación eficaz con otras personas como la timidez, la falta de asertividad, la falta de autoestima, etc.; y c) las cualidades personales de la persona que determinan cómo reacciona ante los cambios que ocurren en sus relaciones sociales y que influyen en su eficacia para evitar, minimizar o aliviar la soledad.

Además de estos factores antecedentes, Peplau y Perlman, (1979) subrayan la influencia de los procesos de atribución causal, la comparación social y el control percibido en la modulación de la experiencia de soledad.

- **Atribuciones causales:** Los autores, siguiendo la tesis de Weiner que defiende que cada atribución causal provoca reacciones emocionales distintas, aceptan la idea de que las atribuciones causales que hace la persona sobre su soledad afectarán a sus expectativas, emociones y comportamiento. En este sentido, dos dimensiones de las atribuciones causales cobran protagonismo en el planteamiento inicial del modelo: la dimensión “estable/inestable” y la dimensión “interna/externa”. Weiner y sus colaboradores demostraron que las atribuciones estables e internas sobre el fracaso provocan sentimientos de depresión y desesperanza. Asimismo, también observaron que si los fracasos personales se atribuyen a otras personas surgen sentimientos de hostilidad y agresividad y, si se atribuyen a causas externas e inestables, como la suerte, aparecen reacciones de sorpresa y asombro en la persona. Teniendo en cuenta estas observaciones, Peplau y Perlman (1979) consideran que las personas que

atribuyen su soledad a causas internas e inestables, como por ejemplo el esfuerzo, afrontarán la soledad de forma persistente y eficaz. Además, con la ampliación de la teoría de Weiner, se incluyó posteriormente la dimensión “controlable/incontrolable” en el análisis de las atribuciones causales, entendiendo que las atribuciones internas, inestables y controlables son las más deseables (Peplau, Miceli y Morasch, 1982).

- **Comparación social:** El modelo considera que las personas tienden a compararse con los demás en situaciones similares, de este modo, los autores proponen que este proceso de comparación social influye a la hora de percibir la magnitud del déficit social.
- **Control percibido:** Este modulador de la experiencia de la soledad se refiere a la medida en que la persona puede ejercer el control para conseguir el nivel deseado de contacto social. Los autores fundamentan la inclusión de esta variable moderadora en hallazgos anteriores como el de Averill (1973), que observó cómo la sensación de control reducía el estrés y también en los resultados del estudio de Schultz (1976), que comprobó cómo los ancianos institucionalizados que tenían la capacidad de decidir y predecir las visitas que recibían de los estudiantes tenían menores niveles de soledad (Peplau y Perlman, 1979, p. 106). Así, Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) sugieren que las personas que creen que la soledad es algo incontrolable es menos probable que intenten aliviar el problema (referido en Andersson, 1992).

Finalmente, desde el modelo se afirma que las formas de afrontar la soledad son muy variadas y se distinguen tres tipos de estrategias de afrontamiento fundamentales (Peplau y Perlman, 1979), a saber:

- **Estrategias para cambiar los niveles deseados de contacto social.** Los autores señalan tres tipos de mecanismos: a) la adaptación, que se refiere a cómo, en función de las circunstancias, la persona adapta sus deseos de contacto social a la situación; b) la elección de actividades, es decir, se considera que si la persona elige implicarse en actividades que disfruta haciendo en solitario no tendrá deseos de contacto social; y c) cambiar los estándares o los niveles de exigencia de lo que es aceptable como amigo.
- **Estrategias para cambiar los niveles conseguidos de contacto social.** Las formas de aumentar los niveles de contacto social real pueden ser muchas, aunque los autores destacan entre ellas: a) formar nuevas relaciones sociales; b) aumentar el

contacto con la red social habitual; y c) sustituir las relaciones con otros elementos, como tener mascotas, ver telenovelas para seguir la trama de la vida de los personajes, escuchar el programa de un determinado locutor de la radio, etc.

- **Estrategias para minimizar la discrepancia percibida entre las relaciones conseguidas y las deseadas.** Los autores destacan cuatro estrategias en particular: a) la negación de la soledad y los sentimientos que esta experiencia provoca; b) la devaluación del contacto social; c) la gratificación de las necesidades sociales usando estrategias alternativas al contacto social; y d) la realización de comportamientos para aliviar o evadirse del impacto negativo de la soledad, como beber y tomar drogas, u otros comportamientos insalubres.

Para concluir acerca del modelo de discrepancia cognitiva, Perlman y Peplau (1998) apuntan que este modelo no es una teoría específica de la soledad, pero ofrece una aproximación de la soledad que subraya los elementos importantes que intervienen en su desarrollo y mantenimiento (figura 12).

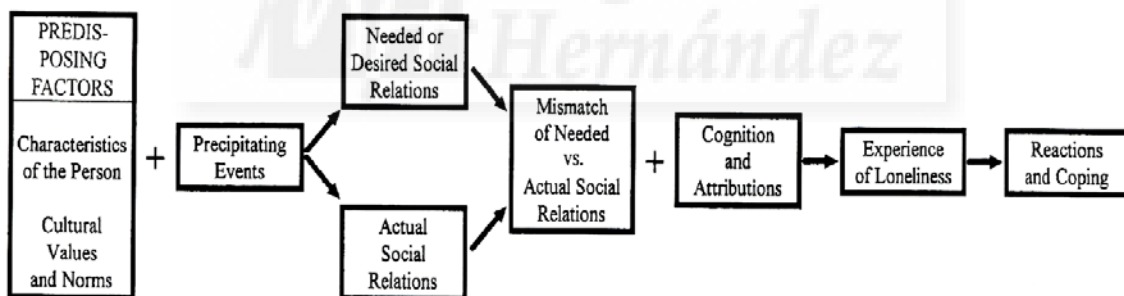


Figura 12: Modelo de Discrepancia Cognitiva de la soledad de Peplau y Perlman (1979)

Fuente: Perlman y Peplau (1998)

### 2.3.2. Modelo de las causas de la soledad de De Jong-Gierverd (1987).

Según refiere el autor, su modelo explicativo de la soledad se fundamenta en la aproximación cognitiva de la soledad sugerida por Lazarus, Averil y Opton (1970) y por Perlman y Peplau (1981). El autor entiende la soledad como una experiencia personal subjetiva, es decir, que no está influida directamente por la situación social

que vive la persona, sino por las características personales. Concretamente, el autor propone que los procesos cognitivos median la relación entre las características de la red social y la experiencia de soledad. Su modelo explicativo incluye un total de 25 variables explicativas agrupadas en 4 categorías que explican el 52,3% de experiencia de soledad:

1. **Características descriptivas de la red social.** Se tiene en cuenta la presencia o ausencia de relaciones íntimas recíprocas y de contacto con familiares, amigos, vecinos, compañeros y conocidos. Además de la existencia de relaciones sociales, se destaca la importancia de la calidad de la relación, por ello, se considera que las relaciones que implican reciprocidad son las de mayor calidad y las que más protegen contra la soledad.
2. **Evaluación subjetiva de la red social.** Se refiere a la satisfacción que siente la persona con sus relaciones sociales. Desde el modelo se asume que esta evaluación subjetiva está influida por características situacionales y disposiciones personales, así, el autor propone que dicha valoración es la que mediará entre las características descriptivas de la red social y la soledad.
3. **Variables situacionales o contextuales.** En este grupo se tiene en cuenta las variables que tradicionalmente se han relacionado con la soledad como la edad, el género, el estado civil, la forma de convivencia, el lugar de residencia y el estatus laboral.
4. **Variables disposicionales o características personales.** En el modelo se asume que la personalidad juega un importante papel en el desarrollo de la soledad e incluyen tres características personales: el autoconcepto, la ansiedad social y el factor introversión-extraversión.

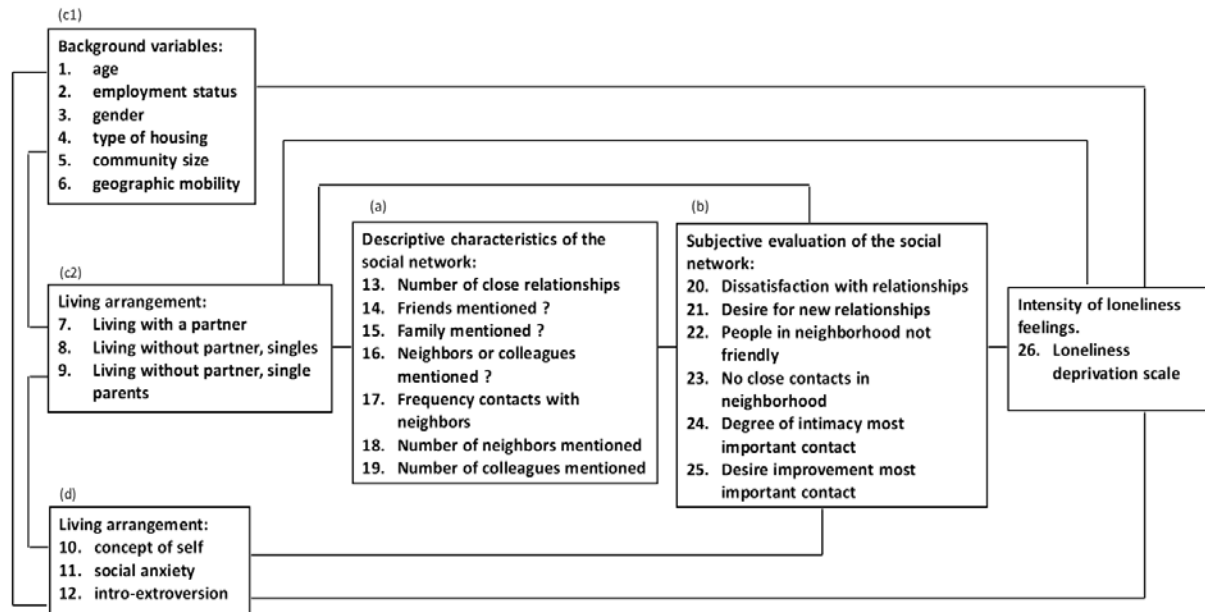


Figura 13: Modelo explicativo propuesto por de Jong-Gierveld (1987)  
Fuente: de Jong-Gierveld (1987)

De todas las variables integradas en su modelo, de Jong-Gierveld, (1987) confirma que la forma de convivencia (vivir solo) es uno de los determinantes más importantes de la soledad, ya que tiene una influencia directa e indirecta sobre esta experiencia. Asimismo, confirma la hipótesis cognitiva de la soledad, puesto que la satisfacción general con la red social y el autoconcepto mostraron ser mejores predictores de la soledad que otras variables del modelo, como las variables descriptivas de la red social, que tuvieron una influencia moderada en la explicación de la soledad o las variables situacionales que, a excepción de la forma de convivencia, no aportaron valor explicativo al modelo propuesto.

Por tanto, el modelo explicativo de de Jong-Gierveld (1987) confirma que la soledad está provocada en gran medida por la evaluación subjetiva que hace la persona de su red social y esta relación está moderada y mediada por variables situacionales pero, sobre todo, por características de la persona que, tal y como señala el autor, se deben tener en cuenta a la hora de conceptualizar y abordar la soledad.

### **2.3.3. Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009).**

Este modelo surge a partir de los datos empíricos acumulados tras muchos años de investigación de la soledad y sus consecuencias para la salud. A través del mismo, los autores proponen una explicación evolutiva y motivacional de la aparición y mantenimiento de la soledad y describen cómo esta experiencia afecta a la salud biopsicosocial de las personas que la sufren de manera crónica.

Según refieren Cacioppo y Hawkley (2009), debido a nuestra herencia evolutiva, el cerebro humano está programado para buscar conexiones significativas con los demás. Hay dos hechos fundamentales en los que apoyan esta idea. En primer lugar, las especies sociales, como los seres humanos, han sobrevivido gracias a la protección y el apoyo mutuo. Así pues, cuando surgen los sentimientos aversivos de soledad, aumenta la motivación para renovar las conexiones sociales para la supervivencia y para promover la confianza social, la cohesión y la acción colaborativa. En segundo lugar, de manera similar a la respuesta automática que se produce en animales y seres humanos ante el dolor físico (que produce una señal de alerta en el cuerpo que le prepara para responder ante las amenazas), los sentimientos de soledad actúan como señales que motivan respuestas hacia las amenazas o daños dirigidos a la parte social del individuo. Por tanto, los autores mantienen la hipótesis de que, al igual que si se ignora el hambre, la sed y el dolor físico se reduce la habilidad para sobrevivir y encontrar comida en el mundo salvaje, si se ignora la soledad en el mundo social se pueden producir efectos dañinos que contribuyan al deterioro mental y físico de la salud (J. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014; Cacioppo y Hawkley, 2009). Así, desde este modelo teórico, se entiende que la soledad es una respuesta ante la necesidad social humana, que surge de un desequilibrio y que motiva la búsqueda de conexión social. Desde este enfoque se afirma que, cuando se experimenta soledad, se activan mecanismos neurobiológicos que promueven la autopreservación y la satisfacción de estas necesidades sociales a corto plazo. Sin embargo, cuando no se logra satisfacer esta necesidad de conexión o la activación se prolonga en el tiempo, se producen daños sobre la salud que contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad de las personas (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014).

Además de lo anterior, los autores proponen una explicación sobre el mantenimiento de la soledad a través del tiempo, formando un círculo vicioso que afecta a la cognición y el comportamiento de las personas (figura 14). Cacioppo y Hawkley (2009) plantean que la soledad desencadena una hipervigilancia implícita hacia las amenazas sociales que, a su vez, produce sesgos en la atención y la memoria que confirman esos temores. Por lo tanto, las personas que se sienten solas es más probable que perciban su mundo social como amenazante, tengan expectativas sociales negativas y recuerden más los aspectos negativos de los eventos sociales que aquéllas que no se sienten solas. Este tipo de cogniciones, aumentan la probabilidad de que las personas se impliquen en procesos confirmatorios a través de su conducta, es decir, que mantengan interacciones sociales más negativas y obtengan evidencias que confirman el poco control personal o valor social que tienen, aumentando así su percepción de soledad.

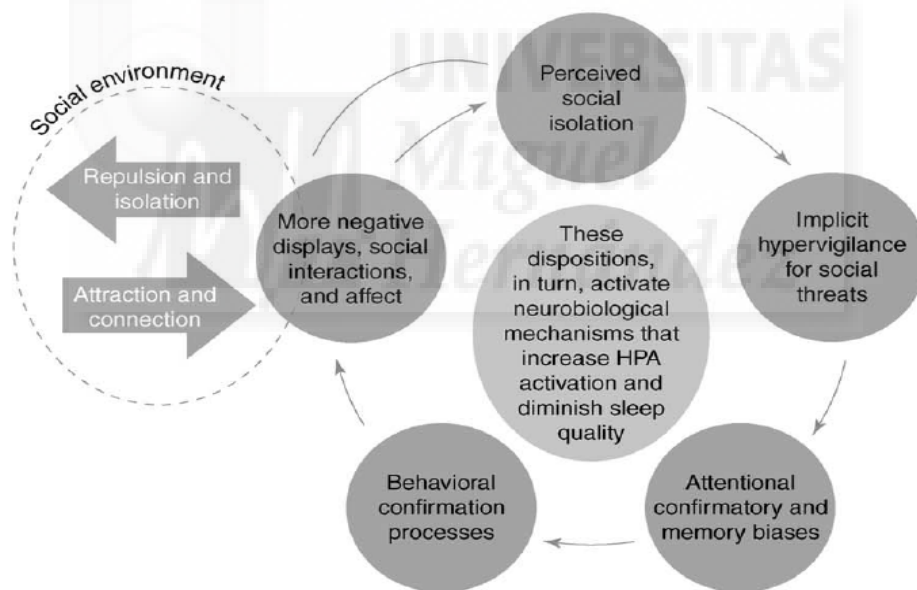


Figura 14: Modelo explicativo de las consecuencias de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009)  
Fuente: Cacioppo y Hawkley (2009)

## 2.4. Modelos explicativos de la soledad en personas mayores

También se han propuesto modelos explicativos de la soledad en la vejez.

Sánchez (2009) estudió la influencia de las relaciones sociales en la soledad de las personas mayores integrando las asunciones del Modelo Teórico del Convoy Social y



la Aproximación Cognitiva de la soledad. En el modelo explicativo propuesto por la autora, se intenta analizar los efectos directos de dar y recibir apoyo social (emocional o instrumental) en la soledad de las personas mayores y, asimismo, se intenta comprobar el efecto directo o mediador de la percepción de la reciprocidad de las relaciones sociales sobre la soledad. De este modo, la autora propone un modelo explicativo de la soledad (figura 15) en el que se incluyen variables sociodemográficas del sujeto, variables contextuales, variables relacionadas con la red de apoyo social y variables evaluativas de la red social, como la satisfacción con las relaciones sociales y la reciprocidad percibida. En los resultados de su estudio de tesis doctoral se obtuvieron dos modelos predictivos de la soledad: el *modelo de dar apoyo*, que explicó un 25% de la soledad de las personas mayores, y el *modelo de recibir apoyo*, que explicó un 26%. Sin embargo, en los análisis realizados para corroborar la influencia de cada variable del modelo se comprobó que el poder explicativo de la evaluación subjetiva de la red social era mayor que el de las características estructurales y funcionales de la misma. Además, se observó que la evaluación de la red social mediaba el efecto de las variables relacionadas con la red social y la soledad, confirmando así la hipótesis cognitiva de la soledad y destacando la importancia del proceso evaluativo de la red social en el desarrollo de la soledad en personas mayores.

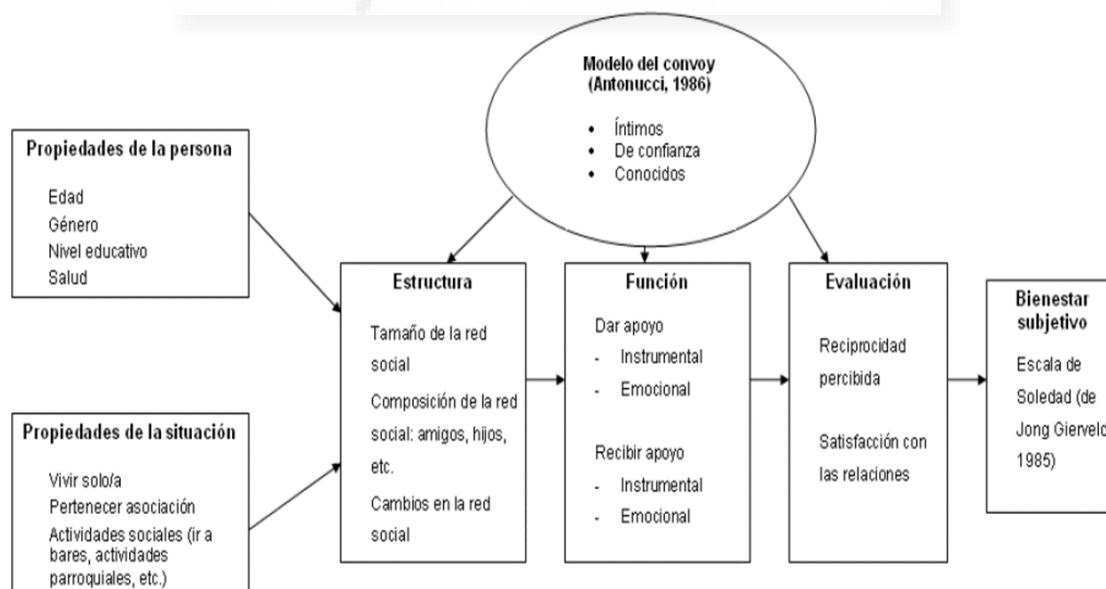


Figura 15: Modelo explicativo de la soledad en personas mayores de Sánchez (2009)  
Fuente: Sánchez (2009)

También existen otras propuestas explicativas, como la de Wenger, Davies, Shahtahmasebi y Scott (1996) que desarrollaron dos modelos explicativos para diferenciar las variables que predicen la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Sin embargo, en el modelo de la soledad no incluyen variables psicológicas o variables sobre la evaluación subjetiva que realizan de su red social de apoyo, hecho que, según se considera en este trabajo, limita el alcance explicativo del modelo que proponen estos autores.

Por su parte, Fees, Martin y Poon (1999) estudiaron tanto los predictores de la soledad como la relación de ésta con el bienestar físico percibido de las personas mayores. En los análisis multivariados que realizaron revelaron el papel directo e indirecto de la soledad en el bienestar físico percibido y comprobaron que la soledad mediaba la relación entre la edad y la ansiedad en la salud percibida de las personas mayores.

Asimismo, se han propuesto modelos explicativos de la soledad en relación a la salud mental, concretamente Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) propusieron el modelo “MODEL” (*Model of Depression and Loneliness*) en personas mayores con pocos recursos económicos, con el objetivo de desarrollar un modelo explicativo de los predictores de la soledad en la vejez y, al mismo tiempo, para comprobar si ésta era el mayor predictor de la depresión en personas mayores. Dentro de su modelo incluyen cuatro tipos de barreras que, según sugieren los autores, impiden establecer nuevas relaciones sociales y son determinantes de la soledad y, a su vez, de la depresión. El modelo propuesto incluye un total 21 variables, divididas en cuatro tipos de barreras: a) factores y recursos ambientales, b) factores de salud, c) factores psicológicos (habilidades sociales, autoeficacia social, patrones de comportamiento anteriores, expectativas sobre los contactos sociales) y d) eventos vitales estresantes. Los resultados de los análisis multivariados mostraron que el modelo explicaba un 42% y un 47% de la variabilidad de la soledad y la depresión respectivamente. Asimismo, se reveló que el principal predictor de la soledad eran las barreras psicológicas (autoeficacia en situaciones sociales), seguido de las barreras ambientales (ingresos y falta de oportunidades para el contacto social) y de salud (dificultades de movilidad). Además, se demostró que los eventos estresantes no tenían un efecto explicativo

sobre la soledad y se confirmó que la soledad era el predictor más importante de la depresión en población mayor (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007).

Por su parte, en España, Losada et al. (2012) basándose en la propuesta y los hallazgos del estudio anterior, propusieron un modelo predictivo de la soledad en población española. Asimismo, quisieron comprobar si la soledad predecía la salud mental de las personas mayores. De manera similar al MODEL de Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007), el modelo propuesto por estos autores incluye variables sociodemográficas, variables ambientales, variables de salud y variables psicosociales (ver a los familiares y amigos tanto como se desea y barreras para el contacto social). Con este modelo los autores explicaron un 28% de la soledad y un 50% de la salud mental y comprobaron que las variables psicosociales tienen influencia en la soledad de las personas mayores demostrando que la soledad tiene gran poder explicativo en la salud mental de las personas mayores.

### **Conclusiones sobre los modelos explicativos de la soledad.**

Tal y como se ha podido observar, la soledad es una experiencia provocada por múltiples variables, pero, ante todo, es una vivencia que surge a partir de la relación de la persona con su entorno social. Así pues, para entender la soledad y su abordaje, se deben tener en cuenta tanto los aspectos psicológicos de la persona, como los aspectos sociales de las relaciones que mantiene y la participación social que realiza en su entorno.

En la revisión de los modelos explicativos de la soledad se ha podido comprobar que la aproximación cognitiva tiene en cuenta la perspectiva del individuo, puesto que toma en consideración la influencia de su experiencia vital y de sus características psicológicas personales en las relaciones que establece con los demás y en la evaluación que realiza de dichas relaciones, con la consiguiente influencia en el desarrollo y mantenimiento de su soledad (Cacioppo y Hawkey, 2009; de Jong-Gierveld, 1987; Peplau y Perlman, 1979).

Por otro lado, en la revisión de las propuestas explicativas de la soledad en la vejez, se ha observado cómo los modelos menos contemporáneos han dado más

importancia a aspectos contextuales y sociodemográficos en el desarrollo de la soledad, obviando o minimizando el peso de los factores psicosociales en el desarrollo de la soledad de las personas mayores (Fees et al., 1999; Wenger et al., 1996). En este sentido, teniendo en cuenta los modelos explicativos de la soledad en la vejez descritos, se observa cómo en ninguno de ellos se incluyen las principales variables moderadoras de la experiencia de soledad que se han propuesto desde la aproximación cognitiva de la soledad, esto es, las atribuciones causales y el control percibido. Sin embargo, en los modelos que sí se han incluido variables psicológicas relacionadas como la autoeficacia (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007) o la evaluación subjetiva de la red social (Losada et al., 2012; Sánchez, 2009), se ha comprobado cómo la capacidad predictiva de estas variables es mucho más potente para explicar el desarrollo de la soledad en la vejez.

Estos hechos justifican, a nuestro parecer, la elección del enfoque cognitivo como marco de referencia para la comprensión y el abordaje de la soledad en la vejez. De este modo, siguiendo Peplau y Perlman (1979), se entiende que las personas mayores que viven solas tienen unas circunstancias situacionales y disposicionales previas que van a determinar la manera en la que perciben sus relaciones sociales. Cuando surgen discrepancias entre las relaciones que tienen con sus familiares y amigos y sus deseos o expectativas de contacto social, surgirá la experiencia de soledad. Dicha experiencia va a estar influida por los pensamientos de estas personas, es decir, por cómo perciban su situación en relación a otras personas conocidas, o por cómo atribuyan las causas de su soledad y por el control que perciban para manejar la situación de soledad. Así pues, todo ello va a influir tanto en la intensidad de la experiencia de soledad como en las estrategias de afrontamiento que realicen para minimizarla y reducirla. Al mismo tiempo, se asume que la experiencia de soledad activará miedos sociales en las personas mayores, que van a provocar la aparición de cogniciones desadaptadas e interacciones sociales negativas con su entorno social, produciéndose mayor distanciamiento social y manteniéndose la experiencia de soledad en forma de círculo vicioso (Cacioppo y Hawkley, 2009).

Así pues, dada la relevancia que tienen las variables psicológicas y sociales en el desarrollo de la soledad desde la aproximación cognitiva, a continuación se analizan algunos predictores psicosociales de la soledad en la vejez.

## **2.5. Variables psicosociales relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la soledad en las personas mayores**

El interés por estudiar la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de la soledad en personas mayores ha aumentado en los últimos años. En el caso de las variables psicológicas, esta tendencia se observa claramente en los estudios de revisión sobre los predictores de la soledad que se han referido en el capítulo anterior. Así, por ejemplo, en el estudio de meta-análisis de Pinquart y Sorensen (2001) no se informa sobre las variables psicológicas en relación a la soledad y, al contrario, en la revisión sistemática de Cohen-Mansfield et al. (2016) sí se incluyen estudios que informan sobre determinantes psicológicos de la soledad en personas mayores.

De este modo, cada vez más se reconoce la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo de la soledad, tanto es así que Pikhartova et al. (2016) comprobaron que los estereotipos y las expectativas que tenían los participantes sobre la soledad predecían la experiencia de soledad en el futuro de estas personas y, este efecto, era independiente de otras variables sociodemográficas, de salud y estado de soledad al inicio del estudio. Para las autoras esto sugiere que el desarrollo del sentimiento de soledad sería consecuencia de una “profecía autocumplida”. En la misma línea, hace más de 30 años, Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) también sugirieron esta idea cuando apuntaron que la creencia de que la soledad es algo ineludible o incontrolable puede convertirse en una profecía autocumplida que impida a las personas mayores solitarias tomar medidas para aliviar su soledad (referido en Moore y Schultz, 1987, p. 221). De este modo, cuando una persona mayor cree que la soledad es algo propio de las personas mayores y espera sentirse sola en el futuro, es más probable que desarrolle este sentimiento cuando envejezca y que sienta que no puede hacer nada por cambiar dicha situación (Lorente y Sitges, 2016).

Aunque cada vez se sabe más sobre los factores que provocan la soledad, Bolton (2012) recuerda que la literatura científica se ha centrado en desarrollar intervenciones para reducir la soledad en personas mayores, pero no intervenciones para prevenirla. Teniendo en cuenta esta realidad, se ha considerado oportuno profundizar en la comprensión de la relación que existe entre algunas variables psicosociales y la soledad de las personas mayores, porque se entiende que esto puede servir para discernir mejor acerca de los mecanismos psicosociales que provocan la soledad y, a su vez, puede ayudar a diseñar y desarrollar intervenciones orientadas a la prevención de esta experiencia en la vejez. Es por ello que a continuación se examina la literatura científica que ha estudiado:

- La relación de las atribuciones causales y el control percibido con la soledad en personas mayores, ya que se han considerado variables que median la experiencia de soledad (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981)
- La relación entre la participación social y la soledad en personas mayores, puesto que se ha sugerido que las personas que experimentan soledad tienen interacciones sociales más negativas con su entorno (Cacioppo y Hawkley, 2009).

### **2.5.1. Atribuciones causales y control percibido en la soledad de las personas mayores.**

En el Modelo de Discrepancia Cognitiva se propone que las explicaciones causales que las personas realizan sobre su comportamiento o las situaciones que experimentan tienen importantes efectos sobre la autoestima, las expectativas sobre el futuro, las reacciones emocionales y el afrontamiento de estas personas (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981). Desde esta premisa, se entiende que las atribuciones causales que realicen las personas mayores sobre su soledad tendrán efectos sobre el control que perciben para modificar o aliviar la situación de soledad que viven.

Además, desde este Modelo también se ha sugerido que otro modulador de la experiencia de soledad es el control percibido, por lo que se acepta la idea de que las personas que tienen control percibido sobre la propia soledad tienen más motivación por buscar maneras para superarla (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981).

No obstante, en la descripción que realizan los autores de este término en su modelo usan indistintamente los términos <<control percibido>> y <<control personal>> para referirse a esta variable mediadora de la soledad (Perlman y Peplau, 1981, p. 48). Este hecho, puede generar “ruido” a la hora de comprender la teoría y el papel que ejerce el control percibido en la mediación de la soledad.

Tomando en consideración que el Modelo de Discrepancia Cognitiva subraya el papel de la cognición del individuo en la experiencia de soledad, se puede deducir que los autores se refieren realmente a la sensación de control o al control que percibe la persona sobre la situación de soledad que experimenta, más que al control real sobre la situación. Conjuntamente, como durante el envejecimiento pueden ocurrir ciertos acontecimientos que condicionen las opciones de control real que puede ejercer la persona sobre sus relaciones sociales y su situación de soledad, se presume que se debe centrar el análisis en el control percibido, no en el control personal.

No obstante, centrar este apartado en el análisis de los estudios que han encontrado relación entre el control percibido y la soledad en personas mayores no es una tarea fácil, puesto que, como queda representado en la figura 16, el control percibido se ha investigado con múltiples etiquetas y términos relacionados (competencia personal, autoeficacia, locus de control, atribuciones, sensación de control, creencias de control, etc.) y es un término difícil de conceptualizar (Lachman, Neupert y Agrigoroaei, 2011; Steptoe, 1989). Así pues, primero se realiza una breve delimitación conceptual de dichos términos y, seguidamente, se procede a describir los resultados de la revisión de la literatura analizada.

### **<<Control Percibido>> delimitación del concepto.**

El estudio del control se debe originalmente al trabajo de Rotter (1966) con el desarrollo del término “locus de control”. Desde entonces se ha ido refinando este concepto y se han desarrollado múltiples conceptos relacionados con el control percibido que han inundado la investigación psicológica sobre la salud (Fernández-Castro y Edo-Izquierdo, 1994; Lachman et al., 2011; Steptoe, 1989; Wallston, 1989, 1992).

Weinberg (2001) afirma que el control percibido es la mayor área de estudio en el ámbito de la gerontología y geriatría y cita trabajos como el de Baltes y Baltes (1990) y Rowe y Kahn (1987), en los que se considera que el control percibido contribuye a lograr el envejecimiento exitoso. En este sentido, Fernández-Ballesteros (2008) también destaca la importancia del control percibido y la autoeficacia para envejecer como factores personales relevantes para lograr un envejecimiento activo y saludable. Lachman et al. (2011, p. 176) definen el “control percibido” (referido también como “sentido de control” o “creencias de control”), como la expectativa sobre el dominio personal y las contingencias ambientales que influyen en los resultados que se obtienen del entorno y del rendimiento personal. Los autores aclaran que es un factor psicosocial poderoso porque influye en la salud y el bienestar de las personas mayores a través de mecanismos psicológicos y conductuales. En esta línea, Bandura (1997) ya señalaba que el sentido de control facilita el desarrollo de pensamientos autorregulatorios que influyen en la manera de percibir las situaciones y que promueven la motivación para realizar nuevas tareas o comportamientos. Considerando esta explicación y las asunciones de la teoría cognitivo-conductual de Bandura (1997), Miller y Lachman (1999) propusieron un modelo conceptual (figura 16) en el que se representa un proceso multidireccional en el cual el control percibido está influido por los resultados de la experiencia y, a su vez, es mediador del comportamiento, la motivación y las emociones, y tiene efectos sobre la ejecución y resultados futuros (ambos referidos en Lachman et al., 2011, p. 181).



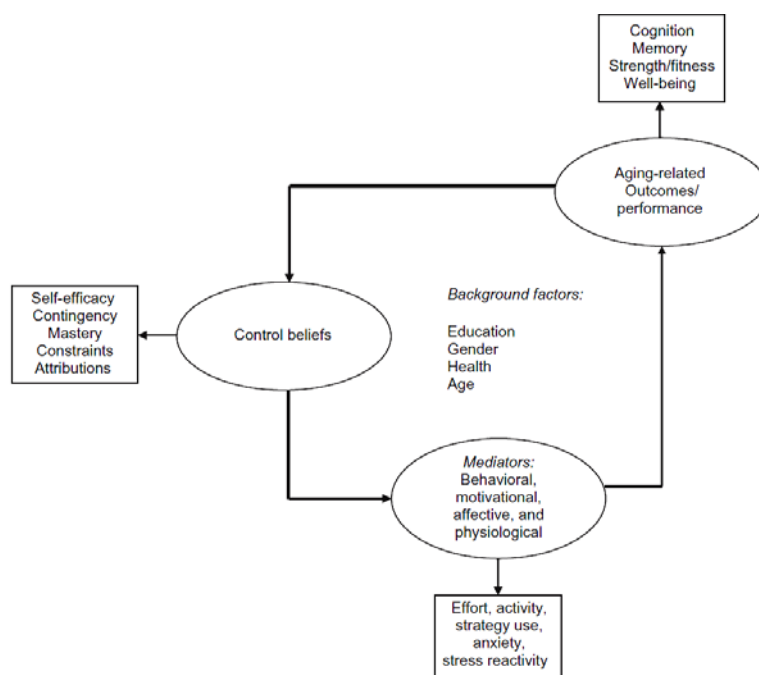


Figura 16: Modelo conceptual de la relación entre las creencias de control y los efectos sobre el envejecimiento propuesto por Miller y Lachman en 1999

Fuente: Lachman et al. (2011)

Por su parte Steptoe (1989), en el último capítulo del libro “Stress, personal control and health”, realiza una síntesis de los diferentes enfoques del estudio del control en relación a la salud. El autor entiende el control personal, como un concepto amplio que incluye el control real y el control percibido y señala que éste está mediado por tres características personales o disposicionales (Steptoe, 1989):

1. la existencia de estrategias conductuales o competencias específicas para desarrollar las conductas que sea preciso desarrollar,
2. las necesidades o deseos de control, y
3. el locus de control interno o externo.

Debido a su estabilidad temporal, el **locus de control**, se ha considerado una disposición de la persona que se refiere a la expectativa general de control sobre los eventos y resultados que le suceden (Steptoe, 1989). Rotter (1966) acuñó inicialmente este concepto en su Teoría del Aprendizaje Social, desde la que se asume que las personas relacionan su comportamiento con los resultados que obtienen y, de este modo, aprenden a aumentar sus sentimientos de control sobre las expectativas de resultado. Además, el autor mantiene que el comportamiento depende de las

expectativas de obtener refuerzos contingentes y del valor del refuerzo, de manera que las personas con locus de control interno sentirán que los resultados dependen de su comportamiento, mientras que las personas con locus de control externo sentirán que depende de la suerte o el azar.

Stephoe (1989) distingue dos usos distintos del constructo control percibido. Por un lado, el control percibido se ha usado en la literatura como la respuesta de **control emocional** ante estímulos aversivos que pueden ser inmodificables, esto es, la creencia de control que tiene la persona para regular el impacto de situaciones desagradables a través del manejo de su respuesta emocional y conductual ante tal situación. Según señala el autor, se refiere a un constructo superior de control percibido en el que la persona cree tener las estrategias disponibles para afrontar la situación y está en su mano la opción de decidir cuándo las utiliza. Por otro lado, se ha usado para referirse al **control percibido sobre la situación o el comportamiento**, esto es, a la medida en que se percibe control sobre los resultados que se pueden obtener a partir del propio comportamiento, que es la conceptualización que se sigue en esta investigación.

Esta conceptualización de control percibido estaría relacionada con otros términos descritos en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura integrada en su Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986, 1997) como son la **expectativa de resultado**, que se refiere al juicio sobre las consecuencias más probables que se producirán a partir de la ejecución de un comportamiento, y la **autoeficacia personal**, que es el juicio que cada persona realiza sobre sus capacidades independientemente de los resultados.

Al mismo tiempo, el control percibido abarcaría el término de **competencia personal** acuñado por Wallston (1989, 1992), que se refiere a la expectativa generalizada de ser capaz de interactuar eficazmente en el ambiente, que combina tanto expectativas de capacidad como de resultados. Este concepto fue desarrollado por Wallston a partir de los fundamentos de la Teoría Cognitiva Social de Bandura y la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter, para superar las limitaciones que el locus de control de Rotter tenía para explicar los comportamientos de salud.

Aunque estos tres conceptos son similares y todos influyen en las creencias o percepción de control que tiene la persona, cabe aclarar que la expectativa de resultado

y la autoeficacia percibida de Bandura se refieren al **control o el dominio percibido en situaciones específicas** y, de otro modo, la competencia personal se refiere al **control percibido en general**, es decir, a la disposición global de la persona a percibirse capaz a través de una serie de dominios (Wallston, 1989, p. 100).

Otro concepto relacionado con las atribuciones causales y con el control percibido ha sido la **responsabilidad** (en inglés “*self-blame*”, es decir, auto-culpa o responsabilidad). Moore y Schultz, (1987) citan a Janoff-Bulman (1980) que establece la diferencia entre dos tipos de responsabilidad, la categorial y la comportamental. Así, el autor entiende que atribuir la responsabilidad comportamental (*behavioral self-blame*) en uno mismo es positivo porque implica creer en el control individual para conseguir los resultados deseados. Teniendo en cuenta esta idea, Moore y Schultz (1987) asumen que aceptar la responsabilidad sobre la soledad genera consecuencias positivas en las personas mayores.

Así pues, los diferentes términos incluidos en el constructo <<**Control Percibido**>> añaden complejidad al estudio de los mecanismos cognitivos que regulan la soledad en la vejez. Todavía no se ha aclarado la relación que existe entre estas variables y la soledad, pero se ha sugerido que al mejorar el control percibido sobre la soledad, se producen estrategias de afrontamiento más eficaces que, a su vez, reducen la soledad y mejoran el sentimiento de competencia personal (Andersson, 1992; Moore y Schultz, 1987). También se ha comprobado como las etiquetas y atribuciones pueden afectar el autoconcepto y el comportamiento de las personas mayores y reducir su control percibido (Rodin y Langer, 1980). Por lo tanto, teniendo en cuenta que aún no se han esclarecido las relaciones existentes entre estas variables, en la revisión de la literatura que se presenta seguidamente se han tenido en cuenta todos los resultados que relacionen alguna variable de Control Percibido con la soledad en personas mayores.

### **Estudios Transversales sobre la relación entre el control percibido y la soledad en personas mayores.**

Schultz y Moore (1984) encontraron una relación positiva entre la soledad y el **locus de control externo** en personas entre 55 y 75 años, lo que indica que las personas

mayores que tenían mayores niveles de soledad tenían también mayor tendencia a creer que su destino está controlado por la suerte o la casualidad. En la misma línea, Schmitt y Kurdek (1985) estudiaron las diferencias de género y edad entre distintas dimensiones de la soledad (insatisfacción en las relaciones con la familia, conocidos, amigos y pareja) con el locus de control y otras variables tradicionalmente asociadas con la soledad, descubriendo que todas las dimensiones de la soledad estaban relacionadas con el **locus de control externo** en la población mayor del estudio (exclusivamente formada por mujeres mayores).

Considerando que las medidas específicas de control podrían predecir y entender mejor la dinámica de la soledad en las personas mayores, Moore y Schultz (1987), diseñaron dos escalas con el fin de evaluar la responsabilidad hacia la soledad y el control percibido sobre la soledad de personas mayores con edades comprendidas entre los 55 y 89 años. El estudio, pese a realizar una evaluación transversal, mostró que las personas que referían tener mayor **responsabilidad hacia para la soledad** tenían menores niveles de soledad, menor frecuencia de episodios de soledad al mes y menor duración de los episodios. Del mismo modo, un mayor **control percibido sobre la soledad** se asociaba con menores niveles de soledad. Asimismo, comprobaron que ambas variables no están relacionadas entre sí, por lo que se refieren a dos dimensiones independientes de control que explican la soledad en las personas mayores, concretamente, el análisis de regresión múltiple mostró que las dos variables explicaban en conjunto un 37% de la variabilidad de la soledad y un 27% de la duración de los episodios de soledad.

Andersson (1992) quiso replicar el estudio de Moore y Schultz (1987) y ampliar también el estudio de los efectos de la **responsabilidad** y el **control percibido sobre la soledad** en el bienestar psicológico de una muestra representativa de 267 personas mayores de 65 años de Suecia. El autor encontró resultados contradictorios, puesto que no encontró relación entre la responsabilidad y la soledad, que sí habían encontrado previamente los autores del estudio anterior. Sin embargo, Andersson (1992) sí que confirmó la relación entre el control percibido y la soledad, comprobando que cuanto menor es el control que se percibe para manejar la soledad mayor es la experiencia de soledad en las personas mayores. Además, el autor estudió

la interacción que tienen las experiencias vitales estresantes (pérdidas sociales) en la relación entre el control percibido y la soledad, demostrando que perder alguna persona significativa tiene un efecto moderador en la relación entre el control percibido y la soledad, de manera que las pérdidas sociales influyen en la fuerza de la relación de estas variables. Asimismo, el análisis de regresión realizado demostró que el control percibido tiene un efecto principal sobre la explicación de la soledad en las personas mayores.

Fry y Debats (2002), criticaron que no se hubiese tomado en consideración las variables psicológicas en los modelos explicativos propuestos de la soledad en personas mayores. Por ello, quisieron explorar la influencia de **autoeficacia global y la autoeficacia específica en diferentes dominios** sobre la soledad en 251 personas mayores de entre 65 y 86 años de Canadá, asumiendo la hipótesis de que la autoeficacia jugaría un papel más determinante en la predicción de la soledad que variables tradicionalmente asociadas como son las sociodemográficas, las de salud y las relacionadas con el apoyo social. Además de confirmar la asociación entre la autoeficacia global y algunos dominios específicos de autoeficacia con la soledad de las personas mayores, los autores demostraron que la autoeficacia (incluyeron 9 medidas que evaluaban la autoeficacia global y autoeficacia específica en diferentes dominios), después de controlar el efecto de las “variables tradicionales”, explicaba el 36% de la varianza de la soledad en las personas mayores. En particular, cinco fueron los dominios de autoeficacia específica que contribuyeron significativamente a la explicación de la soledad en la población mayor (AE emocional, AE de apoyo social, AE interpersonal, AE instrumental y, sobre todo, la AE en la salud espiritual).

Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) incluyeron la **autoeficacia en situaciones sociales** en su modelo explicativo de la soledad (MODEL, referido en el apartado de los modelos de la soledad en personas mayores). Los autores comprobaron cómo la autoeficacia en situaciones sociales fue la variable independiente con más fuerza en relación a la soledad y, en el análisis de regresión, fue la variable que más explicaba esta experiencia en las personas mayores, indicando así que este predictor psicológico fue el más importante en la predicción de la soledad. Ante estos resultados, Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007) sugieren que se debe considerar esta variable en el

desarrollo de planes de tratamiento a través de técnicas cognitivo-conductuales que mejoren la autoeficacia de las personas mayores.

En cuanto a las **atribuciones causales**, Pinquart y Sorensen (2001) citan a Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) quienes plantearon la hipótesis de que la estabilidad de la soledad en la vejez podría deberse a que las personas mayores probablemente atribuían su soledad a causas más estables, externas e irreversibles. Al respecto, el trabajo de Newall et al. (2009) aporta evidencias sobre esta idea. Los autores, a partir del trabajo que realizaron Anderson y Riger (1991) sobre atribuciones causales y soledad en adolescentes (referido en Newall et al., 2009), quisieron comprobar si las creencias causales externas e incontrolables sobre la afiliación social con otras personas aumentaban la soledad en las personas mayores y, en sentido opuesto, si las atribuciones causales internas y controlables sobre la afiliación social la reducían. Según esta hipótesis, cuando la persona mayor cree que la causa de su nivel de relación con los demás depende del esfuerzo que ella realice se sentirá menos sola que cuando piensa que depende del contexto o de la suerte. En el estudio se analizaron datos recogidos en 1996 en el estudio del envejecimiento de Manitoba (Canadá), reclutando una muestra representativa de 1243 personas de 60 años y más. Los autores comprobaron que, efectivamente, las atribuciones causales sobre la afiliación con otros descritas predecían la soledad de las personas mayores después de controlar el efecto de otras “variables tradicionales”<sup>2</sup>. Además, informaron que la relación de las atribuciones internas-controlables y la soledad ocurría directa e indirectamente, en este último caso, a través de la asociación con un mayor grado de participación social (resultado sobre el que se profundiza en el epígrafe 2.5.2.).

Por otro lado, Newall (2010) en su tesis afirmó que las personas que se sentían más solas tenían menor control percibido y también, como se explica en el siguiente apartado sobre los estudios longitudinales, informó sobre el papel determinante que tiene esta variable en la aparición y desarrollo de la soledad en personas mayores a lo largo del tiempo. En este estudio, el constructo de control percibido utilizado por la

---

<sup>2</sup> Se considera “variables tradicionales” en el estudio de la soledad en las personas mayores a las variables sociodemográficas, las variables de salud y las variables relacionadas con el apoyo social.

autora incluye tanto el control percibido referido a situaciones específicas y el control percibido en general.

Así pues, todos los estudios incluidos en este apartado muestran relaciones entre el control percibido y la soledad y también ofrecen modelos de regresión lineal que proponen algunas variables psicológicas con gran potencial predictivo de la soledad en personas mayores. No obstante, los autores de estos estudios reconocen que las conclusiones derivadas de estas investigaciones se deben tomar con cautela, ya que al utilizar una metodología transversal no pueden indicar dirección o causalidad de la relación entre las variables que se examinan.

Para intentar aportar más claridad al respecto, a continuación se describen resultados de dos estudios longitudinales (Newall, 2010; Newall et al., 2009) que ayudan a comprender mejor la influencia de las atribuciones causales y el control percibido en la soledad de las personas mayores. Conviene indicar que ambos estudios se citan tanto en los estudios transversales como en los longitudinales que han relacionado el control percibido con la soledad, ya que aportan resultados derivados de los dos tipos de análisis y, porque, de este modo, se exponen con mayor claridad las conclusiones derivadas de cada estudio.

### **Estudios Longitudinales sobre la relación entre el control percibido y la soledad en personas mayores.**

Newall et al. (2009), para comprobar longitudinalmente la influencia de las **atribuciones causales** sobre la afiliación con otras personas en la soledad, recogieron también datos del estudio de envejecimiento en Manitoba de 2001, reclutando una muestra representativa de 688 participantes. En los resultados de los modelos de ecuaciones estructurales que realizaron comprobaron que las atribuciones causales predecían directamente la soledad al cabo de 5 años. Concretamente, vieron que las personas evaluadas en 1996 que presentaban menos atribuciones causales internas sobre el esfuerzo y aquellas que referían más atribuciones casuales externas relacionadas con la suerte o el azar, fueron las que tuvieron una soledad significativamente mayor al cabo de 5 años.

Asimismo, también se ha comprobado la influencia a largo plazo del **control percibido** sobre la soledad de las personas mayores. Newall (2010) en uno de los estudios incluidos en su tesis doctoral, en la que utiliza datos relativos a la muestra representativa de los estudios de envejecimiento de Manitoba realizados en 1996 y 2001 (igual que en el estudio anterior), se propuso comprobar los cambios en la trayectoria de la soledad de 760 personas de 60 años o más, con la intención de determinar las variables que son más importantes a la hora de discriminar entre las personas mayores “solitarias” y las “no solitarias” y, asimismo, para determinar las variables que pueden discriminar los cambios en la soledad a través del tiempo. La autora describió cuatro trayectorias de la soledad al cabo de cinco años: las personas que se sentían solas en los dos momentos temporales (solitarios persistentes), las que no se sentían solas en ningún momento (no solitarios persistentes), los que inicialmente se sentían solos pero lo habían superado (soledad superada) y los que al principio no tenían soledad y en el segundo momento de la evaluación sí se sentían solos (soledad iniciada). En los resultados del análisis de funciones discriminantes, encontró solo dos trayectorias signitativas: 1) la primera función detectaba las diferencias entre las personas que siempre se sentían solas y las que nunca reconocieron sentirse así, por lo que incluye las trayectorias estables de la soledad. En este grupo el análisis de coeficientes estandarizados demostró que el control percibido era una de las variables que diferenciaba a los solitarios y los no solitarios. Así, las personas que se sentían solas de manera persistente tenían menor control percibido y las que nunca se sintieron solas tenían altos niveles de control percibido; 2) la segunda función reconocía las diferencias entre las personas que habían cambiado sus trayectorias de soledad a través del tiempo, es decir, comparaba a los que se sentían más o menos solos con el paso del tiempo. En este grupo se demostró cómo las personas que sentían más soledad a lo largo del tiempo, habían reducido su control percibido con el paso del tiempo, es decir, comprobaron que a medida que se reduce el control percibido con el transcurso del tiempo aumenta la soledad.

Todos estos hallazgos longitudinales indican que las atribuciones causales y el control percibido son variables importantes en la génesis y en el mantenimiento de la soledad en la vejez. Asimismo, ayudan a entender qué dimensiones de las atribuciones causales



son beneficiosas para proteger a las personas mayores de la aparición de la soledad y cómo el control percibido ayuda a prevenir la soledad en estas personas (Newall et al., 2014; Newall, 2010).

### **2.5.2. Participación social y la soledad en las personas mayores.**

La participación social puede tomar muchas formas y definiciones en el ámbito de las personas mayores. Se puede considerar un derecho que tiene todo ciudadano para participar y tomar decisiones sobre la vida democrática del país (MSSSI, 2015) y, también, se puede considerar la simple acción de relacionarse con personas del entorno. Rowe y Kahn (1987, 1998) proponen que la participación activa de las personas mayores en la sociedad se refiere al hecho de realizar actividades productivas, entre las que incluyen las actividades que tienen significado personal y las relaciones sociales con los demás (referido en Petretto et al., 2016). Siguiendo esta línea, McDonald (1996) tiene en cuenta tres dimensiones de la participación social: el vecindario, la implicación en actividades organizadas o en asociaciones y la amistad (referido en IMSERSO, 2008). Esta visión más dinámica de la participación social que se centra en el contexto de las relaciones sociales y las actividades sociales que desarrolla a diario la persona mayor, es la que se considera en este estudio y la que se refiere, mayoritariamente, en las investigaciones que han relacionado la participación social con la soledad.

Respecto a las **relaciones sociales**, los investigadores que defienden la hipótesis cognitiva de la soledad, han subrayado la importancia para ésta de la satisfacción con las relaciones sociales íntimas, esto es, la calidad de las relaciones (más que la cantidad) es un factor relevante para el desarrollo de la soledad (de Jong-Gierveld, 1987; Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981). Esta tesis se ha demostrado consistentemente en la literatura, así, se ha relacionado la **insatisfacción con la frecuencia de contacto con familiares y amigos** con el aumento de la soledad en personas mayores (Losada et al., 2012). Asimismo, se ha relacionado la **satisfacción con la red social** con una menor soledad y se ha comprobado como la evaluación que realizan las personas mayores de sus relaciones sociales es un predictor más

potente de la soledad que otras “variables tradicionales” (Sánchez, 2009). Además, según informa Sánchez (2009), en la valoración de la red social se aprecian algunas diferencias de género, siendo las mujeres las que sienten más soledad cuando perciben que dan más de lo que reciben, es decir, cuando perciben falta de reciprocidad. La autora atribuye estos resultados al rol de cuidadoras que típicamente han adoptado las mujeres en las familias españolas y que, según piensa, puede llevar a las mujeres mayores a sentirse sobrecargadas y percibir de manera más negativa su red de apoyo social.

En cuanto a la **participación en actividades sociales**, Sánchez (2009) comprobó que las personas que iban a bares y cafeterías y que pertenecían a alguna asociación tenían menores niveles de soledad, sin embargo, la relación entre pertenecer a asociaciones y la soledad en este estudio fue marginalmente significativa. Otro dato interesante, es que la autora no encontró relación entre ir a la iglesia o realizar actividades parroquiales y la soledad. A pesar de que, previamente, en otros estudios cualitativos sí se había encontrado que la religión era un recurso que aportaba a las personas creyentes beneficios en el plano anímico y les protegía ante los sentimientos de soledad (Iglesias de Ussel, 2001; López-Doblas, 2005).

Además de lo anterior, Sánchez (2009) observó diferencias de género en el tipo de actividades que realizaban las personas mayores ya que los hombres tenían preferencia por ir a bares y las mujeres por ir a la iglesia. En el modelo de regresión propuesto en este estudio las actividades sociales explicaron un 2% de la variabilidad de la soledad en las personas mayores. Por otro lado, se comprobó que, tras controlar el efecto de las actividades sociales sobre la soledad, los hombres tenían más soledad que las mujeres. Para la autora, estos resultados manifiestan las diferencias culturales y de género en la participación social de las personas mayores y, también, que las actividades sociales que facilitan las relaciones sociales (como ir a bares y cafeterías) pueden servir para prevenir la soledad en la vejez.

Rubio, Pinel y Rubio (2011) realizaron un estudio descriptivo en una muestra representativa de personas mayores de Granada (España) y comprobaron que las personas que más participaban socialmente se sentían menos solas. También

apreciaron que las mujeres participaban más que los hombres y presentaban menores puntuaciones en la escala de soledad.

Newall et al. (2009), utilizando los datos del estudio de envejecimiento en Manitoba de 1996, informaron que las personas que más participaban eran las que tenían menor soledad aun controlando la influencia de otras variables (demográficas, de salud y atribuciones causales). Además, comprobaron que el nivel educativo y las atribuciones causales internas y controlables (atribución sobre el esfuerzo) se relacionaban indirectamente, a través de la mediación de la participación social, y directamente con la soledad. Según apuntan los autores, estos resultados son importantes porque permiten examinar cómo algunas variables pueden influir sobre la soledad de manera indirecta a través de una mayor participación social.

Este hallazgo del papel mediador de la participación social en el desarrollo de la soledad se confirmó también longitudinalmente. Así, Newall et al. (2009) vieron cómo una mayor participación social también estaba asociada con menor soledad al cabo de 5 años y que el nivel educativo, el estado funcional y las atribuciones sobre el esfuerzo influían indirectamente en la soledad a través de la participación social.

Siguiendo esta línea, Burholt y Scharf, (2014), propusieron un modelo de múltiple mediación sobre la soledad, en el que plantearon que los recursos sociales y la participación social jugaban un papel mediador en la relación de la salud y la soledad. Para comprobar el modelo propuesto, los autores emplearon los primeros datos obtenidos en el estudio longitudinal del envejecimiento en Irlanda (TILDA) que incluía una muestra representativa de personas de 50 años o más residentes en la comunidad. Respecto a la relación de la participación social con la soledad, los autores del estudio encontraron que las personas que más participaban socialmente se sentían menos solas. Además, en relación al papel mediador de la participación social, los autores indican que ésta media la relación entre la salud y la soledad, debilitando la influencia directa que tiene la salud sobre esta experiencia psicológica. De modo que, según apuntan los resultados de este estudio, la participación social ayuda a minimizar el impacto negativo que tiene el estado de salud sobre los sentimientos de soledad.

Resumiendo lo anterior, la literatura científica ha demostrado que la participación social es un predictor de la soledad en personas mayores (Newall et al., 2009) y,

además, es un factor que media la influencia de otros predictores tradicionalmente relacionados con la soledad como la salud (Burholt y Scharf, 2014) y las atribuciones causales internas y controlables (Newall et al., 2009).

### **2.5.3. Control percibido, participación social y soledad en las personas mayores.**

Uniendo los hallazgos de los estudios anteriores se ha comprobado que el control percibido y la participación social se relacionan directamente con la soledad de las personas mayores y, además, estas variables median en la relación de otros determinantes de la soledad.

Esta interacción entre variables se había observado y sugerido en algunos estudios clásicos, como el de Langer y Rodin (1976), donde encontraron que aumentar la responsabilidad de las personas mayores mejoraba la participación social y el bienestar general de éstas (referido en Moore y Schultz, 1987). También se había observado que las personas mayores que se sentían solas tenían menor disposición para asumir riesgos sociales, es decir, se mostraban menos dispuestas a iniciar contactos sociales, como conocer gente nueva o presentarse ante otras personas (Schultz y Moore, 1984). En este sentido, Schultz y Moore (1984) plantearon la posibilidad de que ese factor pudiese explicar la persistencia de la soledad en las personas mayores, creando un círculo vicioso en el que fracasar a la hora de tomar la iniciativa en las relaciones sociales, conllevarse a estar más tiempo solo y, al mismo tiempo, aumentase la percepción de soledad. No obstante, este hipotético modelo del funcionamiento de la soledad no se ha podido comprobar en los estudios referidos por el uso de muestras no representativas y de metodología transversal.

En este sentido, el estudio de Newall et al. (2009) supone una oportunidad para comprender un poco más la relación entre las atribuciones causales, la participación social y la soledad, ya que muestra como las atribuciones internas y controlables (sobre el esfuerzo) tienen un efecto directo e indirecto, a través de la participación social, en la soledad. Igualmente, también demuestra que, aunque las atribuciones causales externas e incontrolables (como la suerte y/o el contexto) tienen relación con la

soledad, la participación social no media la relación entre ambas variables. Esto quiere decir que, el papel mediador de la participación social en la influencia de las atribuciones causales sobre la soledad ocurre, únicamente, en el caso de las atribuciones causales internas relacionadas con el esfuerzo personal. En este sentido, los autores del estudio afirman que sus resultados sirven para confirmar lo que se propone desde la teoría atribucional, puesto que se puede observar como las explicaciones que realizan las personas de las situaciones que viven influyen en sus expectativas, comportamientos y emociones.

A fin de contextualizar estos hallazgos, se podría considerar que la creencia de que la soledad se debe a causas controlables, como el esfuerzo personal (causa: atribución causal interna y controlable), proporciona mayor sensación de control sobre la situación de soledad (expectativa: control percibido sobre la soledad). Este hecho, podría activar recursos conductuales para mejorar esta situación, aumentando la conexión social a través de la participación social en el entorno (comportamientos: participación social). De este modo, los recursos atencionales se centrarían en las relaciones que se tiene actualmente y no en las que se desearía tener, lo que provocaría que se redujera o eliminase la discrepancia cognitiva sobre la situación social y, en consecuencia, se redujese el sentimiento de soledad (emociones: menor soledad).

### **Conclusiones sobre los predictores psicosociales para abordar la soledad de las personas mayores.**

A modo de síntesis de lo anterior, el conocimiento científico acumulado sobre los factores psicosociales que determinan la soledad en la vejez muestra cómo las variables psicosociales tienen un peso relevante en la explicación del desarrollo y mantenimiento de esta experiencia en las personas mayores.

Los hallazgos longitudinales sobre las atribuciones causales, el control percibido y la participación social en relación a la soledad de las personas mayores, deben servir para guiar el desarrollo de intervenciones psicosociales para prevenir o reducir la soledad de las personas mayores que se centren en intervenir sobre estos “ingredientes clave” de la soledad, esto es, promover acciones dirigidas a:

- Aumentar las atribuciones causales internas relativas al esfuerzo.
- Aumentar el control percibido.
- Motivar la participación social en el entorno.

Del mismo modo, para diseñar este tipo de intervenciones también resulta necesario saber qué técnicas de intervención han mostrado ser eficaces para reducir la soledad en personas mayores. Así, para aclarar el estado de esta cuestión, en el siguiente capítulo se revisan las intervenciones que se han desarrollado para aliviar la soledad en la vejez.



## Capítulo 3: El abordaje de la soledad en la vejez

---

### 3. Intervenciones para reducir la soledad de las personas mayores

La soledad que afecta a las personas mayores es un problema que se ha abordado ampliamente desde el ámbito científico y profesional, sin embargo, se ha advertido que existe cierta desconexión entre la investigación y la práctica (Cattan y White, 1998). Así pues, a pesar de que cada vez hay más revisiones de la literatura científica sobre las intervenciones eficaces para reducir la soledad en la vejez, según parece, los hallazgos y pruebas acumuladas empíricamente no se transfieren a la práctica diaria. De este modo, por ilustrarlo con un ejemplo, durante las últimas tres décadas el abordaje de la soledad en España se ha realizado desde el tercer sector a través del acompañamiento con voluntarios a domicilio o en residencias para evitar el aislamiento y reducir la soledad de las personas mayores. Sin embargo, la evidencia acumulada durante los últimos años indica que las intervenciones de <<Befriending>>, intervenciones de acompañamiento con voluntarios que realizan visitas a domicilio una vez a la semana, como las que se realizan en nuestro país, no han mostrado ser eficaces, tienen resultados poco concluyentes, tienen menor eficacia que otro tipo de intervenciones o, incluso, son ineficaces (Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011, 2011; Pikhartova et al., 2016).

Ante esta situación, es necesario resolver las siguientes cuestiones:

- ¿Qué tipo de intervenciones son las más efectivas para reducir la soledad en personas mayores? y ¿qué características tienen esas intervenciones?

- ¿Cuáles son las características de las intervenciones de acompañamiento con voluntarios que se realizan desde el tercer sector para reducir la soledad en la vejez? y ¿sobre qué aspectos intervienen en estos programas de acompañamiento?
- ¿Qué tipo de formación reciben los voluntarios para cumplir con la intervención de acompañamiento?
- ¿Cuál es la efectividad de estas intervenciones de acompañamiento con voluntarios para reducir la soledad de las personas acompañadas?

Para responder a estos interrogantes, en este capítulo se analizan las revisiones que se han desarrollado sobre las intervenciones orientadas a reducir la soledad en personas mayores y se describen las características de las intervenciones empleadas y los resultados sobre la efectividad de las mismas.

Posteriormente, se revisa el modelo de atención de la soledad de las personas mayores que se sigue en nuestro país. Se describen las iniciativas impulsadas por el Gobierno de España y de los programas de voluntariado organizados por entidades del tercer sector y, particularmente, se pone especial atención en las intervenciones de acompañamiento a domicilio con voluntarios. Asimismo, teniendo en cuenta el marco legislativo del voluntariado en España, se analiza y reflexiona sobre el papel de las universidades españolas en el contexto de la promoción del voluntariado con personas mayores para reducir la soledad.

En último término, se resumen las principales conclusiones del abordaje de la soledad en la vejez y, tras finalizar el análisis del estado de la cuestión, se subrayan los aspectos que han motivado el diseño y desarrollo de una intervención de acompañamiento con voluntarios universitarios para prevenir la soledad de las personas mayores y promover su envejecimiento activo y saludable.

### **3.1. Revisiones de la literatura científica de las intervenciones para reducir la soledad en las personas mayores**

En los últimos años, para evitar la desconexión entre la práctica profesional y la investigación, se ha venido desarrollando la “Práctica Basada en Pruebas” (más reconocida como “Práctica Basada en Evidencias”). Con este movimiento científico-



práctico, han surgido dos tipos de artículos de revisión de la literatura científica: las revisiones sistemáticas y los meta-análisis, que son estudios que ayudan a sintetizar los hallazgos empíricos acumulados sobre un mismo problema en la investigación (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Siguiendo a Martín, Tobías y Seoane (2006) una revisión sistemática es una pregunta formulada con claridad, que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar críticamente investigaciones relevantes a dicha pregunta, así como recoger y analizar datos de los estudios incluidos en la revisión (referido en Sánchez-Meca y Botella, 2010). Este tipo de revisiones surgieron para salvar las limitaciones de las revisiones tradicionales, cualitativas y no sistemáticas, ya que el proceso de revisión de la literatura científica debe “exigir las mismas normas de rigor científico que cuando se hace una investigación empírica: objetividad, sistematización y replicación de sus estudios” (Sánchez-Meca y Botella, 2010, p. 9).

En relación a las intervenciones utilizadas para reducir la soledad en personas mayores, en general se encuentran revisiones sistemáticas que examinan la efectividad de las intervenciones dirigidas tanto a reducir la soledad como el aislamiento social de las personas mayores. Algunas revisiones justifican este hecho argumentando que en la práctica y en la investigación se hace un uso intercambiable de ambos términos (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005; Findlay, 2003) y otras lo hacen porque emplean una definición multidimensional del aislamiento social que incluye términos relacionados con la calidad y la cantidad de las relaciones sociales, como por ejemplo el apoyo social, red de relaciones sociales, la soledad, etc. (Chen y Schulz, 2016; Dickens et al., 2011; Morris et al., 2014). Sin embargo, en el capítulo anterior se ha dejado claro que el aislamiento social y la soledad son términos distintos y algunos autores han sugerido la necesidad de no confundirlos y de centrar los estudios de revisión en el análisis de las intervenciones que se dirigen específicamente a reducir la soledad en personas mayores (Cohen-Mansfield y Perach, 2015).

Por otro lado, se encuentran revisiones que estudian la eficacia de las intervenciones especializadas en el uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), que persiguen conectar a las personas mayores virtualmente y reducir su soledad y aislamiento social. En este sentido, Morris et al. (2014) llevaron a cabo una

revisión sistemática sobre los estudios que habían evaluado la efectividad del uso de tecnologías inteligentes para mejorar o mantener el contacto social de las personas mayores que viven en la comunidad, encontrando pocos estudios que comprobasen su efectividad para mejorar la conexión social de estas personas. Asimismo, Chen y Schulz (2016) centraron su revisión sistemática en el efecto de las TIC's para reducir el aislamiento social y la soledad en las personas mayores, concluyendo que, aunque estas intervenciones podrían ser efectivas, no son adecuadas para todas las personas y es necesario mejorar la calidad de los estudios para poder obtener mejores conclusiones al respecto. También se ha desarrollado un meta-análisis para evaluar la eficacia de las intervenciones que emplean el uso de ordenador y el manejo de Internet para reducir la soledad y depresión en personas mayores (Choi, Kong y Jung, 2012) y se comprobó que estas intervenciones son eficaces para reducir la soledad, pero no la depresión, aunque el reducido número de estudios usados en el meta-análisis (únicamente seis estudios) limita la generalización de los resultados hallados (Choi et al., 2012).

A pesar del creciente interés por el uso de intervenciones con TIC's para reducir la soledad en la vejez, el perfil de las personas mayores en España confirma la existencia de una brecha digital, reduciéndose el porcentaje de personas que utilizan Internet a partir de los 55 años y observándose en el grupo de personas mayores (de entre 65 y 74 años) que los hombres son los que más utilizan el ordenador e Internet (Abellán et al., 2017). Por este motivo, y ya que la intervención que se ha diseñado y aplicado en el presente estudio se centra en el acompañamiento con voluntarios universitarios y no se hace uso de TIC's, a continuación se analiza de manera más exhaustiva las revisiones sistemáticas que han estudiado la efectividad las intervenciones habitualmente empleadas para reducir la soledad en personas mayores. Al mismo tiempo, se sintetiza de forma narrativa el conjunto de hallazgos que han ofrecido estas investigaciones, tomando en consideración la calidad y rigor de las revisiones, para poder extraer conclusiones acerca de las intervenciones efectivas para reducir la soledad en la vejez.

### **3.1.1. Revisiones sistemáticas de las intervenciones para reducir la soledad.**

**Cattan y White (1998)** fueron los primeros en realizar una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. En su revisión incluyeron 21 estudios publicados entre 1970 y 1997, de los cuales diez eran “ensayos completamente aleatorizados” (ECA’s). Los autores identificaron cuatro tipos de intervenciones en los estudios analizados: **intervenciones con actividades en grupo** (10 estudios), **intervenciones uno a uno** (6 estudios), **prestación de servicios** (4 estudios) e **intervenciones con enfoque comunitario** (1 estudio). Por su parte, la calidad de los estudios se juzgó basándose en la calidad del artículo publicado, la calidad de la metodología empleada y el juicio sobre la eficacia de la intervención. Los autores concluyeron que las intervenciones efectivas para reducir la soledad y el aislamiento en personas mayores eran las que:

- ✓ realizan actividades en grupo a largo plazo (ej. activación social, apoyo en duelo),
- ✓ se dirigen a grupos específicos (ej. viudas, mujeres, etc.),
- ✓ utilizan distintos métodos en la intervención y son efectivas para un amplio rango de resultados,
- ✓ se permite a los participantes ejercer cierto grado de control, y
- ✓ la evaluación encaja en la intervención e incluyen la evaluación del proceso.

**Findlay (2003)** fue muy crítico con Cattan y White (1998) porque éstos no citaron las referencias de los estudios incluidos en su revisión. Así, para aclarar esta cuestión y descubrir qué tipo de intervenciones eran más efectivas, se propuso replicar el estudio de estos autores utilizando los mismos criterios, a excepción del periodo temporal (1982-2002) y el idioma de los estudios publicados (inglés).

En la revisión se encontraron 17 estudios, donde solo seis fueron ECA’s. Siguiendo la clasificación anterior, cinco estudios utilizaron intervenciones individuales “uno a uno”, seis realizaron intervenciones grupales, dos fueron prestaciones de servicios y cuatro examinaron el uso de Internet para reducir la soledad y el aislamiento social. Tras el análisis de los estudios encontrados, Findlay (2003) reconoció distintos tipos de intervención para reducir la soledad y el aislamiento social:

- **Servicios de apoyo telefónico.** Donde un terapeuta entrenado o una persona voluntaria da apoyo a través del teléfono a personas que están en situación de riesgo (por ejemplo, suicidio).
- **Programas de vigilancia para detectar personas mayores aisladas** (*Gatekeeper Programme*). Son programas en los que hay personas voluntarias que actúan como vigilantes para identificar a personas “en riesgo” porque no acuden a los servicios de apoyo. Al mismo tiempo, estos voluntarios sirven de vínculo entre la persona y los servicios del entorno.
- **Tele-conferencia.** Servicios desarrollados para estar en contacto con las personas mayores a través del teléfono y hacer comunicaciones en grupo.
- **Grupos de apoyo.** Incluye programas grupales dirigidos al enriquecimiento educativo y de amistades, programas de empoderamiento y grupos de discusión.
- **Provisión de servicios.** Son intervenciones que se ofrecen desde los servicios sociales y comunitarios para personas mayores.
- **Uso de internet.** Incluye intervenciones que utilizan el correo electrónico para mantener la comunicación con el entorno social o uso de páginas web específicamente desarrolladas para personas mayores.

En cuanto a la **efectividad** de estas intervenciones, el autor advirtió que los estudios presentaban serias debilidades metodológicas, concluyendo que existían pocas pruebas para afirmar que las intervenciones utilizadas en los estudios revisados eran efectivas para reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. No obstante, cabe subrayar que el autor solo indicó el tipo de diseño que se había empleado en cada estudio y no aclaró sobre qué criterios realizó la evaluación de la calidad de los mismos para alcanzar dicha conclusión.

Posteriormente, **Cattan, White, Bond y Learmouth (2005)** opinaron que la falta de evidencias encontradas por Findlay (2003) podría deberse a los pocos estudios incluidos en la revisión y a que las intervenciones de estos estudios se dirigían a personas aisladas socialmente, pero no específicamente al alivio del aislamiento social o la soledad. Así pues, estos autores se encargaron de realizar una nueva revisión sistemática con el mismo objetivo que la anterior, esto es, determinar la efectividad de las intervenciones para promocionar la salud que se dirigen a reducir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. En esta ocasión, Cattan et al. (2005) siguieron guías estandarizadas para la elaboración de revisiones sistemáticas,

mejorando así la calidad metodológica de su estudio, en el que se especificaron los criterios de inclusión, la estrategia de búsqueda realizada y el procedimiento de extracción de datos seguido. A pesar de ello, la evaluación de la calidad no seguía unos criterios “transparentes”, al igual que en el estudio anterior firmado por los dos primeros autores (artículo que obvian referir en las referencias bibliográficas del estudio que se está analizando en estas líneas).

En esta revisión los autores seleccionaron 30 estudios cuantitativos publicados entre 1970 y 2002, de los cuales 16 fueron ECA's y, siguiendo la clasificación propuesto en su aterior estudio, encontraron 17 estudios con intervenciones grupales, 10 con intervenciones individuales, tres de prestación de servicios y uno de desarrollo comunitario. Asimismo, los autores identificaron las características generales de las intervenciones que se usaron en cada categoría y definieron algunas subcategorías:

- **Grupales:** se incluían intervenciones con grupos de discusión, de auto-ayuda, de actividad física y de entrenamiento en habilidades. Cada intervención tenía distintas características en relación a los componentes trabajados, intensidad de las sesiones y duración de las intervenciones. La mayoría de intervenciones usaban profesionales, pero también había otras ofrecidas por otros iguales, voluntarios y educadores. Y algunas intervenciones grupales permitían algún modo de ejercer control a las personas participantes.

Los autores distinguieron dos tipos de intervenciones grupales:

- i. **Actividades grupales con una contribución educativa.**
  - ii. **Intervenciones grupales para dar apoyo social.**
- **Individuales:** se realizaban programas con visitas a domicilio o contacto telefónico, como por ejemplo, dar apoyo social a través del teléfono a mujeres con pocos recursos económicos y a personas mayores en riesgo de suicidio. Estas intervenciones no daban opciones de control a los participantes. Los autores proponen tres subcategorías:
    - i. **Visitas a domicilio para valorar, informar o dar servicios.**
    - ii. **Visitas o llamadas telefónicas al domicilio para dar apoyo directo o resolver problemas.**
    - iii. **Apoyo social en intervenciones inviduales.**

Sobre la efectividad de las intervenciones tanto grupales como individuales, los autores concluyeron que solo un tercio de los estudios incluidos mostraron

efectividad en sus intervenciones para reducir la soledad y/o el aislamiento social de las personas mayores. No obstante, en la tabla donde los autores resumen los resultados de los estudios analizados son realmente seis los artículos que se clasifican en el estudio como “eficaces” y uno como “parcialmente eficaz”, lo que supone un 23,3% de los estudios revisados. Así, tras realizar su revisión los autores concluyeron que las intervenciones eficaces eran:

- ✓ grupales,
- ✓ con un componente educativo y/o de apoyo social,
- ✓ orientadas a grupos específicos (ej. personas con enfermedad mental, personas inactivas, cuidadores, viudas, etc.),
- ✓ participantes seleccionados a través de agentes específicos (ej. médicos, servicios sociales, etc.), y
- ✓ que dan control a los participantes.

Asimismo, como se señalaba en las revisiones anteriores, Cattán et al. (2005) subrayan la importancia de que las intervenciones sean probadas en estudios de calidad y que evalúen el proceso de la intervención en muestras representativas.

Seis años más tarde, **Dickens, Richards, Greaves y Campbell (2011)** realizaron una revisión sistemática con el mismo objetivo que las anteriores pero, para aportar mayor claridad en sus conclusiones, los autores decidieron incluir únicamente ECA's y estudios cuasiexperimentales que incluyeran un grupo control inactivo para comparar los efectos de las intervenciones. En esta revisión, los autores sí explican con detalle el método seguido para la revisión y el análisis de los estudios incluidos en la misma. Así, para la evaluación de la calidad de los estudios aleatorizados utilizaron la “Cochrane risk of bias tool” y para los estudios no aleatorizados la “Newcastle-Ottawa Scale” y, para el análisis de resultados, realizaron una síntesis narrativa y un método de conteo de los votos de las diferentes variables evaluadas en las intervenciones. En la revisión hallaron 32 estudios que cumplían los criterios de inclusión de los cuales la mitad de los estudios fueron ECA's y la otra mitad fueron estudios cuasiexperimentales con grupo control. En cuanto al formato de las intervenciones, 19 fueron en grupo, 11 individuales, una combinaba ambas modalidades y otra informaba sobre un modo alternativo de provisión de cuidados

en una residencia de ancianos. Sobre los tipos de intervención los autores clasificaron los siguientes:

- **Intervenciones que ofrecen actividades sociales o físicas** (7 estudios).
- **Intervenciones que ofrecen apoyo a través de distintas estrategias o métodos** (15 estudios).
- **Entrenamiento en el uso de Internet** (4 estudios).
- **Visitas a domicilio** (5 estudios).
- **Provisión de servicios** (1 estudio).

En cuanto a la calidad de los estudios, Dickens et al (2011) determinaron que 11 estudios presentaban un riesgo de sesgo moderado (10 ECA's y un estudio cuasiexperimental) y el resto de estudios un riesgo de sesgo alto (6 ECA's y 15 cuasiexperimentales).

Entre los resultados que se destacan en el estudio, los autores encontraron que el tipo de persona que realiza la intervención (profesionales, voluntarios, iguales, etc.) parecía influir en los resultados, pero no encontraron suficientes datos para concluir al respecto y, también, contrariamente a lo sugerido por otras revisiones (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005), observaron que las intervenciones que se dirigen explícitamente a personas aisladas o solas no obtenían mejores resultados. Finalmente, los autores confirmaron que las intervenciones más efectivas para reducir la soledad y el aislamiento en personas mayores eran las que:

- ✓ tenían un formato grupal,
- ✓ realizaban actividades sociales y de apoyo,
- ✓ eran participativas y
- ✓ estaban fundamentadas en alguna teoría.

Por último, **Cohen-Mansfield y Perach (2015)** advirtieron que los estudios incluidos en la revisión sistemática de Dickens et al. (2011) no se centraban exclusivamente en la soledad y tampoco exclusivamente en la población mayor (porque incluyeron 5 estudios en la revisión con poblaciones que tenían una edad media inferior a los 55 años). Por ello, señalaron la necesidad de seguir examinando la efectividad de las intervenciones para reducir la soledad en personas mayores.

Sin embargo, pese al intento de estos autores por centrarse en las intervenciones focalizadas en la soledad, en los criterios de inclusión definidos por los autores (ver

tabla 4) incluyeron intervenciones dirigidas a reducir la soledad o situaciones relacionadas. Así pues, al igual que el resto de revisiones sistemáticas (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011; Findlay, 2003), estos autores siguieron incluyendo en su revisión estudios dirigidos a combatir la soledad subjetiva y objetiva, esto es, a reducir el aislamiento social.

Además, en esta revisión Cohen-Mansfield y Perach (2015) también se propusieron identificar las intervenciones eficaces para tratar a personas mayores institucionalizadas y a personas mayores que viven en la comunidad.

Asimismo, en relación al diseño de los estudios incluidos en la revisión, los autores consideraron que las dificultades éticas de llevar a cabo ECA's para estudiar la soledad en la vejez justificaban la necesidad de aceptar en la revisión estudios que no cumplieren con esa condición. Por ello, el único criterio de exclusión que utilizaron fue que el estudio no aportase datos estadísticos inferenciales. Además, para evaluar la eficacia de los estudios incluidos, los autores definieron cuatro grados de eficacia (“eficaces”, “potencialmente eficaces”, “ineficaces” y “no concluyentes”) en función de la significación estadística y alguna característica del estudio (ej. el tamaño muestral).

Finalmente, y a pesar de haber indicado que se excluirían los estudios que no aportasen datos cuantitativos, en esta revisión se incluyeron 34 estudios publicados entre 1996 y 2011, de los cuales 33 estudios fueron cuantitativos y uno cualitativo. La mayoría de estudios (22 estudios) se realizaron en población mayor que residía en la comunidad, ocho con personas mayores institucionalizadas y cuatro con muestras combinadas de ambos grupos. En la revisión realizada se observa gran heterogeneidad en las características de las intervenciones (número e intensidad de las sesiones, duración de la intervención y actividades realizadas en las mismas) pero, a pesar de ello, los autores identificaron y agruparon distintos tipos de intervención:

- **Intervenciones educativas.**

- i. Educativas. (2 estudios)
- ii. Educativas psicosociales. (13 estudios)
- iii. Educativas ocupacionales. (1 estudio)
- iv. Educativas para enseñar a usar ordenador. (6 estudios)
- v. Educativas de actividad física con asesor computerizado. (1 estudio)



- vi. Educativas de actividad física. (1 estudio)
- **Intervenciones con actividades.**
  - i. Actividades compartidas. (1 estudio)
  - ii. Actividades psicosociales. (2 estudios)
  - iii. Participación en una Coral. (1 estudio)
  - iv. Actividad física. (1 estudio)
  - v. Discusión sobre arte visual. (1 estudio)
- **Terapias o técnicas específicas de intervención.**
  - i. Terapia con animales. (1 estudio)
  - ii. Risoterapia. (1 estudio)
- **Intervención con ayudas sensoriales tecnológicas.** (1 estudio)
- **Actividades:** Escuchar la radio. (1 estudio)

Los autores consideraron 12 intervenciones (en 11 estudios) como “eficaces” y 15 como “potencialmente eficaces”, concluyendo que las intervenciones que mostraron mayor efectividad para reducir la soledad de las personas mayores eran los **programas educativos psicosociales** y las actividades compartidas, sobre todo, las **actividades orientadas hacia el mantenimiento y mejora de las relaciones sociales**.

En función de la población que recibe la intervención, los autores sugirieron que en población mayor institucionalizada las terapias específicas (animales y risoterapia) son efectivas y pueden ser intervenciones de referencia. En cuanto a las intervenciones efectivas en personas mayores que viven en la comunidad, los autores destacan que solo una intervención mostró eficacia para reducir la soledad. De este modo, concluyeron que actualmente no existen pruebas sólidas sobre la eficacia de las intervenciones para reducir la soledad de los mayores que viven en la comunidad. Los autores opinan que la dificultad para encontrar intervenciones efectivas en esta población se deba, posiblemente, a dificultades metodológicas para desarrollar estudios sobre la aplicación de intervenciones en la comunidad y abren el debate de si estas intervenciones deben seguir los mismos estándares metodológicos o no, ya que, reducir la rigidez metodológica de los estudios puede reducir la validez interna de los diseños pero, como señalan los autores, su validez ecológica es mucho mayor.

Tabla 4. Criterios de inclusión de las revisiones sistemáticas sobre las intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores

Cattan y White (1998)	Findlay (2003)	Cattan et al. (2005)	Dickens et al. (2011)	Cohen-Mansfield y Perach (2015)
✓ Población mayor (totalidad o parte)	✓ Población mayor (totalidad o parte)	✓ Población mayor (totalidad o parte)	✓ Población mayor (totalidad o parte)	✓ Población $\geq$ 50 años
✓ Intervención dirigida al aislamiento social y/o soledad (totalidad o parte)	✓ Intervención dirigida al aislamiento social y/o soledad (totalidad o parte)	✓ Intervención dirigida al aislamiento social y/o soledad (totalidad o parte)	✓ Intervención dirigida a personas identificadas como aisladas socialmente y/o solitarias, y que especifiquen claramente un objetivo para aliviar dicha situación	✓ Implemente y evalúe el impacto de una intervención sobre la soledad o identifique una situación que directamente afecta a la soledad
✓ Describan intervenciones de promoción de la salud con intención de mejorarla	✓ Describan intervenciones de promoción de la salud con intención de mejorarla	✓ Describan intervenciones de promoción de la salud con intención de mejorarla y de aumentar el control sobre la salud	✓ Evalúe resultados en los participantes, e informe de suficientes resultados para obtener los resultados del tratamiento	✓ Evaluación de resultados incluye efectos sobre los niveles de soledad o medidas relacionadas con la soledad (ej. Interacción social, iniciativa social)
✓ Evalúe resultados, con o sin evaluación de proceso	✓ Evalúe resultados, con o sin evaluación de proceso	✓ Evalúe resultados, con o sin evaluación de proceso	✓ Use un diseño controlado aleatorizado (ECA) o cuasiexperimental con grupo control inactivo	✓ Comparaciones pre-post 1996-2011
✓ Cualquier idioma 1970-1997	✓ Inglés 1982-2002	✓ Cualquier idioma 1970-2002	✓ Hasta mayo de 2009	

### **3.1.2. Meta-análisis de las intervenciones para reducir la soledad.**

Cooper (2010) afirma que “los meta-análisis son las revisiones que ofrecen evidencias más válidas sobre un problema” de estudio (referido en Sánchez-Meca y Botella, 2010, p. 9). Este tipo de estudio es una revisión sistemática en la que se cuantifica, mediante técnicas estadísticas, los resultados de cada estudio empírico incluido en la revisión. Así, el meta-análisis permite comprobar el tamaño del efecto, un índice que refleja el grado en el que difieren, en promedio, los resultados de los participantes en el grupo tratado respecto de los del grupo control y, también, determinar las variables que pueden explicar la variabilidad de los resultados de eficacia de los estudios (Sánchez-Meca y Botella, 2010, p. 12).

Ahondando más en el análisis de los estudios de revisión sobre las intervenciones eficaces para reducir la soledad Masi et al. (2011) comprobaron que se habían realizado seis revisiones sobre esta cuestión, dos eran revisiones narrativas sobre las intervenciones relacionadas con la soledad en población general (McWhirter, 1990; Rook, 1984) y el resto se centraban en revisar las intervenciones para reducir la soledad en grupos específicos, como personas con enfermedad mental grave (Perese y Wolf, 2005) y personas mayores (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005; Findlay, 2003). Tras revisar las conclusiones de estos estudios, Masi et al. (2011) comprobaron que existía gran heterogeneidad en los resultados y que la mayoría de revisiones refería las debilidades metodológicas de los estudios revisados lo que impedía extraer conclusiones claras sobre la efectividad de las intervenciones. Así pues, estos autores intentaron salvar estas dificultades, mejorando el rigor metodológico del proceso de revisión y desarrollando el primer meta-análisis para cuantificar la eficacia de las intervenciones orientadas a reducir la soledad. En este sentido, aunque el estudio no se centra exclusivamente en la soledad de las personas mayores, se debe tener en cuenta que más de la mitad de los estudios incluidos en el meta-análisis (28 estudios) se realizaron con personas de 60 años o más.

Masi y su equipo seleccionaron 50 estudios publicados entre 1970 y 2009 que cumplieron los siguientes criterios de inclusión para el meta-análisis: 1) intervenciones directamente dirigidas a la soledad; 2) el efecto de la intervención medido

cuantitativamente; 3) informar sobre datos originales; y 4) la intervención tenía que tener en cuenta un grupo de tratamiento (no estudios de caso).

Como la forma de estimar el tamaño del efecto difiere en función del diseño utilizado en los estudios, Masi et al. (2011) categorizaron los estudios en tres tipos de diseños para hacer los análisis por separado, obteniendo 12 estudios en la categoría “pre-post sin grupo control” (3 estudios con personas mayores), 18 estudios en la categoría de “no aleatorizados con grupo control” (14 estudios con personas mayores) y, finalmente, 20 estudios en la categoría “aleatorizados con grupo control” o ECA’s (11 estudios con personas mayores).

Los resultados sobre el tamaño medio del efecto de las intervenciones de cada categoría mostraron que todos los diseños de los estudios se relacionan positivamente con el éxito de las intervenciones. Sin embargo, el tamaño del efecto medio fue mucho menor en los ECA’s (tamaño medio del efecto =  $-.198$ ,  $p < .01$ ) que en los diseños no aleatorizados (tamaño medio del efecto =  $-.459$ ,  $p < .01$ ) y en los diseños pre-post sin grupo control (tamaño medio del efecto =  $-.367$ ,  $p < .001$ ). Es decir, los estudios que usaron metodologías menos rigurosas mostraron mayor eficacia en sus intervenciones que aquellos que emplearon ECA’s, confirmándose que el diseño del estudio influye en la eficacia de las intervenciones.

Tras estos análisis, los autores quisieron comprobar la homogeneidad de los resultados y analizaron el influjo de las variables moderadoras de la eficacia. Concretamente, estudiaron la influencia del **tipo de intervención aplicado** y otras variables de la intervención como: el formato de la intervención (grupo-individual), la manera de aplicar la intervención (con tecnologías-sin tecnologías), el tipo de medida de evaluación empleado, la frecuencia y duración de la intervención y la edad y el sexo de los participantes.

Masi et al. (2011) definieron cuatro tipos de intervención, basando su codificación en las clasificaciones empleadas en las revisiones anteriores de Rook (1984) y McWhirter (1990):

1. **Entrenamiento en habilidades sociales.** Intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades interpersonales y de comunicación de los participantes.
2. **Mejora del apoyo social.** Intervenciones orientadas a ofrecer contacto regular, cuidados o compañía.

3. **Acceso social.** Intervenciones para aumentar las oportunidades de las personas para participar en interacciones sociales en el entorno.
4. **Entrenamiento cognitivo.** Intervenciones destinadas a cambiar las cogniciones sociales desadaptadas.

Al comprobar la influencia moderadora de estas intervenciones en el grupo de ECA's, las intervenciones que se dirigieron a cambiar las cogniciones sociales desadaptadas (4 estudios) tuvieron un mayor tamaño del efecto para reducir la soledad (tamaño medio del efecto =  $-0.598$ ,  $p = 0.001$ ) y, aunque con un efecto mucho menor, las intervenciones dirigidas a mejorar el apoyo social (12 estudios) produjeron una pequeña reducción de la soledad (tamaño medio del efecto =  $-0.162$ ,  $p = 0.003$ ). Por tanto, con este análisis se demostró que el tipo de intervención influía en el tamaño del efecto medio de los ECA's, siendo **el entrenamiento cognitivo la mejor intervención para reducir la soledad.**

En cuanto al resto de variables analizadas, solo se observó la influencia moderadora del sexo, siendo los estudios que tenían más mujeres los que tuvieron menor reducción de la soledad. Sin embargo, Masi et al. (2011) aclararon que este efecto podría ser debido a que la mayoría de las mujeres incluidas en este grupo de estudios eran mujeres mayores (11 estudios de los 20 incluidos tenían población mayor), por lo que ser mujer podría estar asociado a la viudedad u otros factores que podrían confundir los efectos y la interpretación de los resultados. Así pues, no queda clara la influencia moderadora del sexo en la eficacia de las intervenciones.

### **3.1.3. Intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores.**

En primer lugar, el hecho de que la mayoría de revisiones contengan entre sus criterios de inclusión tanto la soledad como el aislamiento social (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011; Findlay, 2003) es un aspecto que restringe la extrapolación directa de las conclusiones al fenómeno de la soledad de las personas mayores.

Una revisión ha intentado centrar su estudio en la soledad de las personas mayores (Cohen-Mansfield y Perach, 2015), pero finalmente incluyeron medidas que

evaluaban aspectos sociales objetivos (por ejemplo, la interacción social) que tienen que ver con el aislamiento social, más que con la soledad. Por lo tanto, solo ha habido un estudio de meta-análisis exclusivamente centrado en la soledad (Masi et al., 2011), no obstante, en el meta-análisis se incluye estudios realizados también en población general.

Estas dificultades con la definición del problema de estudio son importantes, puesto que, si no se aclaran los criterios de inclusión ni se codifican operativamente las variables incluidas en el estudio que se pretenden revisar, nunca se puede llegar a realizar una correcta revisión sistemática del objeto de estudio (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Otra limitación grave es la calidad de las revisiones sistemáticas. Todas las revisiones sistemáticas cualitativas que se han incluido en este análisis se autodefinen como “revisiones sistemáticas”, sin embargo, parece que solo la de Dickens et al. (2011) cumple con los criterios necesarios para ser considerada como tal, ya que siguen las recomendaciones de la Declaración PRISMA y evalúan el riesgo de sesgo de los estudios con herramientas estandarizadas. No obstante, Cohen-Mansfield y Perach (2015) aseguran que incluyen estudios que no representan idóneamente la población mayor, lo que se puede considerar una amenaza para transferir los resultados a esta población. Por otro lado, Cattán et al. (2005) intentan enmendar los errores metodológicos cometidos en la revisión que realizaron Cattán y White (1998) siguiendo las recomendaciones, según citan los autores, del Centre for Reviews and Dissemination (1996) y EPICentre (1996). Sin embargo, siguen cometiendo el error de usar un método poco claro y replicable para evaluar la calidad de los estudios. En cuanto al resto de revisiones (Cattán y White, 1998; Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Findlay, 2003) no se pueden considerar revisiones sistemáticas rigurosas porque no siguen las recomendaciones necesarias para poder replicar sus estudios (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, The PRISMA Group, 2009; Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Considerando que el desarrollo de guías para la elaboración de revisiones sistemáticas se empezó a desarrollar hace poco más de 20 años con la Declaración QUORUM en 1996, que posteriormente fue modificada con la Declaración PRISMA (Moher et al.,

2009), se puede justificar, en cierto modo, que las primeras revisiones carezcan de la estructura y objetividad que se recomienda seguir en estos estudios. Empero, resulta sorprendente que existan otras revisiones sistemáticas en la actualidad como la de Cohen-Mansfield y Perach (2015) que obvian dichas recomendaciones.

Resumiendo lo anterior, las revisiones sistemáticas NO se han focalizado exclusivamente en analizar las intervenciones para reducir la soledad de las personas mayores, lo que impide discriminar si las características de intervenciones que se han recomendado son eficaces para reducir la soledad o el aislamiento. Además, las flaquezas detectadas en la metodología seguida en el procedimiento de revisión, sugieren que se deben tomar con cautela las conclusiones informadas por estos estudios.

Además, y como ya se ha señalado, los meta-análisis ofrecen mayor nivel de evidencia que las revisiones sistemáticas de síntesis cualitativa (Sánchez-Meca y Botella, 2010). El único meta-análisis disponible ha sido el de Masi et al. (2011), en el que se ha concluido que el entrenamiento cognitivo, es decir, corregir las cogniciones sociales desadaptadas ofrece las mejores oportunidades para reducir la soledad. Sin embargo, por la heterogeneidad de la edad de los participantes incluidos en los estudios revisados, se ha sugerido que estas conclusiones no se pueden legitimar en el contexto de las personas mayores (Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Dickens et al., 2011). Pese a ello, es preciso recordar que 28 estudios de los 50 que incluyen Masi et al. (2011) en el meta-análisis tienen una población de 60 años o más y que, además, los autores comprobaron que la edad no era una variable moderadora de la eficacia de las intervenciones.

Por otro lado, respecto a la afirmación de que las intervenciones grupales son más efectivas para reducir la soledad en personas mayores defendida en algunas revisiones (Cattan y White, 1998; Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011), Masi et al. (2011) comprobaron que, tanto en los estudios aleatorizados como los no aleatorizados, las intervenciones grupales no fueron más eficaces que las individuales, por lo que afirman que no existen pruebas para mantener la idea de que el formato grupal es mejor para reducir la soledad. En este sentido, es muy probable que la afirmación de que las intervenciones en grupo tienen mayor eficacia para reducir la soledad, se deba

a los problemas de conceptualización de la soledad en las revisiones que han sido descritos al inicio de este apartado.

Por lo tanto, las conclusiones de Masi et al. (2011) son, hasta el momento, las mejores pruebas disponibles sobre la efectividad de las intervenciones para combatir la soledad y se asume la idea de que las intervenciones dirigidas a modificar las cogniciones sociales desadaptadas pueden ser efectivas para reducir y prevenir la soledad en la vejez.

A pesar de las limitaciones comentadas, a continuación se resumen las características de las intervenciones eficaces para reducir la soledad en las personas mayores (tabla 5). Estos elementos han sido extraídos de las conclusiones de los estudios de revisión con menor riesgo de sesgo (Dickens et al., 2011; Masi et al., 2011) y los que se han intentado centrar en el estudio exclusivamente de las intervenciones para reducir la soledad en personas mayores (Cohen-Mansfield y Perach, 2015).

Tabla 5. Características de las intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores

<i>Tipo de intervenciones</i>	Psicosociales (entrenamiento cognitivo, actividades sociales y apoyo)
<i>Base de la intervención</i>	Fundamentada teóricamente.
<i>Actividades propuestas</i>	Actividades para mantener y mejorar las relaciones sociales.
<i>Formato intervención</i>	Grupal o individual (ambos formatos eficaces).
<i>Clima intervención</i>	Participativo.

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados de las revisiones de Cohen-Mansfield y Perach (2015); Dickens et al. (2011) y Masi et al. (2011)

### **3.2. Modelo de intervención en la soledad de las personas mayores en España**

En España, desde la Administración Pública existen Servicios Sociales como la Teleasistencia o el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) que tienen como objetivo garantizar y atender las necesidades básicas de higiene, alimentación y seguridad de las personas con dependencia y/o que viven solas (Observatorio de Personas Mayores, 2010). Además de cumplir una función reductora de la soledad objetiva, puesto que a través de ellos las personas mayores reciben visitas o llamadas con cierta



regularidad (Lorente y Sitges, 2015), se ha considerado que también ayudan a reducir el sentimiento de soledad, puesto que, con el paso del tiempo, se va desarrollando una relación con alto grado de confianza e intimidad entre la persona mayor y la persona que se encarga de dar el servicio (López-Doblas, 2005).

Por otro lado, existen recursos comunitarios para personas mayores orientados a la ocupación del tiempo libre y a la promoción del envejecimiento activo y saludable. En una revisión desarrollada sobre las iniciativas o programas de promoción de la autonomía personal que se realizan en las diecisiete comunidades autónomas españolas, Herrera, Muñoz, Martín y Cid (2011) confirmaron que las actividades más frecuentes para la promoción del envejecimiento activo y saludable en nuestro país son: el ocio activo, la formación, la rehabilitación cognitiva a través de talleres de memoria y cálculo y los programas de actividad física y deportiva. Asimismo, los autores observaron que existe una carencia de programas que trabajen el área psicoafectiva en las personas mayores e indicaban la necesidad de desarrollar programas de este tipo para prevenir la aparición de trastornos emocionales en la vejez. Así pues, este estudio pone de manifiesto la escasez de programas dirigidos a atender aspectos psicoafectivos, como el de la soledad de las personas mayores, desde la Administración Pública española.

Ante esta situación, resulta recomendable rememorar algunas de las recomendaciones políticas para el abordaje de la soledad en la vejez que se establecieron en el Marco de Actuación para las Personas Mayores en España (MSSSI, 2015). En este documento se subraya la necesidad de combatir tanto la soledad social como la emocional de las personas mayores, basando las intervenciones en las evidencias empíricas resultantes de investigaciones científicas validadas. También se destaca la necesidad de reconocer la labor que se realiza desde el voluntariado de acompañamiento para combatir la soledad y, asimismo, la de formar a los profesionales y las personas que están en contacto con personas mayores para que sepan prevenir y contener la soledad.

### **3.2.1. El Tercer Sector. Protagonista del abordaje de la soledad en la vejez.**

Cuando en el Marco de Actuación del Envejecimiento (MSSSI, 2015) se invita a reconocer la labor que se realiza desde el voluntariado para combatir la soledad en la vejez, se pone de manifiesto el gran protagonismo que las entidades del tercer sector tienen en el afrontamiento de este problema psicosocial que amenaza el envejecimiento activo de las personas.

En este apartado se repasan las principales entidades de voluntariado que se encargan de atender la soledad de las personas mayores en España, intentando describir cómo se interviene desde las mismas y cuáles son los resultados que han tenido para resolver las situaciones de soledad de las personas que atienden.

#### *Entidades de Voluntariado en la lucha contra la soledad.*

Existen grandes y reconocidas organizaciones no gubernamentales como la “Cruz Roja Española” y “Cáritas” que, entre los muchos proyectos que desarrollan, se han preocupado de desarrollar programas de voluntariado con personas mayores vulnerables en situación de dependencia o desamparo. Ambas entidades han participado en el Programa “Cerca de ti” del IMSERSO (que se describe en el siguiente apartado) y han desarrollado programas de voluntariado para reducir el aislamiento social a través del acompañamiento y el apoyo de estas personas para que se sientan más seguras y protegidas (Cáritas, 2009; Cruz Roja Española, 2017).

En la misma línea, la “Fundación DASYC” se creó para atender a poblaciones en riesgo de exclusión social y desde ella se realiza un programa de acompañamiento de personas mayores en el que se atiende la soledad de personas mayores en situación de dependencia y se facilita el respiro familiar de los cuidadores principales de estas personas (Fundación Dasyc, 2016).

Recientemente se ha creado la “Fundación Adopta un Abuelo” con la idea de acompañar (o adoptar) a personas mayores que viven en residencias. La misión de esta fundación es poner en alza el valor de los abuelos a través del encuentro

intergeneracional que se crea entre las personas jóvenes voluntarias y las personas mayores acompañadas. Desde su creación en 2014 esta fundación dispone de 204 voluntarios, 102 personas mayores “adoptadas” que son acompañadas en residencias de 5 ciudades españolas (Fundación Adopta un Abuelo, 2017). Aunque en los datos ofrecidos en la página web de la entidad no se aclara la dinámica del acompañamiento, se deduce de las imágenes disponibles en la sección “Historias de adopta un abuelo” de la web que el acompañamiento lo realizan dos personas voluntarias a la vez, por este motivo el número de voluntarios dobla al de personas acompañadas. Esta Fundación ha logrado un gran reconocimiento en prensa y en redes sociales durante los dos últimos años, incluso el proyecto “adopta un abuelo” ha sido merecedor de diversos premios (“Proyectos que transforman la sociedad” otorgado por la consultoría KPMG en 2015 o “Premio a la juventud europea en la categoría de Activismo Social” otorgado en 2016 en los premios *European Youth Awards*). A pesar de estos reconocimientos y de su gran visibilidad en redes sociales, se debe señalar que la Fundación no ofrece en su página web detalles sobre la intervención de acompañamiento que realizan los voluntarios que “adoptan”, ni la formación que recibe el voluntariado y tampoco de los resultados de los acompañamientos sobre la salud y la soledad de las personas mayores acompañadas.

- **Las Fundaciones Amigas de las Personas Mayores para vencer la soledad de las personas mayores.**

En los últimos 30 años se ha desarrollado el denominado movimiento “Amigos de los Mayores” (tabla 6) a través de cuatro fundaciones que se encargan específicamente de atender la soledad de las personas mayores. Debido a la dedicación y el gran trabajo que han realizado para atender la soledad de las personas que viven solas se ha estimado pertinente incluirlas en un apartado específico.

*Tabla 6. Fundaciones Amigas los Mayores en España, lugar y año de creación*

<b>Fundación Amiga de las Personas Mayores</b>	<b>Localización</b>	<b>Año de creación</b>
<b>Amics de la Gent Gran</b>	Cataluña	1987
<b>Amics de la Gent Major</b>	Valencia	2000
<b>Amigos de las Personas Mayores</b>	Madrid	2003
<b>Amigos dos Maiores</b>	Vigo	2016

*Nota:* Elaboración propia a partir de los datos extraídos de las páginas Web de las fundaciones.

El movimiento “amigo de las personas mayores” se ha basado en el modelo y la filosofía iniciada por la Asociación “Les Petits Frères des Pauvres” en París en 1946 que, tras la 2ª Guerra Mundial, se encargó de ofrecer ayuda a las personas mayores que habían quedado afectadas tras el conflicto atendiendo, sobre todo, a mujeres mayores que habían enviudado a consecuencia de la guerra. En 1979 se creó la “Federación Internacional des Petits Frères des Pauvres”, que actualmente está conformada por las fundaciones amigas de las personas mayores de Francia, Estados Unidos, Canadá, Irlanda, España, Alemania, Polonia, Suiza, México y Rumanía. En nuestro país, este movimiento está representado por la Federación Amigos de las Personas Mayores que se fundó en 2010 y agrupa a fundaciones amigas de las personas mayores del país.

Estas fundaciones se encargan de luchar contra la soledad y la marginación de las personas mayores con recursos económicos limitados a través de distintas acciones, como el acompañamiento emocional con voluntarios, la dinamización social a través de actividades y la sensibilización de la población mediante campañas publicitarias sobre el problema de la soledad en la vejez.

El acompañamiento que realizan con voluntarios se hace en domicilios y residencias o de manera puntual, en función de las necesidades de la persona mayor. En el acompañamiento domiciliario el voluntario acompaña una vez a la semana durante aproximadamente 2 horas a la persona mayor. La Fundación Amigos de los Mayores (2017) de Madrid define el acompañamiento en domicilio de la siguiente manera:

Son visitas que se realizan al menos una vez a la semana con el objetivo de acompañar y dar cariño a aquellas personas que viven solas. Las visitas a domicilio son momentos de encuentro entre la persona mayor y el voluntario. Dependiendo de cada persona, se convierten en momentos de charlar, compartir experiencias, anécdotas o simplemente estar.

Según datos referidos en la Memoria de 2015 de la Fundació Amics de la Gent Gran (2016) de Cataluña y de la Fundación Amigos de los Mayores (2016) de Madrid, ambas disponibles en las páginas web de las entidades, en el año 2015 contaron con 1468 voluntarios (74% mujeres y 26% hombres) en Cataluña y 519 voluntarios (77% mujeres y 23% hombres) en Madrid. Todos los voluntarios fueron formados a través

de cursos diseñados e impartidos desde las fundaciones, impartándose 52 cursos en Cataluña y 11 cursos y talleres en Madrid, en donde, además, se realizaron dos encuentros con los voluntarios de la entidad. Asimismo, ambas fundaciones informan del plan de formación del voluntariado, donde se puede observar la disposición de cursos de iniciación al voluntariado para el acompañamiento y otras ofertas de formación específica como, por ejemplo, manejo de situaciones difíciles, conocimientos sobre deterioro cognitivo y demencias, apoyo a la movilización de las personas mayores, primeros auxilios, duelo, etc.

Siguiendo con los datos facilitados en estas memorias, durante el año 2015 en Cataluña se acompañaron a 1244 personas mayores (86% mujeres y 14% hombres), de las cuales un 59% eran mayores de 85 años y en la Comunidad de Madrid se acompañaron a 514 personas mayores (89% mujeres y 11% hombres) con una edad media de 84 años.

En cuanto a los resultados del acompañamiento realizado sobre la soledad de las personas mayores, a partir de las historias que se comparten en sendas páginas web se puede deducir que, tanto las personas acompañadas como los voluntarios, obtienen beneficios del acompañamiento. Sin embargo, esta información no es facilitada por las entidades y sería recomendable disponer de un apartado en la memoria anual o en la página web de las fundaciones en el que se describiesen los resultados de las intervenciones de acompañamiento, es decir, un apartado que ofrezca datos empíricos que puedan servir para comprobar si se reduce la soledad de las personas mayores acompañadas y, si es así, en qué sentido lo hace.

*Programa “Cerca de Tí”: estudio empírico sobre el acompañamiento con voluntarios.*

La dificultad para encontrar datos empíricos sobre la eficacia de las intervenciones de acompañamiento con voluntarios para reducir la soledad es un hecho. Además, cuando se encuentra algún estudio sobre voluntariado con personas mayores, estos se abordan desde la perspectiva de los voluntarios y la contribución social que realizan (Zapata, 2001).

Con el fin de resolver este “vacío empírico” respecto a la práctica más extendida para reducir la soledad, esto es, el acompañamiento con voluntarios, el Gobierno de España inició el programa “Cerca de Ti” en 2009 con el objetivo de aportar más luz sobre el acompañamiento de personas mayores para reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Este programa se promueve a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (IMSERSO) y se enmarca dentro de las políticas sociales de atención y protección a las personas mayores. Para el desarrollo del programa se contó con la colaboración y el compromiso de Cruz Roja, Cáritas, Fundación Vodafone, Asociación de Empresas y Servicios de Teleasistencia (ASESSTA) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

El programa se centra en ofrecer acompañamiento presencial y telefónico con voluntarios a personas mayores de 80 años que viven solas, usuarias del servicio de teleasistencia y que, desde este servicio, se ha observado que se encuentran en situación de aislamiento social y soledad.

El acompañamiento lo realizan voluntarios de Cruz Roja Española y de Cáritas, formados previamente en sendas entidades. El objetivo del acompañamiento, de manera similar a los programas de acompañamiento antes descritos, es proporcionar apoyo emocional y seguridad a las personas mayores y promover la participación en actividades del entorno de acuerdo a los gustos de estas personas. Así pues, las principales tareas de la intervención de acompañamiento se resumen en la estimulación de actividades y el establecimiento de relaciones intergeneracionales de amistad y apoyo (Observatorio de Personas Mayores, 2010).

Para poner en marcha este programa en 2010 se realizó un estudio piloto en 10 localidades urbanas y rurales en distintas comunidades autónomas (Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Andalucía y Aragón) con el propósito principal de conocer las fortalezas y debilidades que ofrece el acompañamiento con voluntarios para romper el aislamiento y la soledad de las personas mayores y poder, de ese modo, formular recomendaciones para poder implantar el programa a gran escala (Observatorio de Personas Mayores, 2010). Para cumplir este objetivo, en el estudio piloto se siguió un diseño pre-post con grupo control para analizar los efectos

en las personas acompañadas y, además, se recogió información de otras fuentes (voluntarios, familiares de las personas atendidas y de los coordinadores del programa) para tener una visión más amplia de los resultados del programa.

Según se refiere en el informe de la experiencia piloto (InterSocial, 2012), el Programa “Cerca de Ti” mejoró las condiciones de vida de los participantes en tanto que se redujeron los niveles de soledad y aumentaron los niveles de satisfacción vital de las personas acompañadas. El programa también ayudó a fortalecer y conservar la calidad y frecuencia de relación con la red social de los participantes. A nivel cualitativo, en el informe refieren que las personas mayores, desde que recibían las visitas de la persona voluntaria, afirmaban sentirse mejor, tener mejor ánimo y menor sentimiento de aislamiento. Además, los familiares valoraron cambios positivos en los participantes tras recibir el acompañamiento. Para concluir, en el informe se afirma que, siguiendo el procedimiento desarrollado durante el estudio piloto, el proyecto Cerca de Ti “sería perfectamente ampliable y extrapolable a un mayor número de población con características similares a la de los participantes del proyecto piloto” (InterSocial, 2012, p. 69).

A pesar de los buenos resultados informados por la empresa de consultoría que elaboró el informe, en este estudio se detectan algunos sesgos a nivel metodológico que pueden comprometer la validez de las conclusiones referidas. A continuación se enumeran algunos aspectos que, teniendo en cuenta los criterios que se deben seguir en la metodología científica de investigación, aumentan el riesgo de sesgo:

- Justificación del proyecto. En la introducción se obvia realizar una revisión de la literatura sobre las intervenciones de acompañamiento que se han realizado desde otro tipo de entidades de voluntariado o se han probado en estudios científicos previamente.
- Metodología del estudio. Para estudiar el impacto del programa, se especifica el uso de un diseño pre-post con grupo control. Sin embargo, se usan datos cuantitativos y cualitativos, sin referir en ningún momento si se sigue un tipo de diseño mixto o multimétodo.
- Instrumentos de evaluación. A nivel cuantitativo, a partir de ítems extraídos de diferentes escalas validadas se crea la “Escala de valoración de la soledad y la satisfacción con la vida” y se observan dos problemas en esta manera de proceder.

Por un lado, se incluyen dos constructos diferentes en una misma escala, lo que amenaza la validez de contenido de la prueba. Por otro lado, no se comprueba la fiabilidad y validez mediante métodos estadísticos adecuados, por lo que no se garantiza que este instrumento sirva para el fin que se ha desarrollado. En cuanto a la evaluación cualitativa, ésta se realiza para complementar la información cuantitativa a través de entrevistas a 10 personas de perfiles y localidades diferentes. Teniendo en cuenta que el estudio piloto se desarrolló en 10 municipios, no se considera que logren la saturación de datos suficientes para lograr un nivel satisfactorio de información (Martínez-Salgado, 2012).

- Análisis de los resultados. No se emplean análisis estadísticos inferenciales para comprobar si hay diferencias antes y después de la intervención o entre grupos, sino que se emplean técnicas descriptivas que muestran tendencias y distribución de las variables de estudio, pero no se puede saber si son significativas ni cuál es la magnitud real del efecto de la intervención en el grupo que ha recibido el acompañamiento.

Todos estos aspectos limitan, tristemente, las conclusiones del estudio. No obstante, se considera que los sesgos metodológicos detectados se pueden salvar fácilmente implicando investigadores y metodólogos en los equipos de trabajo. De ese modo se podrían diseñar estudios con mayor rigor y se podrían sacar conclusiones más sólidas. Así pues, según parece, aún sigue sin resolverse la cuestión que se pretendía esclarecer con este estudio piloto:

¿es efectivo el acompañamiento con voluntarios para reducir la soledad de las personas mayores que viven solas?

Aún con todo lo anterior, “Cerca de Ti” supone un importante avance en el ámbito de la política social para combatir la soledad de las personas mayores que viven solas en nuestro país, ya que es un programa ambicioso que combina la coordinación entre diferentes organizaciones para resolver el problema de la soledad de los mayores. Aunque sería muy interesante poder ofrecer en este informe más resultados sobre el seguimiento del mismo, actualmente no existe información disponible sobre la evolución del programa en la memoria de actividades de 2015 del IMSERSO (IMSERSO, 2015), por lo que no se puede comprobar en qué fase de ejecución se encuentra el mismo y si se han recabado más datos o se han hecho nuevos análisis



que ofrezcan más pruebas sobre la eficacia del acompañamiento con voluntarios para reducir la soledad de las personas mayores.

### *Voluntariado universitario en la lucha contra la soledad.*

En las acciones de voluntariado descritas anteriormente es frecuente contar con la participación voluntaria de estudiantes universitarios y personas que han realizado estudios superiores; por ejemplo, el 12% de los voluntarios de la Fundación Amigos de los Mayores de Madrid en el año 2015 fueron estudiantes y el 49% de todos sus voluntarios había cursado estudios universitarios (Fundación Amigo de los Mayores, 2016).

En este sentido, desde el Observatorio del Voluntariado (2016) se ha afirmado que el nivel de estudios afecta a la colaboración con las ONG's, comprobándose que las personas con estudios universitarios son quienes más colaboran tanto económicamente como con su voluntariado. Así pues, parece que las universidades facilitan la formación integral de las personas, sensibilizándolas hacia los problemas sociales del entorno y creando actitudes que fomentan la solidaridad, la cooperación y el compromiso con la sociedad.

La presencia del voluntariado en las universidades españolas ha aumentado en los últimos años. Así lo refleja el III Estudio sobre Voluntariado Universitario desarrollado por la Fundación Mutua Madrileña en 2015, donde se destacó que el 75% de las 41 universidades encuestadas aumentaron en 2014 el número de proyectos de voluntariado respecto al año anterior (referido en Observatorio del Voluntariado, 2016, p. 44). Sin embargo, en el informe también se observa que no todos los tipos de voluntariado se atienden equitativamente desde las universidades, puesto que el 76% de las actividades de voluntariado se dirigen a atender la infancia y la diversidad funcional.

Sitges, Lorente y Saorín (2017 en prensa) quisieron comprobar el estado de la cuestión de la promoción y formación en voluntariado con personas mayores en las universidades españolas. Para ello, estudiaron la oferta de cursos de voluntariado que se ofrecía en 42 universidades públicas y privadas, observando que solamente en 14

de ellas se ofertaban cursos específicos para la formación en voluntariado del ámbito gerontológico. Estos cursos se centran principalmente en el apoyo socioemocional de personas mayores en residencias o domicilios, la atención a personas mayores con patologías neurodegenerativas, el entrenamiento de personas mayores en nuevas tecnologías y el buen trato a las personas mayores. Además, la mayoría de los cursos se desarrollan desde las universidades de manera presencial, con una duración que oscila de 1 a 50 horas de formación y, en general, se recompensa con créditos ECTS a los participantes. A partir de estos resultados, las autoras resuelven que en el contexto universitario español existe una “infra-oferta” formativa específica en materia de voluntariado con personas mayores, por lo que animan a los gestores del voluntariado de las universidades que se impliquen en la promoción y formación de este tipo de voluntariado.

Esta implicación creciente de las universidades, y también de otras entidades, en acciones voluntarias, ha requerido definir un nuevo marco jurídico para regular el voluntariado en España. Así, en la nueva Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado se regula el papel que deben asumir las universidades en la promoción del voluntariado a través del artículo 22, en el que se declara que las universidades deben fomentar la docencia e investigación en todos sus niveles en torno al voluntariado. Para ello, afirman que se debe impulsar el trabajo en red, creando espacios y herramientas de colaboración que permitan la relación continuada y fluida con las distintas organizaciones (Ley 45/2015, p. 95778).

Por lo tanto, en dicha ley se subraya la importancia del trabajo en red, lo que implica también fomentar la creación de equipos multi e interdisciplinarios para mejorar los programas de voluntariado y la acción social en nuestro país. Asimismo, este marco normativo ofrece la oportunidad a las universidades españolas, no solo de sensibilizar a la población sobre el problema de la soledad de las personas mayores, sino también de formar e investigar en materia de voluntariado para desarrollar buenas prácticas en el abordaje de este fenómeno en la vejez.

### **3.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

El envejecimiento de la población es un fenómeno global imparable. Las estadísticas sitúan a España entre los países más longevos del mundo (EUROSTAT, 2015) y las proyecciones futuras auguran que nuestro país será uno de los que registren mayor tasa de dependencia debido a este fenómeno (Ortman et al., 2014).

A pesar de las alarmas que suscitan los datos demográficos, cada vez más la población mayor expresa sus deseos de autonomía e independencia, eligiendo vivir solas en sus casas hasta, si es posible, el final de sus vidas (Abellán y Pujol, 2016; López-Doblas, 2005). Sin embargo, la decisión de vivir en solitario condiciona el envejecimiento de las personas que viven solas y puede suponer una amenaza para su salud, puesto que vivir solo aumenta el riesgo de mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015) y facilita la aparición de la soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart y Sorensen, 2001).

La soledad es una experiencia que activa mecanismos neurobiológicos que, si se mantienen a largo plazo, pueden provocar efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas, aumentando la morbilidad y la mortalidad de las personas mayores (J. T. Cacioppo y S. Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015; Luo et al., 2012; Newall, 2010; Tilvis et al., 2011).

Ante este panorama es necesario prestar atención al reto de la soledad en esta población, a través del desarrollo de intervenciones que favorezcan su envejecimiento activo y saludable. En este sentido, el Marco de Actuación para las personas mayores del Gobierno de España (MSSSI, 2015) reconoce que “la soledad constituye uno de los principales problemas de las personas mayores” (p.36) y solicita que su abordaje se base en los resultados de investigaciones científicas validadas.

Se ha podido comprobar que en la actualidad no se ha esclarecido todavía cuáles son las intervenciones eficaces para reducir la soledad de las personas mayores. Aun así, los hallazgos encontrados en la literatura científica indican que las intervenciones más efectivas para reducir la soledad, son las intervenciones psicosociales dirigidas a modificar las cogniciones sociales desadaptadas (Masi et al., 2011) y que se orientan al mantenimiento y la mejora de las relaciones sociales (Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Dickens et al., 2011). Igualmente, se ha considerado que las intervenciones que

se fundamentan en teorías y que fomentan la participación de las personas mayores pueden ser más efectivas para reducir la soledad de estas personas (Dickens et al., 2011).

Tradicionalmente en España la intervención en soledad de las personas mayores que viven solas se ha realizado desde los programas de acompañamiento con voluntarios. Estos programas se presumen efectivos para reducir la soledad y el aislamiento de las personas mayores, pero se ha corroborado que existe una carencia de datos empíricos que demuestren cuál es la efectividad de estas intervenciones sobre la soledad, a pesar del intento del Gobierno de España por investigar esta cuestión (InterSocial, 2012; Observatorio de Personas Mayores, 2010). Al mismo tiempo, en el voluntariado se aprecia que el modelo de atención de la soledad se ha mantenido estable desde que se empezó a luchar contra ella hace 30 años, pues estas intervenciones no se han modificado a partir de los hallazgos científicos que se han ido descubriendo sobre las técnicas que funcionan mejor para reducir la soledad. Así pues, aunque se debe reconocer la admirable labor que se realiza desde el voluntariado que atiende la soledad de los mayores (MSSSI, 2015), no se debe obviar que aún quedan por resolver algunas cuestiones sobre la efectividad del acompañamiento con voluntarios: ¿reduce la soledad objetiva/social?, ¿reduce la soledad subjetiva/emocional? o ¿reduce ambas?.

Afortunadamente parece que se está cambiando esta tendencia ya que, recientemente, la Fundació Amics de la Gent Gran (2017) presentó el “Observatori de la Soletat”, una iniciativa que pretende servir de instrumento para investigar y analizar en profundidad el fenómeno de la soledad no deseada y poder desarrollar posteriormente intervenciones dirigidas a paliar sus efectos negativos. Desde esta fundación, se ha asumido la necesidad de mejorar las intervenciones para reducir la soledad y para seguir aumentando el conocimiento empírico sobre este fenómeno complejo. Por lo tanto, se espera que este avance sirva para reducir la gran brecha existente entre la práctica y la investigación en el abordaje de la soledad en la vejez.

A partir de la revisión del abordaje que se ha realizado de la soledad en la vejez, se ha descubierto que existe una dificultad evidente en la definición de este concepto, que se suele entender como un sinónimo de aislamiento social. Por ello, se presume

fundamental que las intervenciones que se dirijan a reducir la soledad en personas mayores definan adecuadamente cuál es el objeto de su intervención. Si no se hace de este modo, se comete el error de confundir soledad con aislamiento social que, aunque se consideran aspectos relacionados y ambos afectan a la salud de las personas mayores, se ha verificado que son cualitativamente distintos (Tzouvara et al., 2015).

En este sentido, la soledad es una experiencia que surge como resultado de un desequilibrio percibido entre las relaciones reales y las que desea o espera recibir la persona (Peplau y Perlman, 1979, 1982). Desde el Modelo de Discrepancia Cognitiva se ha sugerido que ciertas características psicológicas de los individuos, como las atribuciones causales y el control percibido, intervienen en el desarrollo de la soledad (Peplau y Perlman, 1979). De este modo, las personas que atribuyen la soledad a causas externas e incontrolables se sentirán menos capaces de controlar su situación de soledad, aumentando su experiencia de soledad y, en sentido contrario, aquellas que atribuyen su soledad a causas internas y controlables, como el esfuerzo, percibirán mayor control sobre la situación y tendrán menores niveles de soledad. Este hecho se ha contrastado empíricamente en estudios longitudinales con personas mayores, donde se ha comprobado que al cabo de cinco años las atribuciones causales y el control percibido predicen la aparición de la soledad en la vejez (Newall et al., 2014; Newall, 2010; Newall et al., 2009).

Asimismo, se ha propuesto la idea de que la experiencia de soledad se mantiene en forma de bucle o círculo vicioso provocando efectos perjudiciales sobre la salud de las personas mayores (Cacioppo y Hawkley, 2009). De este modo, cuando se percibe la soledad, se genera un estado de alerta en la persona que provoca la activación de sus miedos sociales que, a su vez, facilitan la aparición de sesgos cognitivos que preparan a la persona a prestar más atención a las amenazas sociales y tener más accesibles los recuerdos negativos relacionados con sus relaciones sociales. Esta activación de cogniciones desadaptadas se manifiesta a través de comportamientos sociales inadecuados que dificultan y/o limitan la interacción social, obteniendo resultados negativos en las relaciones sociales que aumentan la experiencia de soledad (Cacioppo y Hawkley, 2009). Apoyando las asunciones de este modelo sobre el funcionamiento y las consecuencias de la soledad, se ha comprobado cómo una baja

participación social predice la soledad a largo plazo de las personas mayores y, además, es un factor que media en la influencia que ejercen las atribuciones causales en la soledad (Newall et al., 2009).

Dichos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de las variables psicosociales en el desarrollo y mantenimiento de la soledad en la vejez. Además, son coherentes con los resultados descubiertos en las intervenciones eficaces para reducir la soledad en personas mayores, donde las técnicas más eficaces son las que se centran en cambiar pensamientos sociales desadaptados que favorezcan y mejoren las relaciones sociales (S. Cacioppo et al., 2015; Cohen-Mansfield y Perach, 2015; Masi et al., 2011).

Estos hechos brindan una oportunidad única para el desarrollo de intervenciones orientadas tanto a prevenir como a paliar la soledad. Hasta ahora el enfoque de las intervenciones se dirigía a reducir la soledad (Bolton, 2012), puesto que la escasez de investigaciones longitudinales limitaba el conocimiento de los mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento de esta experiencia en la vejez. No obstante, los hallazgos recientes permiten abordar la soledad de las personas mayores que viven solas desde un enfoque del envejecimiento activo y saludable, para prevenir cuanto antes la aparición de este problema y promover la salud de las personas que envejecen solas.

En adición a lo anterior, se ha comprobado que la soledad tiene una relación con la edad en forma de U, donde los niveles de soledad aumentan antes de los 60 años y después de los 80 años (Pinquart y Sorensen, 2001). Este hecho ha servido para justificar las intervenciones tradicionales para reducir la soledad a través del acompañamiento domiciliario que se han orientado hacia el grupo de personas mayores de 80 años (Observatorio de Personas Mayores, 2010), tal y como se observa en el perfil de las personas que se atienden en las fundaciones amigas de las personas mayores. Sin embargo, en el presente estudio se considera que esta distribución de la soledad está identificando, al mismo tiempo, a un grupo de personas situado en edades comprendidas entre los 60 y 80 años que se encuentran en un momento perfecto para intervenir precozmente sobre la soledad desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable.

Para intervenir desde un marco de envejecimiento activo, Herrera et al. (2011) sugieren que se debe dar un papel protagonista a la persona mayor en la intervención, favoreciendo su capacidad de decidir las actividades que desean realizar, y, al mismo tiempo, se debe facilitar la participación social de las personas mayores en su entorno.

Entendiendo cuál es el estado del abordaje de la soledad en la vejez en nuestro país y cuáles son las mejores prácticas para reducir la soledad de las personas mayores, se observa la necesidad de renovar el enfoque de atención de la soledad, transfiriendo las evidencias científicas al modelo de intervención tradicional. Esto implica actualizar y adaptar las intervenciones de acompañamiento con voluntarios que se están desarrollando actualmente, para garantizar que intervengan sobre los aspectos que verdaderamente reducen la soledad de las personas mayores.

Para ayudar a tal fin las universidades españolas, como centros de formación e investigación, deben colaborar en red con la administración y organizaciones del tercer sector. Ello supone tomar la iniciativa de estudiar y mejorar las intervenciones de acompañamiento que se realizan con voluntarios y diseñar programas de formación específicos que capaciten a los voluntarios que realicen estas intervenciones. De esta manera, la unión del conocimiento científico, los recursos sociales y los recursos humanos del voluntariado mejorarán las prácticas para abordar la soledad, desarrollando intervenciones basadas en pruebas científicas orientadas a intervenir sobre los aspectos que provocan y mantienen la soledad en la vejez.

Esta responsabilidad es la que se ha asumido desde SABIEX, el “Programa Integral de Mayores de 55 años para la Promoción del Envejecimiento Activo y Saludable” de la Universidad Miguel Hernández de Elche, a través del diseño del Programa Acompaña-Té, que se ha fundamentado en los hallazgos científicos que se han descrito en este estudio teórico.

Desde el programa Acompaña-Té se forma a voluntarios universitarios para acompañar a personas mayores que viven solas en Elche, con el fin de prevenir la soledad y promocionar el envejecimiento activo y saludable de estas personas. La intervención de acompañamiento diseñada sigue un enfoque psicosocial, orientado a la modificación de atribuciones causales desadaptadas relacionadas con la soledad y a la promoción de la participación social de las personas mayores en su entorno.

Este estudio de tesis doctoral se centra en analizar, desde un enfoque metodológico mixto, la experiencia de las personas mayores que han recibido el acompañamiento de voluntarios universitarios a través del Programa Acompaña-Té. Con esta investigación se pretende ampliar el conocimiento de la soledad en la vejez, analizando con mayor profundidad los beneficios que obtienen las personas que reciben intervenciones de acompañamiento con voluntarios universitarios y comprobando si este tipo de intervenciones reduce la soledad y mejora el envejecimiento activo y saludable de las personas mayores que viven solas.

Además, esta investigación cumple con las directrices sugeridas en el Marco de Actuación para las personas mayores en España (MSSSI, 2015) y pretende cumplir con tres de las estrategias que propone para el abordaje de la soledad de las personas mayores, a saber:

- i. El Programa Acompaña-Té se ha diseñado y desarrollado a partir de los resultados empíricos derivados de la investigación científica acumulada en los últimos cuarenta años.
- ii. El Programa Acompaña-Té capacita y forma a los voluntarios que van a acompañar a las personas mayores en aspectos específicos relacionados con los avances científicos sobre la soledad, para que entiendan cómo se desarrolla y mantiene esta experiencia en la vejez y comprendan las técnicas que se deben emplear para combatir la soledad.
- iii. El Programa Acompaña-Té se ha apoyado en entidades de voluntariado que acompañan a personas mayores para el desarrollo del programa. Además, los hallazgos que se deriven de esta investigación de tesis doctoral servirán para conocer nuevas estrategias de acompañamiento con voluntarios que podrían ser transferibles a la práctica a través de las entidades de voluntariado.



## **Capítulo 4: El Programa Acompaña-Té para intervenir sobre la soledad en la vejez**

---

El Programa Acompaña-Té es un programa social impulsado por SABIEX y respaldado por la Universidad Miguel Hernández de Elche y el Ayuntamiento de Elche para sensibilizar sobre el problema que puede suponer la soledad para la salud de las personas mayores que viven solas.

Un programa social se caracteriza por incluir un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos y que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones distintas y/o usar diferentes estrategias de intervención (Plataforma de ONG de Acción Social, 2010). En este sentido, el Programa Acompaña-Té incluye dos proyectos, un proyecto formativo, a través de un curso de voluntariado específico dirigido a toda la comunidad universitaria, y un proyecto de intervención psicosocial a través del acompañamiento de personas mayores de 65 años que viven solas en la comunidad.

La creación de estos proyectos se fundamenta en la misión, los valores y la visión de responsabilidad social de la UMH y, básicamente, se apoya en los principios 2 y 10 de su política de responsabilidad social (Universidad Miguel Hernández, 2009):

En el principio 2 se expone que la UMH “promoverá la formación integral basada en valores sociales e individuales, en la convivencia pacífica y en la defensa de los derechos humanos, con respecto a las necesidades sociales, ambientales, laborales y de seguridad” (p. 3).

En el principio 10 se declara que la UMH “promoverá el acceso a la Universidad de los colectivos más desfavorecidos y la interacción y cooperación con organizaciones de distintos sectores a nivel local, regional e internacional” (p. 4).

Asumiendo desde SABIEX este marco de compromiso social con las personas mayores se diseñó el Programa Acompaña-Té.

En este capítulo, se describe este programa y, particularmente, se detalla el proyecto de intervención psicosocial de acompañamiento ofrecido a personas mayores que viven solas en la ciudad de Elche, sobre el que se analizan los resultados de su aplicación en la presente investigación.

## **4. Diseño, desarrollo e implementación del Programa Acompaña-Té**

Diseñar el Programa Acompaña-Té ha requerido realizar un trabajo previo de documentación y planificación minucioso justificando así la viabilidad y la necesidad de impulsar desde SABIEX una iniciativa de estas características. Es por ello que en el siguiente apartado, antes de explicar en detalle el proyecto de intervención psicosocial del Programa Acompaña-Té, se van a responder algunas cuestiones previas al diseño y desarrollo del programa que servirán para ilustrar el procedimiento que se ha seguido para llevar a cabo este proyecto.

### **4.1. Consideraciones previas para diseñar el Programa Acompaña-Té**

#### **4.1.1. ¿Se puede desarrollar un programa social de voluntariado universitario para intervenir sobre la soledad de las personas mayores?**

El desarrollo de un programa social que implica la formación de voluntarios universitarios y la acción voluntaria con personas mayores que viven solas, requiere tomar en consideración ciertos aspectos fundamentales sobre el significado del voluntariado y el papel que se debe asumir desde la universidad para promocionar acciones como esta. Desde SABIEX se tuvo en cuenta la legislación nacional que

regula el voluntariado a través de la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado que da cobertura a la “acción voluntaria sin adjetivos” (p. 95764), favoreciendo que la promoción del voluntariado pueda hacerse desde otros ámbitos más novedosos, como las empresas, las universidades y las administraciones públicas. Dicha ley establece las condiciones por las que las universidades españolas pueden promover y participar en programas de voluntariado, tal y como indica en el artículo 22 “de la promoción del voluntariado desde las universidades” que incluye los siguientes apartados (p. 95780):

1. Las universidades, responsables de la formación universitaria de personas jóvenes y adultas, podrán promover el voluntariado dentro de sus ámbitos de actuación propios como son la formación, la investigación y la sensibilización de acuerdo con la normativa sectorial de aplicación.
2. Las actuaciones de voluntariado de las universidades tendrán como objetivo la formación y sensibilización de la comunidad universitaria en el voluntariado y podrán promoverse desde la propia universidad o con la participación de entidades de voluntariado. La intervención de los integrantes de la comunidad universitaria en estos programas será libre y voluntaria y no supondrá la sustitución de la Administración en las funciones o servicios públicos que esté obligada a prestar por ley.
3. Las universidades fomentarán la docencia y la investigación en todos sus niveles en torno al voluntariado. Para ello, podrán suscribir convenios de colaboración con las Administraciones públicas y con otras instituciones y organismos públicos o privados, quienes a su vez podrán solicitar a las universidades cursos, estudios, análisis e investigaciones.
4. Las universidades podrán establecer fórmulas de reconocimiento académico de las acciones de voluntariado realizadas por sus estudiantes, siempre y cuando cumplan los requisitos académicos establecidos en la correspondiente normativa de aplicación en materia de ordenación universitaria, y respeten los valores y principios del voluntariado establecidos en la presente Ley.

Respecto a las administraciones públicas, la ley establece que se debe “impulsar el trabajo en red” (p.95778), creando espacios y herramientas de colaboración que permitan la relación continuada y fluida con las distintas organizaciones. Teniendo en cuenta este marco normativo, el Programa Acompaña-Té se ha diseñado y

desarrollado para promover el voluntariado universitario con personas mayores y para sensibilizar a la comunidad universitaria sobre el problema de la soledad en esta población y, al mismo tiempo, para prevenir la soledad y promover la participación social de las personas mayores que viven solas en Elche.

#### **4.1.2. ¿Se necesita un programa para abordar la soledad de las personas mayores en Elche?**

Para resolver esta cuestión, se buscó información sobre los servicios o acciones de voluntariado existentes para intervenir sobre la soledad de las personas mayores que se ofrecen desde la universidad, la Administración pública o las entidades de voluntariado de la localidad de Elche.

En primer lugar, se comprobó que desde el Centro de Cooperación al Desarrollo y Voluntariado de la UMH no se desarrollaban cursos de formación de voluntariado, por lo que el Programa Acompaña-Té sería el primer curso de voluntariado específico de la UMH.

En segundo lugar, se mantuvieron reuniones con técnicos de las Concejalías de Bienestar Social y de Política de Mayores en las que se recogió información sobre los recursos sociales y los programas de voluntariado del Ayuntamiento de Elche. Fundamentalmente se refirieron dos tipos de recursos para personas mayores: los servicios sociales y los servicios comunitarios.

En cuanto a los **servicios sociales**, se encuentran los servicios que atienden las necesidades básicas o instrumentales de la vida diaria de las personas sin recursos, como son el **servicio de “Menjar a Casa”**, que se encarga de llevar comida al domicilio de la persona mayor, o el **“Servicio de Ayuda a Domicilio” (SAD)**, que se dirige a ayudar a las personas mayores en las tareas de aseo y cuidado personal y/o en las tareas del hogar. Para las personas que viven solas, según la información facilitada, se ofrece el **servicio de “Teleasistencia”**, que ofrece atención y ayuda telefónica en caso de emergencia las 24 horas del día.

Por otro lado, en cuanto a los **recursos comunitarios**, Elche cuenta con un total de **19 centros sociales y cívicos** repartidos entre la zona urbana y las pedanías. En estos centros se ofrecen **talleres de actividades** que se inician cada año en el mes de septiembre y finalizan en junio. Sin embargo, la asignación de plazas se hace de manera aleatoria, hecho que limita la participación social de las personas mayores debido a la gran demanda que se realiza de este recurso. También se ofrecen **cursos de informática** de diferentes niveles para acercar las nuevas tecnologías a las personas mayores.

En relación al voluntariado organizado desde el Ayuntamiento, las trabajadoras sociales consultadas informaron que anteriormente se desarrollaba un programa de voluntariado para el acompañamiento de personas mayores en domicilios y en residencias de ancianos de la ciudad. En este acompañamiento los voluntarios realizaban visitas para conversar y para ayudar a las personas mayores a hacer algún recado. Sin embargo, este programa de voluntariado se dejó de realizar por la falta de recursos para gestionar y supervisar esta acción, la escasez de voluntarios y de formación de los mismos y los problemas a la hora de delimitar las actividades que debían realizar los voluntarios durante el acompañamiento.

En tercer y último lugar, se analizó la presencia de entidades de voluntariado en la localidad encargadas de atender específicamente la soledad de las personas mayores. Desde la Cruz Roja de Elche, no se realiza ningún programa de voluntariado para atender la soledad de las personas mayores específicamente. Aunque, además de la Teleasistencia, sí se ofrecen otros servicios como los talleres de envejecimiento saludable, las campañas de atención a las personas mayores ante episodios de frío y ola de calor y un servicio de localización de personas con deterioro cognitivo a través del Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales (SIMAP) (Cruz Roja Elche, s. f.). Por otro lado, se comprobó que desde la Fundación DASYS se ofrece formación gratuita o bonificada a voluntarios, sin embargo, la formación sobre personas mayores se centra en temas de envejecimiento patológico, enfermedades neurodegenerativas y dependencia. Esta fundación acompaña a personas mayores en situación de dependencia en domicilios y residencias y también ofrece apoyo a los cuidadores, acompañando a personas mayores enfermas para dar respiro a los

familiares que cuidan de éstas (Fundación DASYC, s. f.). Por consiguiente, tras revisar la información disponible en las páginas web de ambas entidades y la comunicación informal con personas vinculadas a las mismas, se comprobó que solo una de ellas se encargaba de hacer acompañamiento para reducir la soledad de las personas mayores, pero que éste se dirigía a personas mayores con dependencia funcional y a sus cuidadores, por lo que se atendía a un perfil de personas mayores con envejecimiento patológico.

Así pues, la exploración de necesidades previas permitió comprobar la carencia de recursos de voluntariado para atender la soledad de las personas mayores que viven solas en Elche, lo que justificó la necesidad de diseñar y desarrollar el Programa Acompaña-Té desde la UMH a través de SABIEX.

#### **4.1.3. ¿Qué acciones se han desarrollado desde SABIEX para promover el voluntariado que atienda la soledad de las personas mayores?**

Desde SABIEX se han promovido tres líneas de actuación para promocionar esta iniciativa de voluntariado universitario.

##### *Investigación. La soledad de las personas mayores y el voluntariado.*

Desde el grupo de investigación de SABIEX, en el que se desarrollan varias líneas de investigación en el ámbito del envejecimiento activo y saludable, se decidió incluir una nueva línea de investigación centrada en el estudio de la soledad de las personas mayores puesto que es un problema que afecta a la salud de estas personas y en el marco político de actuación con personas mayores se advierte que se debe solucionar este problema desarrollando intervenciones basadas en evidencias científicas (MSSSI, 2015).

Para realizar el diseño del Programa Acompaña-Té, se revisó la investigación disponible acerca de la soledad en personas mayores a través del análisis de artículos científicos, tesis, actas de congresos y libros de diversas bases de datos (PsycINFO, Medline, Scopus, Cochrane Library, Science Direct, Web of Science, etc.). Asimismo,

se buscó en Internet información sobre los programas de acompañamiento ofrecidos por entidades de voluntariado e información sobre cursos específicos de formación en voluntariado con mayores ofrecidos desde las universidades españolas. Producto de este análisis documental, se realizó una revisión narrativa de las intervenciones con voluntarios para reducir la soledad de los mayores, con el fin de averiguar las características y la efectividad de estos programas para reducir la soledad de las personas de edad (Lorente y Sitges, 2015). Del mismo modo, se realizó una investigación descriptiva de los cursos de voluntariado específico sobre personas mayores que se organizan desde las universidades españolas (Sitges et al., 2017 prensa). En este estudio se observó que los cursos específicos de voluntariado con personas mayores más frecuentes son los que promueven la participación de voluntarios universitarios en programas de acompañamiento para reducir la soledad de las personas mayores. Estos programas de acompañamiento se ofertan a través de entidades de voluntariado específicas, como las fundaciones “Amigas de las Personas Mayores”, y los voluntarios universitarios realizan el acompañamiento en domicilios y residencias de ancianos. Además, se comprobó que los cursos de voluntariado ofertados no se diseñan desde las universidades, sino que se elaboran desde las entidades de voluntariado. Sin embargo, las universidades ejercen un papel de apoyo para las entidades del tercer sector ya que ayudan a sensibilizar y formar a voluntarios universitarios para que colaboren en sus proyectos.

### *Formación de voluntarios universitarios.*

Como se ha comentado al inicio del capítulo, el Programa Acompaña-Té está integrado por un proyecto de formación de voluntarios y un proyecto de intervención psicosocial para acompañar a personas mayores de 65 años que viven solas en la comunidad.

La formación de los voluntarios se realiza a través de un curso de voluntariado específico para el acompañamiento de personas mayores que tiene una duración de 50 horas, en las que 25 horas son de formación teórica y 25 horas son de formación práctica, donde los voluntarios universitarios realizan la intervención psicosocial de acompañamiento a personas mayores que viven solas en Elche.

Los contenidos y actividades del curso de formación teórica y de la intervención psicosocial de acompañamiento se diseñaron teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la literatura científica, las buenas prácticas de voluntariado de las entidades del tercer sector y los contenidos incluidos en la formación específica de voluntariado ofrecida en otras universidades españolas.

En relación al diseño de la formación teórica del curso, se realizó una consulta a expertos que trabajan con personas mayores (tabla 7) y que pertenecen a diferentes ámbitos profesionales (científico-académico, administración pública y tercer sector) con el fin de validar la propuesta de los contenidos.

Tabla 7. Expertos consultados para la validación de los contenidos teóricos de la formación teórica de los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té.

<b>Experto consultado</b>	<b>Puesto ocupado</b>
<b>Experto 1</b>	Presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología, Profesora Titular de Psicología Social de la Universidad de Valencia.
<b>Experto 2</b>	Directora Provincial de Voluntariado y Participación de la Cruz Roja de Alicante.
<b>Experto 3</b>	Técnico Directora del Programa de Mayores y/o con Discapacidad de la Cruz Roja de Alicante.
<b>Experto 4</b>	Trabajadora Social y Directora del Centro Social Llorca Llinares de Benidorm.

La participación de los expertos se solicitó por diferentes vías (reuniones, correo electrónico y teléfono) y, para recoger los datos, se elaboró un formulario con los contenidos incluidos en cada sesión teórica y se facilitó el mismo a los expertos para realizar la valoración de cada ítem (contenido) y proponer sugerencias de mejora. Para el análisis de resultados, se sumaron las puntuaciones de los expertos asignadas a cada ítem de contenidos y se estimaron las puntuaciones medias de los mismos. De este modo, se incluyeron en el curso todos los ítems puntuados con valores superiores a tres puntos, se descartaron los contenidos con una puntuación media menor a tres y aquellos contenidos que tuvieron una puntuación igual a tres puntos se revisaron y adecuaron siguiendo las recomendaciones de los expertos.



La propuesta final de formación de voluntariado universitario se presentó desde el Vicerrectorado de Cultura y Extensión Universitaria al Consejo de Gobierno de la UMH. El 21 de marzo de 2016 se recibió definitivamente la aprobación para la puesta en marcha del proyecto formativo titulado **“Curso de Voluntariado Específico para el Acompañamiento de Ancianos que Viven Solos”** dentro del Programa Integral para mayores SABIEX (apéndice 1).

#### *Coordinación con otras instituciones: Convenios de colaboración.*

Desde SABIEX se ha apostado siempre por el trabajo en red y el fomento de la colaboración entre instituciones que trabajan por y para las personas mayores. Por ello, el 18 de marzo de 2014 se firmó un convenio de colaboración con la Cruz Roja Española (CRE) de Alicante (apéndice 2) con la finalidad de *“fomentar el desarrollo de proyectos y experiencias en el campo del voluntariado y la formación, en el colectivo de mayores de 55 años de la UMH, mediante la ejecución de programas mutuos en las áreas correspondientes al ámbito de actuación mencionado, respecto a los colectivos vulnerables en el área social, empleando el intercambio de personal especializado en los campos de la docencia, la investigación, el bienestar social y la cultura en general”*. Tras este acuerdo, se celebró una reunión el 16 de diciembre de 2015 en la sede de Alicante de la Cruz Roja Española para presentar la propuesta del Programa Acompaña-Té y, en el marco de dicho convenio, desde dicha institución se ofreció apoyo y asesoramiento a SABIEX para facilitar el diseño del programa.

Al mismo tiempo, el 18 de diciembre de 2015 se presentó la propuesta del Programa Acompaña-Té a la Concejalía de Política de Mayores y, seguidamente, se mantuvieron sucesivas reuniones con las concejalías de Política de Mayores y de Bienestar Social del Ayuntamiento de Elche para perfilar el diseño y la propuesta de implantación del mismo en la ciudad. Finalmente, el 19 de mayo de 2016 se firmó un convenio de colaboración (apéndice 3) con el fin de *“establecer la colaboración entre el Ayuntamiento de Elche y la UMH para la contribución en los proyectos y/o programas que se realizan por parte del Ayuntamiento, a través de la Concejalía de Bienestar Social, destinados a personas mayores que vivan solas con el Programa de Formación de Voluntariado Específico para el Acompañamiento de Personas Ancianas que viven solas (ACOMPANÑA-TÉ)”*. Con este convenio se delimitaron las bases para poner en marcha el proyecto de intervención de acompañamiento de la

primera edición del Programa Acompaña-Té en Elche y, además, se establecieron acuerdos para la realización de la siguiente edición del programa.

Al amparo de estos convenios, ambas entidades colaboraron en la formación teórica de los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té, realizando una sesión de dos horas teóricas para informar sobre los recursos que se ofrecen para personas mayores desde éstas y, además, en el caso de la CRE de Alicante participaron también en la formación de buenas prácticas de acompañamiento domiciliario.

#### **4.1.4. ¿Cómo formar a los voluntarios universitarios para que realicen una intervención psicosocial de acompañamiento?**

La formación de los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té se realiza a través del “Curso de voluntariado específico para el acompañamiento de personas ancianas que viven solas” que se considera parte de la oferta de formación transversal de la UMH y se reconoce con dos créditos ECTS a los voluntarios universitarios que lo realicen, tal y como se contempla en la modificación del apartado 8 del artículo 12 del Real Decreto 1393/2007 modificado por el Real Decreto 861/2010 de 2 de julio.

Las 50 horas de formación que contiene el Curso se dividen en dos partes:

1. Curso teórico desarrollado en las instalaciones de la universidad, de 25 horas de duración, dividiéndose éstas en 20 horas de formación presencial y 5 de trabajo autónomo del estudiante, distribuidas, inicialmente, en cinco sesiones teóricas.
2. Prácticas de acompañamiento, donde los voluntarios universitarios acompañan durante 25 horas a personas ancianas que viven solas en Elche. En total se realizan nueve visitas de acompañamiento de dos horas y media de duración cada una. Cuando se finaliza la formación práctica, los voluntarios universitarios realizan una memoria de reflexión final sobre su experiencia y se les hace entrega un diploma de participación.

A continuación se describen los objetivos, contenidos, metodología docente y temporalización de la formación teórica que recibieron los voluntarios universitarios del Programa Acompaña-Té antes de realizar la intervención de acompañamiento que se analiza en esta investigación.

- **Objetivo de la formación teórica.**

El objetivo principal de la formación teórica es dotar a los voluntarios universitarios de conocimientos, habilidades y herramientas para acompañar a personas ancianas que viven solas. Con esta formación se pretende lograr que los voluntarios universitarios desarrollen algunas competencias que se consideran necesarias en el contexto del acompañamiento, como son la escucha activa, la empatía, la comunicación interpersonal asertiva, el respeto, el civismo, la capacidad de compromiso, la diplomacia y la solidaridad intergeneracional.

- **Objetivos y contenidos de las sesiones de formación teórica.**

**Primera sesión: La soledad en la vejez.**

**Objetivos:** entender el concepto de soledad y sus implicaciones en la salud de las personas mayores. Asimismo, concienciar sobre la necesidad de intervenir sobre este problema para reducir sus consecuencias negativas y promocionar la salud de las personas mayores.

En esta sesión se exponen los siguientes **contenidos**:

- Conceptualización de la soledad en las personas mayores.
- Causas y consecuencias de la soledad en las personas mayores.
- Intervenciones que se realizan para reducir la soledad en personas mayores.
- Motivos para realizar acompañamiento a personas mayores.

**Segunda sesión: Aproximación al acompañamiento domiciliario.**

**Objetivos:** conocer el concepto de acompañamiento y entender los factores individuales que pueden intervenir en la situación de acompañamiento.

En esta sesión se abordan los siguientes **contenidos**:

- Ventajas y dificultades de realizar acompañamiento a ancianos que viven solos.
- Factores personales que intervienen en el acompañamiento (I).
  - Historia de vida de la persona mayor y del voluntario.

- Prejuicios por cuestión de edad y otros prejuicios.
- Actividades de reflexión para realizar durante la semana.
  - Observar las consecuencias de la soledad en mi entorno.
  - Observar cómo influyen los estereotipos negativos y los prejuicios por cuestión de edad en las personas mayores.

### **Tercera sesión: Factores que intervienen en el acompañamiento domiciliario.**

**Objetivos:** profundizar en el conocimiento de los factores individuales que intervienen en el acompañamiento y, también, reconocer y reflexionar sobre la importancia de los factores sociales y relacionales que influyen en el acompañamiento domiciliario.

Los **contenidos** que se trabajan en esta sesión son:

- Factores individuales que intervienen en el acompañamiento (II):
  - Barreras o facilitadores psicológicos.
    - Atribuciones causales.
    - Control percibido (autoeficacia personal y competencia personal).
- Factores sociales y de interacción que intervienen en el acompañamiento.
  - Factores sociales.
    - Apoyo social y participación social.
  - Factores de la interacción.
    - Habilidades de comunicación.
    - Elementos de la comunicación.
    - Estilos interpersonales.
    - Habilidades sociales.
    - Empatía.
  - Iniciar y finalizar la intervención de acompañamiento.
    - Cómo presentarme y empezar el acompañamiento.
    - Cómo despedirme y terminar el acompañamiento.

### **Cuarta sesión: Voluntariado y buenas prácticas de acompañamiento.**

**Objetivos:** abordar los conceptos de voluntario y voluntariado, para saber distinguir entre las acciones voluntariosas y las acciones de voluntariado reglado a través de las

normativas correspondientes. Asimismo, se pretende conocer los programas de voluntariado con personas mayores de la CRE de Alicante y, finalmente, diferenciar buenas y malas prácticas de acompañamiento a través de la representación de papeles de acompañamiento, para establecer conjuntamente un decálogo de buenas prácticas de acompañamiento que sirva de modelo de actuación para los voluntarios universitarios.

Los **contenidos** que se desarrollan en esta sesión son:

- Introducción al voluntariado.
  - Concepto de voluntario.
  - Derechos y deberes del voluntario.
  - Tipos de voluntariado: Voluntariado social con personas mayores.
  - Entidad de voluntariado: CRE de Alicante.
- Representación de papeles de acompañamiento por parejas.
- Buenas y malas prácticas en el acompañamiento de personas mayores.

**Quinta sesión: Recursos para personas mayores en Elche e intervención psicosocial de acompañamiento con el Programa Acompaña-Té.**

**Objetivos:** conocer los recursos comunitarios de ocio y tiempo libre que existen en Elche para personas mayores con el fin de informar y enseñar dichos recursos durante la parte práctica de la formación. Además, se pretende enseñar y relacionar con lo aprendido los componentes psicosociales integrados en la intervención de acompañamiento y explicar la programación de actividades incluidas en la intervención de acompañamiento.

Los **contenidos** incluidos en esta sesión son:

- Recursos comunitarios para la promoción del envejecimiento activo y saludable de las personas mayores en la ciudad de Elche.
- Guía para realizar la intervención de acompañamiento.
- Dudas y reflexiones finales previas a la realización de las prácticas de acompañamiento.

- **Metodología de la formación teórica.**

La metodología que se emplea en el curso es dinámica y participativa. Básicamente se centra en la realización de dinámicas grupales, trabajo en grupo y juegos de representación de papeles. Para la presentación de contenidos teóricos se realizan lecciones expositivas y participativas y, con el fin de fomentar el razonamiento crítico y reflexivo de los contenidos, se realizan actividades individuales entre sesiones, se resuelven casos prácticos, se ven vídeos y documentales y se discute y debate en grupo para intercambiar opiniones y enriquecer el aprendizaje de los participantes.

- **Temporalización de la formación teórica de la primera edición del Programa Acompaña-Té.**

Para la planificación de la formación teórica (tabla 8) se distribuyeron las cinco sesiones de teoría en sesiones de viernes por la tarde y sábados por la mañana durante el mes de abril. Sin embargo, teniendo en cuenta que, además de las actividades de acompañamiento, los voluntarios tenían que realizar algunas tareas implicadas en la investigación que aquí se presenta (que se especifican en el apartado 4.2.2., en la validación de los materiales utilizados en la intervención), se decidió realizar una sesión informativa extra en el mes de mayo. Esta sesión sirvió para orientar y resolver las dudas de los voluntarios universitarios surgidas tras la lectura de la “guía para el acompañamiento” facilitada en la última sesión de teoría.

Tabla 8. Cronograma de las sesiones de teoría del Programa Acompaña-Té

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión Extra
15 abril	16 de abril	22 de abril	23 de abril	29 de abril	6 de mayo
Tarde <sup>(a)</sup>	Mañana <sup>(b)</sup>	Tarde	Mañana	Tarde	Tarde

Nota: <sup>(a)</sup> horario de 16.00 a 20.00 horas y <sup>(b)</sup> horario de 10.00 a 14.00 horas.

#### **4.1.5. ¿Cuáles son los principios de la intervención del Programa Acompaña-Té?**

Las ideas fundamentales que rigen la conceptualización del Programa Acompaña-Té y su intervención de acompañamiento se basan en los principales textos desarrollados para defender los derechos de las personas mayores. Particularmente, se han fundamentado en los principios descritos por las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991) y en los principios que dirigen las intervenciones sociales referidos en el libro “*La Atención Gerontológica Centrada en la Persona*” (Martínez, 2011). Así, se han establecido seis principios de la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té y de las personas mayores que participan en el mismo. Estos principios marcan la ética y establecen el código de conducta que deben tener los voluntarios universitarios que acompañen a las personas mayores y, por consiguiente, el respeto de estos principios se presume fundamental para desarrollar una intervención ética y de calidad.

- *Autonomía.* Las personas acompañadas son las que deben decidir libremente si quieren participar en la intervención y en las actividades propuestas. Además, tienen derecho a negarse a participar y a revocar su consentimiento informado, sin necesidad de justificación alguna.
- *Dignidad.* Las personas acompañadas deben ser tratadas con respeto, recibir un trato digno, independiente de su edad, sexo, raza, diversidad funcional u otras condiciones.
- *Autorrealización.* Las personas acompañadas deben tener oportunidades para desarrollar su potencial y tener acceso a los recursos sociales de su entorno.
- *Participación.* Las personas acompañadas deben permanecer integradas en la sociedad y deben poder compartir su conocimiento con las generaciones más jóvenes, como los voluntarios universitarios que les acompañan.
- *Individualidad.* La intervención de acompañamiento debe ser flexible y adaptarse a las características personales de las personas mayores. Así, los voluntarios universitarios deben esforzarse por adaptar la intervención de acompañamiento a las características individuales de las personas a las que acompañan.
- *Independencia.* La intervención de acompañamiento pretende prevenir la soledad y promocionar la salud de las personas mayores acompañadas para promover su independencia en un contexto de envejecimiento activo y saludable.

Siguiendo estos principios, la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té se ha adaptado a las personas mayores que participan en el programa para fomentar su independencia y promover su envejecimiento activo y saludable (figura 17).

“**ADAP**tación del programa al **Individuo** para fomentar su **Independencia**”



Figura 17: Principios de la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té  
Fuente: Elaboración propia. Imagen extraída de Pixabay ©

#### 4.2. Diseño de la intervención del Programa Acompaña-Té

La intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té es una intervención psicosocial de aplicación individual (persona voluntaria - persona acompañada) que se fundamenta en los principios de la promoción del envejecimiento activo y saludable.



#### **4.2.1. Objetivos de la intervención del Programa Acompaña-Té.**

El **principal objetivo** de la intervención de acompañamiento es reducir o prevenir la soledad de las personas mayores que viven solas y promocionar su envejecimiento activo y saludable.

Para lograrlo, la intervención se centra en modificar el control percibido y la participación social de las personas mayores acompañadas, ya que, como se ha expuesto anteriormente, son determinantes de la soledad de las personas mayores y son factores psicosociales susceptibles de ser modificados a través de intervenciones psicosociales. Por lo tanto, se plantean **dos objetivos específicos** en la intervención:

- I. Aumentar el control percibido de las personas que reciben el acompañamiento, para que perciban mayor competencia personal y autoeficacia para hacer frente a las situaciones de soledad que puedan surgir en su vida diaria.
- II. Motivar e incentivar la realización de actividades sociales dentro del entorno más cercano, para aumentar el contacto social con otras personas y la participación social de las personas acompañadas.

#### **4.2.2. Fundamentos teóricos y empíricos de la intervención.**

Los fundamentos teóricos que han servido de base para el diseño de la intervención se han extraído del Modelo de Discrepancia Cognitiva (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981) y el Modelo de Cacioppo y Hawkley (2009) que ya han sido descritos. Integrando los supuestos de ambos modelos y las variables psicosociales seleccionadas, se entiende que las *atribuciones causales disfuncionales*, que se consideran variables mediadoras de la experiencia de soledad (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981), pueden reducir el control percibido de las personas mayores solitarias y, a su vez, facilitar la aparición de sentimientos de soledad. Del mismo modo, comportamientos disfuncionales como la *evitación de situaciones sociales, el aislamiento social o la interacción negativa con las personas del entorno* (Cacioppo y Hawkley, 2009) pueden reducir la participación social de las personas mayores y aumentar sus niveles de

soledad. Por tanto, si se interviene sobre las cogniciones que median la experiencia de soledad y se motiva la participación social en el entorno se estará actuando para reducir y/o prevenir la soledad de las personas mayores que viven solas.

Por otro lado, para reducir la soledad de las personas mayores Masi et al. (2011), demostraron que las intervenciones más eficaces para reducir la soledad son aquellas que se centran en modificar los pensamientos desadaptados a través de técnicas cognitivo-conductuales y, asimismo, comprobaron que las terapias individuales podían ser igual de efectivas que las grupales (S. Cacioppo et al., 2015; Masi et al., 2011). Del mismo modo, se ha indicado que las intervenciones educativas focalizadas en mantener y mejorar las redes sociales (Cohen-Mansfield y Perach, 2015) y las intervenciones participativas y fundamentadas en bases teóricas (Dickens et al., 2011) también son efectivas para reducir la soledad en personas mayores.

Así pues, estos fundamentos teóricos y empíricos han servido para justificar la elección de un enfoque psicosocial en la intervención y del formato individual de acompañamiento. De este modo, para intervenir sobre los determinantes psicosociales mencionados, se realizan actividades de acompañamiento basadas en técnicas cognitivo-conductuales para mejorar el control percibido y la participación social de la persona acompañada, concretamente, se utiliza el entrenamiento atribucional para aumentar el control percibido y, en segundo lugar, se promueve la activación conductual para aumentar la participación social. Asimismo, la intervención “uno a uno” permite respetar los principios que rigen el programa, adaptar el acompañamiento a las características de la persona e intervenir sobre los aspectos cognitivos y conductuales en su entorno, procurando un clima de confianza y seguridad para la persona mayor acompañada.

De este modo, mediante la intervención sobre los predictores de la soledad (control percibido y participación social) se espera que la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té reduzca y prevenga los sentimientos de soledad y promueva el envejecimiento activo de las personas mayores que reciben el acompañamiento ofrecido por los voluntarios universitarios.

### **4.2.3. Componentes de la intervención.**

Los componentes de la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té son:

1. **La conversación.** Es el componente social y de interacción de la intervención, y se considera esencial para crear una buena relación durante el acompañamiento entre la persona voluntaria y la persona acompañada.
2. **El entrenamiento atribucional.** Es el componente cognitivo de la intervención, que pretende promover atribuciones causales deseables que aumenten el control percibido de la persona ante las situaciones de soledad.
3. **La activación conductual.** Es el componente conductual de la intervención, que persigue motivar a la persona a reforzar sus relaciones sociales y participar en actividades sociales agradables que impliquen la interacción con otras personas.

En los siguientes apartados se explica en detalle cada componente, sus fundamentos teóricos y el modo en que se trabajan en la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té.

#### *COMPONENTE 1: Estimulación de la conversación.*

Como en cualquier etapa del ciclo vital, las personas mayores necesitan comunicarse con su entorno para expresar sus ideas, opiniones y sentimientos, fomentar su sentimiento de pertenencia a un grupo, mantener relaciones sociales y una imagen de sí mismas que corresponda con la realidad (Rodríguez, 2009). Es decir, la conversación es una herramienta que permite a las personas mayores comunicarse con otros para mantener su identidad. Sin embargo, en ciertas ocasiones, la identidad de estas personas está contaminada por la presencia de estereotipos y prejuicios negativos hacia la vejez que se encuentran extendidos en la sociedad. El prejuicio por cuestión de edad, más conocido en el ámbito gerontológico como “ageism”, en los países de habla inglesa, o “viejismo” en los de habla hispana, provoca actitudes negativas hacia la vejez que impactan en la imagen que las personas mayores tienen de sí mismas y, a su vez, tiene efectos negativos sobre la salud y el bienestar de éstas (Sargent-Cox, 2017).

En esta intervención de acompañamiento, se propone incluir este componente para favorecer conversaciones basadas en el respeto mutuo, evitando la influencia de estereotipos y prejuicios que puedan generar ruido en el proceso de comunicación con la persona acompañada. Además, se procura orientar las conversaciones hacia las potencialidades y capacidades que tienen las personas acompañadas y hacia las oportunidades de control que tienen en el momento presente para relacionarse con las personas de su entorno y participar socialmente. Así mismo, estas conversaciones ofrecen la oportunidad de compartir recuerdos personales e historias de vida que conforman la identidad de las personas mayores acompañadas.

Esta orientación de las conversaciones está basada en el enfoque de la resiliencia que, siguiendo a Hernández (2010), trabaja desde las capacidades y las fortalezas de las personas para conseguir cambios. Esto implica sustituir el obsoleto enfoque asistencial “paternalista” por un nuevo enfoque, en el que la persona es la experta y la que ejerce control sobre la situación. En este sentido, los voluntarios reciben formación previa para fomentar y motivar la expresión libre de pensamientos, sentimientos y deseos de las personas mayores que acompañan, siempre orientando la conversación hacia las potencialidades y las historias de éxito que han vivido éstas, con el fin de favorecer una imagen positiva de sí mismas. Asimismo, el voluntario debe escuchar activamente las narraciones que la persona cuenta, procurando mantener una actitud de interés sincero, de respeto incondicional y de responsabilidad respecto a la privacidad de las historias compartidas.

Por tanto, y como se ha indicado anteriormente, la conversación se presume un pilar fundamental para el acompañamiento y, además, es un aspecto muy apreciado por las personas mayores que son acompañadas. De hecho, McNeil (1995) comprobó que solo con la conversación se incrementaban los niveles de felicidad de las personas mayores que participaban en su programa de acompañamiento, en el que se incluían visitas a domicilio y salidas para pasear (datos del estudio extraído en Andrews, Gavin, Begley y Brodie, 2003). En este sentido, Andrews et al. (2003), en el marco de la teoría fundamentada, analizaron la experiencia de 13 personas que recibían un programa de befriending (*Age Concern Buckinghamshire*) y encontraron que uno de los temas relevantes para las personas mayores entrevistadas era la intimidad y la reciprocidad

que sentían con la persona que les acompañaba, tanto es así que algunos entrevistados lamentaban la pérdida de compañía porque también perdían conversaciones estimulantes. En este sentido, según afirmaban algunas personas entrevistadas, en los centros sociales a los que acudían o en los grupos con los que hacían actividades sociales no tenían el tipo de conversaciones que podían mantener con su acompañante. Así, el estudio concluye que la conversación es una parte importante y valorada por las personas que reciben acompañamiento.

### *COMPONENTE 2: Entrenamiento Atribucional (EA).*

En cuando a la relación entre el control percibido y la soledad, a nivel empírico se ha encontrado cómo las personas mayores que tienen atribuciones causales inadecuadas (externas e incontrolables) y bajo control percibido desarrollan soledad con el paso del tiempo (Newall et al., 2014; Newall, 2010; Newall et al., 2009).

Lachman et al. (2011) señalan que el control percibido es un aspecto de la persona mayor que puede ser modificado y sugieren, para ello, desarrollar programas que optimicen el envejecimiento saludable. De este modo, las intervenciones para aumentar el control de las personas mayores se han aplicado, principalmente, con el objetivo de mejorar la salud física, por ejemplo, en intervenciones para aumentar el control percibido sobre la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria o para prevenir caídas y para mantener el funcionamiento cognitivo, en concreto, para mejorar la percepción de control sobre el funcionamiento de la memoria (para ampliar las características de estos programas dirigirse a Lachman et al., 2011; Weinberg, 2001).

Se ha sugerido que las intervenciones que han mostrado mejores resultados para modificar el control percibido en personas mayores son las que combinan aspectos cognitivos y conductuales, como el uso de estrategias cognitivas para reestructurar o modificar cogniciones desadaptadas por otras más deseables (Lachman et al., 2011; Weinberg, 2001). Del mismo modo, se ha considerado que el entrenamiento cognitivo a través de la modificación de pensamientos desadaptados es la mejor intervención para reducir la soledad (Masí et al., 2011), sin embargo, aunque se han dado algunos

ejemplos de este tipo de intervención (S. Cacioppo et al., 2015), no se ha establecido aún cuáles son las intervenciones o técnicas más efectivas para promover cambios en las cogniciones negativas de las personas mayores.

Considerando estos aspectos, se ha decidido seleccionar el entrenamiento atribucional (de aquí en adelante se refiere <<EA>>) como estrategia cognitiva en la intervención de acompañamiento para mejorar el control percibido y, por consiguiente, prevenir la soledad de las personas mayores que viven solas.

El EA es una técnica cognitiva que se utiliza para modificar las atribuciones causales de las experiencias de fracaso de las personas. Principalmente, con esta técnica se intenta enseñar que muchas de las experiencias de fracaso son debidas a la falta de esfuerzo, de manera que se intenta promover el desarrollo de atribuciones causales internas, inestables y controlables (Försterling, 1985; Weinberg, 2001). El cambio atribucional se enseña mostrando las atribuciones indeseables y poco adaptativas, que son aquellas que provocan sentimientos de fracaso, ineficacia o impotencia, y las atribuciones deseables que, al contrario, generan estados de autoeficacia, control y éxito. Guarda gran similitud con la terapia cognitiva, pero con la diferencia de que el EA no pretende enseñar atribuciones más realistas, sino “atribuciones más deseables” (Försterling, 1985, p. 510). Esta técnica se fundamenta en los principios de la Teoría Atribucional de Weiner (1992) que explica el motivo de logro de las personas desde una perspectiva cognitiva. Esta teoría defiende la idea de que las personas explican las situaciones de éxito y fracaso utilizando atribuciones causales que pueden variar en función de tres dimensiones: el lugar donde se atribuye la causa (interno o externo al individuo), la estabilidad de esa causa a lo largo del tiempo (estable o inestable) y si el individuo tiene la capacidad de modificar la causa a través de sus intenciones (controlabilidad o incontrolabilidad). De manera que, si una situación de fracaso (por ejemplo, llamar a una de mis hijas para invitarle a comer a casa el domingo y que ésta rechace la invitación) se explica a partir de atribuciones internas sobre la falta de habilidad, estables e incontrolables (por ejemplo, “no viene porque soy vieja y se aburre comiendo conmigo”), la persona se va a sentir incompetente y triste, por lo que desistirá en su intento o evitará realizar en el futuro ese comportamiento (siguiendo el ejemplo, pensar que no le invitaré más a comer). Al contrario, si se

atribuye esta situación a la falta de esfuerzo, que es una causa interna, inestable y controlable (continuando con el mismo ejemplo, a lo mejor si pienso que mi hija no puede el domingo, pero yo podría haberle dado más opciones para poder quedar a comer otro día), la persona se va a sentir más capaz de realizar el comportamiento en el futuro, porque depende de su esfuerzo y también se va a sentir más motivada a seguir realizando el comportamiento futuro (finalizando el ejemplo, llamaré de nuevo a mi hija para preguntarle si puede quedar otro día).

El EA también se asienta en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1986, 1997), en la que se sostiene la idea de que la retroalimentación recíproca entre la actuación (o el desempeño del comportamiento) y la autoeficacia está mediada por las atribuciones causales, internas o externas, que el individuo percibe sobre su actuación. Por tanto, las atribuciones causales que la persona realiza de su comportamiento tienen un papel mediador importante en el desarrollo de su autoeficacia (Stajkovic y Sommer, 2000). De manera que, promover atribuciones causales más deseables, mejora la autoeficacia personal, lo que aumenta la probabilidad de que se ejecuten los comportamientos que se desean promover en las personas mayores en el futuro.

Esta técnica atribucional se ha aplicado tradicionalmente en el contexto educativo mostrando ser una intervención eficaz para mejorar los resultados académicos de los estudiantes universitarios (Haynes, Perry, Stupnisky y Daniels, 2009). Por su parte, en el ámbito de la salud de las personas mayores también se han encontrado buenos resultados al aplicar el EA en combinación con técnicas conductuales, siendo eficaz para aumentar la actividad física (caminar) y la calidad de vida en personas mayores sedentarias (Sarkisian, Prohaska, Davis y Weiner, 2007) y para aumentar el control percibido sobre las capacidad funcional futura, la salud y la vida en general en personas mayores que realizan rehabilitación en unidades geriátricas (Weinberg, 2001). Como se puede ver en estos ejemplos dentro de los programas de promoción de la salud el EA ayuda a mejorar la motivación y promover cambios de conducta en las personas mayores.

Para el abordaje de la soledad en el Programa Acompaña-Té, el uso del EA se presume que ayudará a aumentar el control percibido sobre la soledad en las personas mayores que viven solas. Además, la aplicación de esta técnica supone una innovación en la

intervención de la soledad con personas mayores, puesto que no se han encontrado estudios que hayan aplicado previamente esta técnica para mejorar la salud socioemocional de las personas mayores.

El objetivo de usar el EA en esta intervención de acompañamiento es enseñar a las personas acompañadas atribuciones causales que se basen en el esfuerzo (atribuciones internas, inestables, controlables) para aumentar el control que perciben para afrontar futuras situaciones de soledad. Concretamente se interviene sobre dos situaciones sociales relacionadas con la aparición de los sentimientos de soledad, la baja cantidad y calidad de las relaciones sociales y la baja participación en actividades sociales en el entorno que realizan estas personas.

Para la aplicación de la técnica, se ha seguido el modelo de intervención de EA aplicado por Weinberg (2001) en su tesis doctoral con personas mayores frágiles que realizaban rehabilitación en unidades geriátricas de Manitoba (Canadá). Para desarrollar los materiales de su intervención, la autora se basó en los trabajos sobre el EA de Perry y su equipo en el ámbito académico de educación superior. En sus trabajos, mostraron que una sesión de EA es suficiente para provocar cambios en los estudiantes y, además, que el EA es más eficaz cuando se combina el uso de vídeo, discusión en grupo y folletos (para extender la información sobre los estudios de Perry dirigirse a Weinberg, 2001).

En la intervención de acompañamiento del Programa Acompaña-Té el EA se realiza durante las sesiones 2 y 3 de acompañamiento. En éstas, se muestra un vídeo a la persona acompañada, seguidamente se discuten las atribuciones causales y el comportamiento de los modelos observados y, finalmente, se entrega un folleto de EA para facilitar el recuerdo y consolidar lo aprendido durante las sesiones de EA.

a) **Desarrollo de los materiales para el EA.**

Las herramientas empleadas para el EA (vídeos, folleto y discusión) se han diseñado tomando como ejemplo los materiales desarrollados por Weinberg (2001) y los principios teóricos en los que se fundamenta la intervención, esto es, la Teoría Atribucional de Weiner (1992) para generar atribuciones causales deseables y



aumentar la percepción de control sobre la soledad y la Teoría Social-Cognitiva de Bandura (1986, 1997) para crear estilos atribucionales adecuados que aumenten la autoeficacia para afrontar las situaciones de soledad que puedan surgir en el futuro y mostrar modelos adecuados de afrontamiento para estimular el aprendizaje por observación (Bandura, 1997).

**a. Vídeos para el EA.**

Se han elaborado dos vídeos de EA titulados “La soledad te envuelve: No estoy solo porque soy viejo, sino porque no me relaciono”. Para el desarrollo de estos vídeos, se escribieron los guiones y dos investigadoras analizaron los textos para comprobar que el contenido de éstos se ajustaba a los fundamentos teóricos y de intervención de la técnica de EA. Una vez comprobado, se solicitó la colaboración del grupo de teatro “Tarántula” de SABIEX para desarrollar los papeles de los modelos que se muestran en los vídeos. Cuatro actores mayores de 55 años se ofrecieron voluntarios para realizar la grabación y, con el fin de que se familiarizaran con la técnica de EA, se mantuvo una sesión informativa para que tuvieran en consideración la importancia de ajustarse al papel descrito en los guiones. Finalmente, se grabaron los vídeos con la ayuda de un técnico en Comunicación Audiovisual y el asesoramiento del director del grupo de teatro.


El primer vídeo (tabla 9), se centra en el control percibido sobre el manejo de las relaciones interpersonales con personas cercanas de una mujer mayor que vive sola.

Tabla 9. Características del vídeo Entrenamiento Atribucional 1

<p>Vídeo EA 1: “La soledad te envuelve 1”.</p> <p>Historia: Encarna va a visitar a su amiga Rosa y ésta se queja de que sus hijos no le llaman ni le visitan y se siente muy sola desde que falleció su marido. Encarna le muestra el ejemplo positivo de su hermana, que pasó por una situación similar y lo afrontó de una manera positiva.</p>	
<p><b>MODELO ATRIBUCIONAL NEGATIVO</b> Rosa</p>	<p><b>MODELO ATRIBUCIONAL POSITIVO</b> Encarna y el ejemplo de su hermana</p>
<p>Atribución externa, estable e incontrolable. Rosa piensa que la causa de su soledad es la muerte de su marido. Tras esta situación ella echa en falta la compañía y cree que son sus hijos los que deberían visitarle. Atribución interna, estable e incontrolable. Rosa también cree que ya no puede hacer nada para cambiar su situación de soledad porque es vieja.</p>	<p>Atribuciones internas, inestables y controlables. Encarna comenta el caso de su hermana, que afrontó una situación similar de una manera positiva porque ella creía que, si se esforzaba en mantener el contacto con su familia y amigos, se sentiría menos sola, por lo que siempre intentaba mantener buenas relaciones con sus seres queridos. Por tanto, ella creía que dependía de ella la situación. Hace hincapié en ello para que Rosa vea que depende de ella y si se esfuerza en ello conseguirá sentirse mejor.</p>

El segundo vídeo (tabla 10), se focaliza en el control percibido para participar en actividades sociales en el entorno y salir de casa de un señor mayor que vive solo.

Tabla 10. Características del vídeo Entrenamiento Atribucional 2.

<p>Vídeo EA 2: “La soledad te envuelve 2”</p> <p>Juan le cuenta a su hermana Susi cómo han cambiado sus sentimientos y su situación de soledad desde que empezó a ir al Centro Social de su barrio y a participar en actividades sociales fuera de casa.</p>	
<p><b>MODELO ATRIBUCIONAL NEGATIVO</b> Juan antes</p>	<p><b>MODELO ATRIBUCIONAL POSITIVO</b> Juan después</p>
<p>Atribución interna, estable e incontrolable. Juan comenta al principio que tras enviudar y jubilarse se había sentido muy solo y triste. Pensaba que esa situación no iba a cambiar porque él ya era viejo y creía que ya no era capaz de implicarse en nuevas actividades. Pensando así, se pasaba los días solo, aislado en casa y viendo la tele. Toda su familia se preocupaba por él, pero él se sentía solo e incapaz de cambiar.</p>	<p>Atribución interna, inestable y controlable. Juan le comenta a Susi que su situación cambió cuando fue con su hija al centro social y empezó a ir allí a jugar al Mus. Ahora cree que con un poco de esfuerzo puede realizar más actividades y participar socialmente y eso disminuye sus sentimientos de soledad. Además, se siente más motivado para participar en nuevas actividades e intenta animar a su hermana a que participe en alguna actividad con él.</p>

Cada vídeo tiene una duración aproximada de 13 minutos y se organiza en tres partes:

1. Introducción y contextualización (duración aproximada 1 minuto). Al principio se identifican las dos personas mayores (modelos) que van a aparecer en la historia que se desarrolla en el vídeo y se hace una breve presentación de cada una. Seguidamente aparece la psicóloga (coordinadora del programa) que introduce el tema del vídeo que van a ver y explica cómo los pensamientos pueden influir de manera positiva o negativa en las situaciones de interacción social y relación con otras personas. El primer vídeo se refiere a situaciones de fracaso o éxito en las relaciones sociales con personas cercanas y, el segundo, a situaciones de fracaso o éxito a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa.
2. Modelo atribucional negativo y modelo atribucional positivo (duración aproximada 8 minutos). En esta parte del vídeo se presentan dos modelos atribucionales distintos, uno negativo (no deseable) y otro positivo (deseable), que se enfrentan a situaciones habituales relacionadas con la soledad de las personas mayores. En la representación de papeles aparecen dos personas manteniendo una conversación sobre una situación socioemocional concreta que, al principio, produce sentimientos de soledad y tristeza al protagonista que hace el rol de “modelo atribucional negativo”. Posteriormente, se enseña el cambio de atribuciones a partir de experiencias personales (aprendizaje por condicionamiento instrumental) o experiencias de otras personas (aprendizaje observacional) que se relatan en el vídeo. Por tanto, primero se muestra el modelo negativo que presenta atribuciones causales internas, estables e incontrolables (por ejemplo, una situación social desagradable se atribuye a la edad y la falta de capacidad) y tiene consecuencias comportamentales y emocionales desadaptativas (por ejemplo, conductas de aislamiento e inactividad y emociones de soledad, tristeza y resignación). Posteriormente, se muestra un modelo alternativo positivo, en el que se exponen atribuciones causales internas, inestables y controlables (por ejemplo, una situación social positiva se atribuye al esfuerzo personal) y tiene consecuencias conductuales y emocionales positivas y adaptadas (por ejemplo, relacionarse y participar socialmente y sentir alegría y satisfacción).
3. Conclusión en relación a los conceptos (duración 4 minutos). En la parte final la psicóloga vuelve a intervenir para resumir la información fundamental del vídeo y reforzar la información presentada por los modelos. Se ofrece una explicación simplificada de las atribuciones causales y las consecuencias conductuales y emocionales que tienen en los modelos, fundamentando dichas explicaciones en los

principios de las teorías de Weiner (1992) y Bandura (1986, 1997), descritas previamente.

El diseño de la estructura de los vídeos se ha realizado teniendo en consideración las características del funcionamiento cognitivo de la población mayor (Fernández-Ballesteros, 2008), donde los cambios en las funciones ejecutivas producen un enlentecimiento en el procesamiento de la información y esto provoca dificultades en el aprendizaje de nueva información en las personas mayores. Por ello, para evitar el olvido de la información presentada en los vídeos y la dispersión de la atención de las personas durante el visionado de los mismos, los vídeos se ajustan a las siguientes características:

- Duración corta. De esta manera se consigue que se mantengan los recursos atencionales sin esfuerzo.
- Identificación y contextualización previa de los personajes. Se pretende ahorrar recursos atencionales para facilitar la identificación posterior de los personajes y captar el tema que van a tratar en el vídeo. De esa manera, cuando los modelos están conversando, solo tienen que atender a lo que dicen los personajes.
- Repetición de los conceptos. Tanto en la actuación de los personajes como en la información que se ofrece al finalizar el vídeo, se emplea la repetición para facilitar la codificación de la información.
- Organización de la información. La información más importante, no solo se repite, sino que se organiza teniendo en cuenta los beneficios de la posición seriada de la información en la codificación (efectos de primacía y recencia), por lo tanto la información más relevante se incluye al principio y al final del vídeo.

#### **b. Folleto para el EA.**

El folleto (apéndice 4) es una herramienta que le permite al voluntario realizar la discusión de creencias y el EA. Este recurso se entrega a la persona en la segunda sesión de acompañamiento para que pueda consultar y recordar lo discutido entre sesiones. En la figura 18 se muestra un ejemplo, extraído del folleto de EA, referido a las atribuciones no deseables ante situaciones de inactividad y baja participación social y su alternativa más deseable para facilitar el cambio de atribuciones. El folleto

se ha desarrollado teniendo en cuenta otros ejemplos (Haynes et al., 2009; Weinberg, 2001).

<p>“Soy muy viejo para participar en las actividades sociales del centro social o del barrio, esas cosas son para los jóvenes” ☹ →.</p>	<p>A veces limitamos nuestras oportunidades poniéndonos barreras mentales de lo que debemos o no hacer a nuestra edad. Pero esas barreras las elegimos nosotros. Las personas eligen lo que quieren hacer a cualquier edad. Hay personas de 80 años que se casan, otras de 90 que terminan tesis doctorales y otras que se tiran de un paracaídas a esta edad.</p> <p><b>¿Qué actividades te gustaría hacer?</b> <b>¿Has intentado hacerlas?</b> 😊</p>
---	--

*Figura. 18:* Ejemplo de atribuciones causales no deseables y deseables del folleto de Entrenamiento Atribucional  
Fuente: Elaboración propia.

### **c. Discusión sobre el contenido de los vídeos.**

Para que los voluntarios universitarios aplicasen el EA a través de los vídeos y de la discusión con el folleto de las atribuciones causales inadecuadas, previamente éstos fueron adiestrados en la técnica durante la formación teórica. En esta parte de la formación se pretende que el voluntario conozca las dimensiones del proceso atribucional, reconozca los tipos de atribuciones inadecuadas y adecuadas ante situaciones de éxito o fracaso, y entrene estrategias para cambiar las atribuciones. Después de la formación teórica, los voluntarios vieron los vídeos y leyeron el folleto para detectar las atribuciones de los distintos modelos y aprender estrategias para discutir las atribuciones.

Al diseñar la técnica de EA de este modo, se facilita su aplicación, puesto que los métodos utilizados para aplicar la técnica (los vídeos y el folleto) simplifican el modo de presentación de las atribuciones causales y su discusión, aspectos que, a su vez, posibilitan que se pueda aplicar mediante voluntarios entrenados para ello.

**b) Validación de los materiales creados para el EA.**

Con el fin de asegurar la validez de contenido de los vídeos de EA se ha cuidado el diseño de los mismos y se ha comprobado la comprensión del mensaje que se pretende transmitir con los participantes implicados en el programa. Para ello, se ha seguido el ejemplo del procedimiento empleado por Weinberg (2001) para validar el vídeo de EA en su estudio.

En este caso, inmediatamente después de ver cada vídeo de EA el voluntario universitario se encargó de hacer una pregunta de comprobación a la persona acompañada (*“me podría decir en una frase, ¿cuál es el mensaje o la conclusión principal que extrae del vídeo que acaba de ver?”*) y de grabar la respuesta con su teléfono móvil y facilitar el audio a la coordinadora. En total, se recogieron 17 respuestas de los participantes, porque tres voluntarios no pudieron realizar las grabaciones. No obstante, y según informaron, las personas que acompañaron sí entendieron el mensaje del vídeo. Además, cabe puntualizar que en uno de estos casos la persona tenía problemas de visión y el vídeo no se reprodujo sino que se leyeron los guiones en su lugar.

Las respuestas recogidas se transcribieron en documentos de texto. Durante las transcripciones un caso fue eliminado, porque la persona voluntaria no planteó la cuestión correctamente y se consideró que el planteamiento de la pregunta podía sesgar la respuesta de la persona mayor. Para analizar el contenido, se definieron siete temas o categorías (tabla 11) extraídas de las teorías que han servido para fundamentar el uso de la técnica de EA explicada previamente (lugar, estabilidad, controlabilidad, motivación, modelo positivo, modelo negativo, identificación), que son los aspectos que se espera que la persona “capte” del mensaje del vídeo y que transmita en su discurso al responder la pregunta planteada. Se establecieron códigos para cada categoría y se codificaron los fragmentos de los documentos que tenían relación con éstas.

Tabla 11. Definición de las categorías de los videos de Entrenamiento Atribucional para realizar el análisis de contenido

<b>Categoría (código)</b>	<b>Enfoque Teórico</b>	<b>Descripción: decisión para señalar que el código en el discurso del participante.</b>
<b>Lugar</b>		Se refiere a la dimensión <<lugar de la causa >>, concretamente a la subdimensión interna. Se localiza o atribuye la causa en la persona.
<b>Estabilidad</b>	Teoría Atribucional de (Weiner, 1992)	Se refiere a la dimensión <<estabilidad>>, en particular a la subdimensión inestable. Se entiende que las causas no son permanentes, sino que son susceptibles de cambiar a lo largo del tiempo.
<b>Controlabilidad</b>		Se refiere a la dimensión <<controlabilidad>>, en concreto a la subdimensión controlable. Se entiende que la persona tiene capacidad de cambiar la situación.
<b>Motivación</b>		Se refiere a las verbalizaciones que se centran en el esfuerzo personal por cambiar e intentar mejorar la situación a través de la voluntad personal por relacionarse o estar activo socialmente.
<b>Modelo Positivo</b>	Teoría Social Cognitiva de (Bandura, 1986, 1997)	Se cita al modelo positivo. Se identifica la conducta o las consecuencias positivas de su comportamiento.
<b>Modelo Negativo</b>		Se cita al modelo negativo. Se identifica la conducta o las consecuencias negativas de su comportamiento.
<b>Identificación</b>		Se identifica y/o identifica a otras personas con alguno de los modelos presentados.

Tras codificar todos documentos, se procedió a transformar la información cualitativa en cuantitativa. Para ello se registró en una matriz de datos en cada caso los códigos recogidos en el análisis cualitativo asignándose el valor dicotómicamente, de manera que si aparecía el código se establecía el valor “1” (1 = Sí) y si no aparecía se ponía “0” (0 = No). Tras la transformación de los datos, se realizó un análisis de respuesta múltiple de cada vídeo con el programa informático IBM SPSS Statistics 24.

Los resultados del análisis de respuesta múltiple del vídeo EA 1 (véase tabla 12) indican que los participantes han entendido el cambio atribucional presentado por los modelos de este vídeo por lo que, en general, han entendido el mensaje que se pretendía transmitir. Particularmente, sobre las atribuciones causales, la mayoría atribuye la causa de la situación de aislamiento en la persona (*interno* 70,6%) y consideran que el cambio de la situación depende de la motivación y el esfuerzo que la persona haga (64,7%). También destacan el control de la persona para cambiar la

situación de aislamiento y el carácter inestable de la situación, pero en menor medida que las otras dimensiones (58,8% y 41,2% respectivamente).

Tabla 12. Análisis de Respuesta Múltiple del Vídeo de EA 1

	Respuestas		Porcentaje de Casos	
	N (17)	Porcentaje		
Vídeo EA 1 CÓDIGOS	Lugar (Interno)	12	16.9%	70.6%
	Estabilidad (Inestable)	7	9.9%	41.2%
	Controlabilidad (Controlable)	10	14.1%	58.8%
	Motivación (Esfuerzo)	11	15.5%	64.7%
	Modelo positivo	7	9.9%	41.2%
	Modelo negativo	13	18.3%	76.5%
	Identificación con el modelo	11	15.5%	64.7%
	Total	71	100.0%	417.6%

Por otro lado, el 64,7% (11 casos) se identifican personalmente con alguno de los modelos o identifican la situación del modelo negativo como algo generalizado en el envejecimiento, por lo que ven que la situación de viudedad y de “nido vacío” en el hogar, la soledad y el distanciamiento con los hijos y otras personas es algo bastante generalizado en las personas mayores. En 13 casos (76,6%) destacan en sus discursos el comportamiento del modelo negativo y 7 casos (41,2%) el del modelo positivo.

En el caso del vídeo EA 2, los resultados del análisis de respuesta múltiple (véase tabla 13) muestran que, en general, también se ha entendido el cambio atribucional presentado por el modelo de este vídeo. Por ejemplo, la mayoría reconoce que cambiar la situación de soledad e inactividad que estaba viviendo el modelo dependía de su motivación y esfuerzo (75%) y señalan las dimensiones interna, inestable y controlable (68,8%, 62,5% y 68,8% respectivamente) para explicar las causas de su situación. En cuanto al reconocimiento de los modelos, la mayoría identifica el comportamiento y las consecuencias emocionales del modelo positivo (68,8%) y la mitad el del modelo negativo (50%). Llamativamente en el análisis del segundo vídeo son menos las personas que se identifican o identifican a alguien con el modelo (43,8%). Recordemos que en el caso que se presenta en el vídeo EA 2, la persona empieza a acudir a un centro social; puede ser que la menor identificación se deba a



que la mayoría de los participantes no acuden a este tipo de centros y por ello no se ven reflejados como sí ocurría en el caso anterior.

*Tabla 13. Análisis de Respuesta Múltiple del Vídeo de EA 2*

	Respuestas		Porcentaje de Casos	
	N	Porcentaje		
Vídeo EA 2 CÓDIGOS	Lugar (Interno)	11	15.7%	68.8%
	Estabilidad (Inestable)	10	14.3%	62.5%
	Controlabilidad (Controlable)	11	15.7%	68.8%
	Motivación (Esfuerzo)	12	17.1%	75.0%
	Modelo positivo	11	15.7%	68.8%
	Modelo negativo	8	11.4%	50.0%
	Identificación el modelo	7	10.0%	43.8%
	Total	70	100.0%	437.5%

Por tanto, en ambos análisis se ha comprobado que las personas en general captan el mensaje de cambio atribucional que se muestra a través de los modelos, destacando elementos importantes de las teorías que fundamentan la técnica. Así, los vídeos EA 1 y EA 2 se consideran apropiados como herramientas para el EA de esta intervención.

### *COMPONENTE 3: Activación conductual.*

En esta intervención la activación conductual se ha definido como el aumento de la participación en actividades sociales de las personas mayores acompañadas. El objetivo que se persigue no es el de rellenar su agenda de planes que ocupen su tiempo libre, sino más bien lograr activarles conductualmente con el fin de que desarrollen un rol más activo de participación en su entorno social inmediato, que tomen más la iniciativa en sus relaciones sociales y que se impliquen en actividades sociales gratificantes que promuevan sentimientos positivos y favorezcan su sentimiento de integración social.

El uso de este componente conductual en la intervención se fundamenta en la filosofía contextual de la Terapia de Activación Conductual (TAC) empleada en el tratamiento de la depresión y que ha mostrado gran eficacia en el tratamiento de este

problema en población mayor (Cuijpers, Karyotaki, Pot, Park y Reynolds, 2014; Gitlin, Roth y Huang, 2014). Desde su filosofía contextual, la TAC hace que la persona sea un agente activo para cambiar las condiciones reales de las que depende su problema (Pérez, 2007). En este sentido, en esta intervención de acompañamiento se intenta que la persona mayor tome conciencia de que el aislamiento y la evitación de situaciones sociales son estrategias que contribuyen a aumentar los sentimientos de soledad y perjudican su salud. Por tanto, se procura activar a las personas acompañadas para que realicen actividades sociales fuera de casa que permitan relacionarse con otras personas, vivir experiencias agradables, promover sentimientos positivos y mejorar su salud. Según refiere Pérez (2007), esta filosofía sigue la misma línea que la del modelo de ayuda psicológica de Costa y López (2006) que da “poder para vivir”, en el sentido de que intenta fortalecer a las personas en la terapia en lugar de verlas como pacientes receptores de remedios. Así, empleando este enfoque en la intervención, se entiende que la persona mayor es el agente protagonista de su cambio en la interacción que mantiene con su entorno y el voluntario debe facilitar ese rol activo de interacción, eliminando cualquier comportamiento que fomente la pasividad y la dependencia de la persona mayor.

En el caso de la soledad, el modelo descrito por Cacioppo y Hawkley (2009) indica que, cuando las personas se perciben solas, se desarrollan cogniciones sociales desadaptadas que afectan a su comportamiento social, evitando la relación con otros o relacionándose de manera más negativa con su entorno, reforzando así su percepción de soledad y creando un círculo vicioso entre las experiencias cognitivas, conductuales y emocionales de la soledad. Siguiendo este modelo, la activación conductual trataría de romper el círculo vicioso de evitación social o de aislamiento de la persona que se siente sola. Cambiando esa situación, es decir, saliendo a la calle y participando socialmente en actividades de su entorno, se ofrece a las personas mayores acompañadas la posibilidad de tener experiencias sociales agradables que pueden influir en sus expectativas y atribuciones negativas previas. Así pues, se puede observar como el objetivo de usar este tipo de experiencias conductuales es similar al que se plantean desde otras terapias cognitivo-conductuales, como la terapia cognitiva de Beck o la terapia racional emotiva de Ellis (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013), donde

el componente conductual se utiliza para promover experiencias que faciliten cambiar las distorsiones cognitivas o las creencias irracionales.

En esta intervención el componente de activación conductual se trabaja durante las sesiones 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la intervención. Para ello, los voluntarios ejercen un rol dinamizador motivando a las personas acompañadas a que realicen actividades sociales. Al principio, se motiva el recuerdo de actividades sociales que le gustaba hacer o que le gustaría hacer a la persona y se promueve la realización de alguna de estas actividades sociales agradables y conocidas (sesiones 4 y 5). Seguidamente, se informa sobre los recursos y actividades para personas mayores que hay su entorno social inmediato y se acude a conocer el recurso deseado por la persona acompañada (sesión 6). Posteriormente, se participa conjuntamente en una actividad social en dicho recurso y, tras participar en la actividad, se reflexiona sobre la experiencia vivida (sesión 7). Finalmente, la persona planifica y propone las actividades sociales que desea hacer en compañía de la persona voluntaria en las siguientes sesiones de acompañamiento (sesiones 8 y 9). De este modo, primero se motiva a la persona realizando actividades conocidas y gratificantes, seguidamente se implica en nuevas actividades que le den la oportunidad de ampliar el tipo de actividades en las que puede participar y, finalmente, la persona mayor ejerce un rol más autónomo y se encarga de proponer y planificar las actividades sociales que quiere realizar en las dos últimas sesiones.

### **4.3. Desarrollo e implementación de la intervención de acompañamiento**

#### **4.3.1. Guía para el acompañamiento.**

Se ha desarrollado una guía para el acompañamiento que pretende facilitar la ejecución de la intervención a los voluntarios universitarios que participan en el Programa Acompaña-Té. En este documento se explica cuál es el papel que debe realizar el

voluntario y cómo debe desempeñar las actividades de acompañamiento propuestas para las nueve sesiones de acompañamiento de la intervención psicosocial. Para ello, se explican de manera pormenorizada las actividades planificadas para cada sesión y se dan recomendaciones y recursos para facilitar la realización de las mismas. Además, se ponen algunos aspectos teóricos de refuerzo, para que el voluntario recuerde los fundamentos en los que se basan las actividades desarrolladas. Asimismo, al final de la guía se adjuntan anexos que el voluntario debe ir entregando a la persona acompañada en cada sesión de acompañamiento, según se especifique en la guía.

Este documento se entrega en la última sesión de la formación teórica, una vez que los voluntarios universitarios ya han adquirido todos los conocimientos necesarios para realizar el acompañamiento.

#### **4.3.2. Planificación de la intervención de acompañamiento.**

Como se ha explicado en el apartado de los componentes del programa, las actividades programadas para las sesiones de acompañamiento se han diseñado con el objetivo de reducir la soledad de las personas mayores que viven solas, a través del aumento del control percibido y de la participación social de éstas. Para conseguirlo, como se representa en la figura 19, la intervención se empieza en el hogar de la persona acompañada; esta parte se centra en conocer la historia personal y la manera de pensar del individuo. Tras establecer el vínculo con la persona, se empiezan a trabajar las atribuciones causales a través de los vídeos y el folleto de EA. Tras intervenir sobre este componente, se pasa a la “acción” planificando actividades fuera del hogar. Al principio se implica a la persona en alguna actividad familiar y agradable y luego se van introduciendo nuevas actividades sociales que impliquen la interacción con otras personas fuera su hogar.

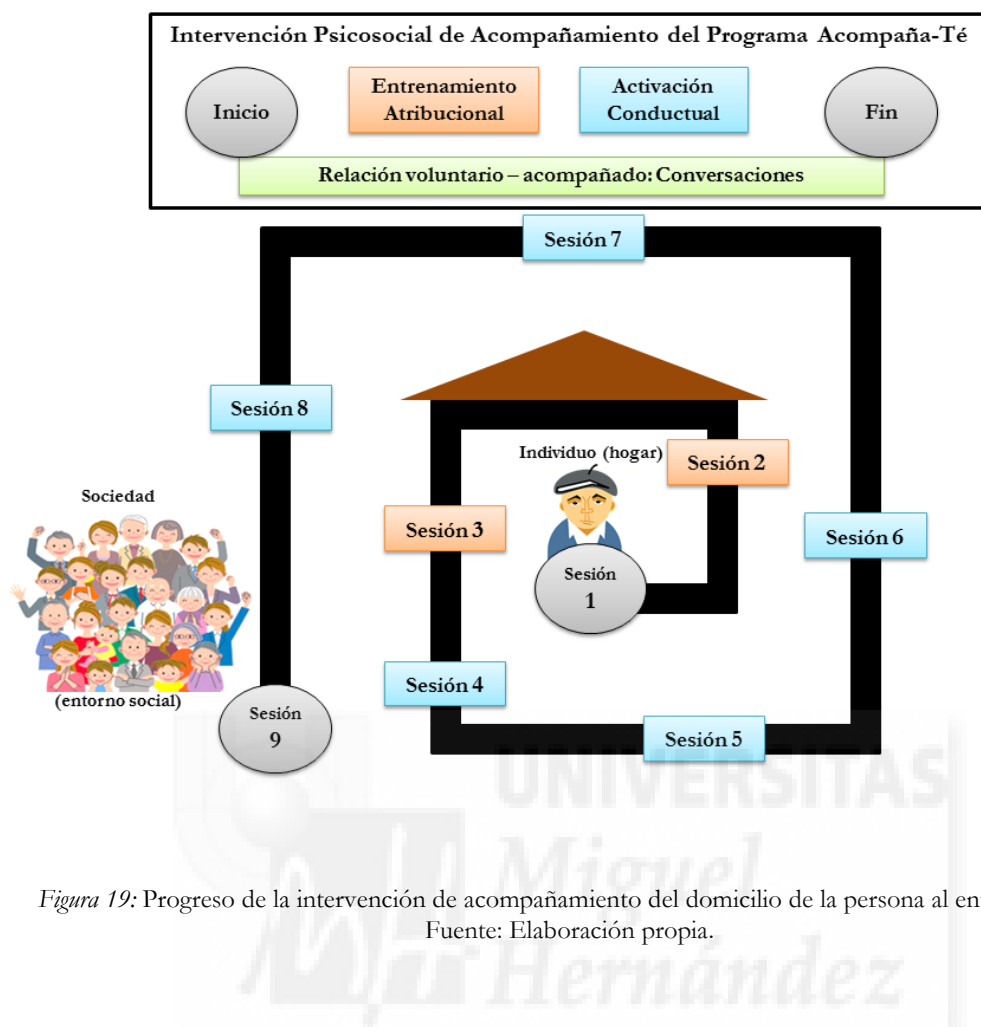


Figura 19: Progreso de la intervención de acompañamiento del domicilio de la persona al entorno social  
Fuente: Elaboración propia.

Así pues, para aclarar el procedimiento que han seguido los voluntarios durante la intervención psicosocial de acompañamiento, a continuación se detalla el título de las nueve sesiones realizadas por los voluntarios y se describen los objetivos y las actividades de cada sesión de acompañamiento.

### *Sesión 1: ¿Quiénes somos? Conociéndonos.*

El principal **objetivo** de esta sesión es que el voluntario universitario se presente siguiendo el protocolo referido por la coordinación del programa y conozca a la persona asignada, procurando establecer un clima de confianza y seguridad en el acompañamiento.

#### **Actividades:**

- Presentación. Presentarse siguiendo el protocolo de la primera visita (véase apartado 4.3.5 del capítulo).
- Romper el hielo. Iniciar conversación sobre algún tema general que fomente la relajación del ambiente y permita establecer un buen clima para conocerse mutuamente.
- Tomar almuerzo o merienda (si procede y quiere la persona acompañada).
- Conversar:
  - Mostrar interés por la conversación. Usar la escucha activa, hacer preguntas o pedir aclaraciones, dar retroalimentación sobre lo que se va escuchando.
  - Dar información personal para que la persona mayor conozca mejor a la persona voluntaria y aumente su confianza en ella.
- Despedida. Entregar la hoja de evaluación de la sesión a la persona acompañada, indicar cómo cumplimentarla y custodiarla y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

### *Sesión 2: ¿Cómo son mis relaciones sociales? EA I.*

El **objetivo** de esta sesión es reflexionar sobre los cambios que ha sufrido la persona en la manera de relacionarse con su círculo social más cercano (familiares, amigos, vecinos), detectar las atribuciones inadecuadas sobre sus relaciones con los demás y promover atribuciones más deseables (internas, inestables y controlables).

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Introducir conversación sobre las relaciones sociales.
- Ver el vídeo EA 1 *“La soledad te envuelve (1): No estoy solo porque soy viejo sino porque no me relaciono”* y, al finalizar, evaluar la comprensión del mismo.
- Discusión de EA sobre el vídeo.
- Leer y discutir el folleto de EA y entregárselo.
- Tarea para la siguiente sesión: Si a la persona acompañada le parece bien, se propone la tarea de llamar a una persona con la que hace tiempo no habla y que le haría ilusión saber de ella.
- Despedida. Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

### *Sesión 3: ¿Cómo es mi participación social? EA II.*

En la tercera sesión el **objetivo** es reflexionar sobre el nivel de participación social de la persona mayor en su entorno más cercano, conocer las atribuciones inadecuadas sobre las situaciones de participación social y promover atribuciones más deseables (internas, inestables y controlables).

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Revisar la tarea acordada (llamada telefónica).
- Introducir la conversación sobre la participación en actividades sociales.
- Ver el vídeo EA 2 “*La soledad te envuelve (2): No estoy solo porque soy viejo sino porque no me relaciono*” y, al finalizar, evaluar la comprensión del mismo.
- Discusión de EA sobre el vídeo.
- Tarea para la próxima sesión: Pensar en alguna actividad social en la que antes participaba y ahora no, o en actividades que le gustaría hacer pero, hasta ese momento, no se había animado nunca a realizar. Se propone escribir en un listado (apéndice 5) todas las actividades que ha pensado y hablar de las mismas en la siguiente sesión.
- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

### *Sesión 4: ¿Qué actividades me gustaba hacer y ahora ya no hago?*

El **objetivo** de esta sesión es analizar las actividades o hobbies que le gustaba hacer (o que le gustaría hacer) y que ya no hace (o no ha intentado hacer). En el caso de las actividades que le gustaba hacer y ha abandonado, valorar a qué atribuye las causas de dejar de hacer sus aficiones y consensuar con la persona si podría empezar a hacer alguna de esas actividades en el momento presente.

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Revisar el listado de actividades o, si no lo ha realizado, hacerlo en la sesión.
- Conversar sobre las actividades anotadas. Recordar anécdotas o experiencias de éxito vividas haciendo esas actividades, averiguar los motivos por los que dejó de hacerlas o por los que nunca se había atrevido a hacerlas, etc.

- Valorar juntos cada actividad, para ver la disposición que tiene la persona para poder realizarlas en el momento actual. Asimismo, intentar detectar atribuciones inadecuadas y discutir las como en sesiones anteriores.
- Tarea para la próxima sesión: Elegir una actividad de la lista para desarrollarla en la siguiente sesión.
- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

#### *Sesión 5: Recuperar actividades olvidadas.*

El **objetivo** de la sesión es empezar a activar conductualmente a la persona realizando actividades sociales que ya conoce o que se siente inclinado a realizar.

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Salida. Realizar conjuntamente la actividad social elegida.
- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

#### *Sesión 6: Conociendo los recursos del entorno: ¿Qué pueden hacer las personas mayores en Elche? Visita al centro social de mi barrio.*

Tras conocer los gustos y características de la persona, el **objetivo** es darle a conocer las actividades de los recursos de ocio y tiempo libre que existen en Elche para poder estar informado de la oferta de actividades y saber cómo puede tener acceso a las mismas.

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Informar, según los gustos y características de la persona, sobre los recursos que hay en el entorno y darle los documentos informativos (apéndices 6, 7, 8 y 9).
- Salida. Visitar el centro social ubicado en la zona de residencia o el recurso que la persona desee conocer.
- Tarea para la próxima sesión: Pensar qué actividad que se realice en esos momentos en el centro social le gustaría probar para participar en ella en la



siguiente sesión (esta actividad depende de la disponibilidad de actividades que tenga el centro social o recurso que se visite).

- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

### *Sesión 7: ¿Cómo me siento si participo en alguna actividad social nueva?*

#### *Participar juntos en alguna actividad.*

El **objetivo** de esta sesión es participar en una actividad social nueva en el recurso visitado en la sesión anterior.

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Salida: Ir al centro social (o al recurso elegido en la anterior sesión) para participar juntos en una actividad que se desarrolle en el mismo.
- Conversar sobre la experiencia vivida durante la vuelta al domicilio.
- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y recordar cuándo se realiza la siguiente visita.

### *Sesión 8: ¿Qué actividad social quiero hacer hoy? Salir y realizar alguna actividad.*

En esta sesión, después de haber ido fomentando el control personal y la participación social de la persona acompañada, se persigue el **objetivo** de que la persona elija qué actividad social quiere hacer durante la sesión. Se trata, por tanto, de promover que la persona sea la que marque la actividad a realizar, la ruta a seguir y la organización del tiempo de la sesión.

#### **Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Ofrecer la libertad de hacer lo que la persona quiera fuera del domicilio.
- Salida. Hacer la actividad deseada por la persona.
- Tarea para la sesión final: Escribir una carta breve de despedida (apéndice 10). Se propone escribir la carta tanto al voluntario como a la persona acompañada, en la que expresen libremente qué les ha aportado esta experiencia. Esta carta es

personal, por lo que cada persona implicada en la intervención se guarda la carta que le ha regalado la otra persona.

- Entregar la hoja de evaluación de la sesión y la hoja para realizar la carta y recordar que la siguiente visita será la última sesión de acompañamiento.

*Sesión 9: ¿Qué puedo seguir haciendo sin el acompañamiento a partir de ahora? Despedida y reflexión final.*

El **objetivo** de la última sesión es terminar el acompañamiento de manera positiva y compartir lo que se ha aprendido mutuamente a través de la experiencia con el Programa Acompaña-TÉ. En esta sesión, como si se tratase de un duelo, la persona va a dejar de recibir la compañía de un voluntario universitario y, por este motivo, se fomenta la expresión de sentimientos y se promueve la reflexión sobre lo vivido durante el acompañamiento, con el fin de facilitar el proceso de despedida.

**Actividades:**

- Romper el hielo y ponerse al día sobre lo ocurrido entre sesiones.
- Informar que ya se ha llegado al último día de acompañamiento y preguntarle cómo se siente por ello.
- Plantear la siguiente cuestión ¿qué puede usted seguir haciendo aunque no tenga compañía para evitar sentirse solo/a?
- Leer las cartas escritas mutuamente a modo de despedida.
- “Selfie” para el recuerdo. Esta foto se entrega una vez finalizado el programa para que tengan un recuerdo de la persona que han conocido y de su participación en el programa.
- Entregar la hoja de evaluación de la sesión e informar que recibirá la llamada de la coordinadora para concretar una cita para realizar una evaluación de su experiencia con el programa y recoger las hojas de evaluación de las sesiones.

En relación a la última sesión de acompañamiento, se ha planteado una sesión de cierre y despedida fundamentada en los planteamientos de Neimeyer (2006), donde se considera la pérdida en sentido amplio, como cualquier experiencia de desposeimiento de una figura u objeto del que no deseamos separarnos, es decir, quedar privado de algo que se ha tenido. Para facilitar el proceso de duelo por el final del acompañamiento se dan las siguientes recomendaciones a los voluntarios

universitarios, coincidiendo con algunas recomendaciones para el abordaje y el afrontamiento de las pérdidas (Neimeyer, 2006):

1° Aceptar la pérdida de compañía. Se debe informar con habilidad, de forma clara, directa y específica a la persona acompañada cuál es la duración del programa, qué días se le va a visitar y recordar, antes de finalizar, cuál es el último día de acompañamiento. De esa manera se consigue que la persona esté informada, sea consciente y no se cree falsas esperanzas respecto a la duración de la intervención de acompañamiento.

2° Expresar cómo se siente por ello. Se debe permitir la libre expresión de sentimientos de la persona acompañada ante la pérdida del acompañamiento de la persona voluntaria y mostrando respeto y empatía por sus opiniones y sentimientos.

3° Reubicarse en su día a día sin la compañía. Se le plantea a la persona acompañada la cuestión de qué puede seguir haciendo sin la compañía del voluntario para no sentirse sola. Con esa conversación la persona se prepara para la acción futura y se visualiza realizando las actividades que desee en solitario.

4° Despedirse. Se considera un momento necesario para finalizar el intercambio personal que se ha compartido durante el acompañamiento. Esta despedida puede ser definitiva o no, depende de la relación que se ha creado entre la persona voluntaria y la persona acompañada. De cualquier modo, cabe aclarar que la continuación de la relación entre voluntario y acompañado se considera una relación de amistad que se establece libremente entre ambas partes y que, después de finalizar la intervención de acompañamiento, ya no tiene vinculación con el Programa Acompaña-Té.

#### **4.3.3. Calendario de implementación de las intervenciones realizadas.**

Las intervenciones de acompañamiento se han realizado desde el mes de mayo al mes de noviembre, en total se han llevado a cabo veinte acompañamientos, dieciséis entre los meses de mayo, junio y julio y cuatro entre los meses de septiembre, octubre y noviembre (tabla 14).

Tabla 14. Fecha de inicio y finalización de los acompañamientos realizados en la I edición del Programa Acompaña-Té

Acompañamiento	Inicio (sesión 1)	Final (sesión 9)
Acompañamiento 1	30/5/2016	30/6/2016
Acompañamiento 2	30/5/2016	30/6/2016
Acompañamiento 3	31/5/2016	27/6/2016
Acompañamiento 4	30/5/2016	29/6/2016
Acompañamiento 5	30/5/2016	27/6/2016
Acompañamiento 6	3/6/2016	28/6/2016
Acompañamiento 7	3/6/2016	4/7/2016
Acompañamiento 8	6/6/2016	7/7/2016
Acompañamiento 9	15/6/2016	18/7/2016
Acompañamiento 10	9/6/2016	7/7/2016
Acompañamiento 11	13/6/2016	11/7/2016
Acompañamiento 12	7/6/2016	8/7/2016
Acompañamiento 13	9/6/2016	7/7/2016
Acompañamiento 14	22/6/2016	18/7/2016
Acompañamiento 15	17/6/2016	19/7/2016
Acompañamiento 16	20/6/2016	26/7/2016
Acompañamiento 17	26/9/2016	3/11/2016
Acompañamiento 18	27/9/2016	29/11/2016
Acompañamiento 19	29/9/2016	14/11/2016
Acompañamiento 20	14/10/2016	30/11/2016

#### 4.3.4. Cumplimiento de las sesiones en las intervenciones realizadas.

El seguimiento del cumplimiento de las sesiones se realizó mediante la comunicación continua entre coordinadora, voluntarios universitarios y participantes. Siempre que se ha suspendido una sesión de acompañamiento por alguna dificultad o contratiempo, se ha buscado otro día para recuperar la sesión y cumplir las nueve sesiones planificadas de la intervención. Por tanto, en todas las intervenciones de acompañamiento se ha cumplido el número de sesiones y horas de acompañamiento programadas.

Para comprobar el cumplimiento de las actividades y la satisfacción con las sesiones, se entregaron hojas de autoevaluación (apéndice 11). La persona voluntaria se encargaba de entregar e informar sobre el modo de cumplimentarla a la persona

acompañada en cada sesión y, tras concluir la intervención de acompañamiento, las hojas cumplimentadas por las personas acompañadas se recogieron en la evaluación final.

Por su parte, los voluntarios universitarios también se encargaron de cumplimentar estas autoevaluaciones donde, además de valorar el grado de satisfacción y cumplimiento de las actividades, anotaban las dificultades encontradas para cumplir con los objetivos planteados en la misma. Estas evaluaciones fueron entregadas por los voluntarios junto a la memoria final de actividades, documento que sirve para evaluar la formación y la intervención realizada por el voluntario.

Sobre las dificultades encontradas por los voluntarios para realizar la intervención, cabe destacar que la gran mayoría tuvo problemas para realizar la sesión 7 (participar juntos en alguna actividad nueva en un centro social u otro recurso), puesto que en los meses de verano ya no se realizan actividades en los centros sociales y la poca oferta cultural estival suele ser a última hora de la tarde o por la noche. Asimismo, las sesiones con salidas al exterior ocasionalmente se vieron dificultadas por problemas de salud o movilidad de los participantes y por las condiciones climatológicas.

#### **4.3.5. Coordinación de la intervención de acompañamiento.**

La coordinación del Programa Acompaña-Té fue asumida por la persona que presenta este trabajo de tesis doctoral. Este papel de coordinación se considera importante para lograr que todas las personas implicadas en la intervención se sientan cómodas y disfruten de su participación en el programa. Asimismo, la adaptación y la flexibilidad a la hora de coordinar se deducen factores fundamentales para conseguir la adherencia al programa, hecho que ha quedado reflejado con una baja tasa de abandono (solo una participante abandonó y fue por problemas de salud).

De la misma manera, facilitar una guía escrita de la intervención y ofrecer una comunicación directa y fluida a los voluntarios universitarios fue imprescindible para ayudarles a cumplir sus tareas de acompañamiento y para controlar el “sesgo del entrevistador” en las sesiones 2 y 3 donde preguntaban y grababan las respuestas de

las personas acompañadas sobre el significado de los vídeos cuyo contenido ha sido analizado en líneas anteriores.

Durante el programa de intervención los medios de comunicación que se han empleado para coordinar a los voluntarios han sido diversos. Se ha usado, por un lado, el teléfono para informar de las fechas del inicio del acompañamiento y facilitar la dirección del domicilio de los participantes; por otro lado, se ha usado regularmente el correo electrónico para compartir documentación o archivos necesarios para la formación y la investigación desarrollada; y por último, se ha usado también la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp como una vía de comunicación rápida e inmediata para consultas que pudiesen surgir durante la intervención de acompañamiento o entre sesiones. Así mismo, en dicha aplicación se ha creado un grupo con todos los voluntarios universitarios del programa para facilitar la comunicación de los avances del programa y para intercambiar experiencias entre ellos. Dicho grupo es administrado por la coordinadora y se interactúa bajo la premisa de usar el grupo exclusivamente para temas relacionados con el Programa Acompaña-Té.

Para facilitar la comunicación con las personas acompañadas, en la primera sesión de evaluación se les facilitaba una tarjeta de contacto de la coordinadora. En estos casos, la comunicación ha sido vía telefónica principalmente y también se ha usado aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp), aunque solo con dos personas mayores. Durante el periodo en el que se han desarrollado las intervenciones de acompañamiento, las llamadas que se han recibido por parte de las personas acompañadas han sido para hacer algún cambio de sesión o pedir alguna aclaración sobre la fecha de la sesión de acompañamiento y para expresar su alegría y satisfacción con las visitas de acompañamiento que estaban recibiendo.

Finalmente, de todas las tareas de coordinación que se han realizado para la gestión del Programa Acompaña-Té merece la pena destacar la que se realiza el día de la primera visita de acompañamiento. Se considera la tarea de coordinación más importante, debido a que es un momento especial tanto para el voluntario, que necesita sentirse arropado por la coordinación, como para la persona mayor, que abre la puerta de su casa y necesita sentir seguridad y confianza hacia la persona voluntaria

de la universidad y hacia la coordinación del programa. Para coordinar dicha visita, en primer lugar se pide al voluntario que, cuando llegue al portal de la persona asignada, llame por teléfono a la coordinadora y espere en el portal del edificio a que se le confirme que puede tocar el timbre del portero automático. Además, los voluntarios tienen la premisa de identificarse como voluntarios del Programa Acompaña-Té y facilitar su nombre completo a la persona que atiende el portero automático y, al llegar a la puerta del domicilio y antes de entrar en él, tienen que enseñar el carnet de voluntario del programa (apéndice 12). Por su parte, cuando la coordinadora recibe la notificación del voluntario, llama inmediatamente a la persona que va a ser acompañada para informarle de que la persona voluntaria está en el portal de su edificio y va a tocar el timbre del portero automático. Asimismo, se le recuerda el nombre y los apellidos del voluntario para que verifique que se trata de la misma persona. Del mismo modo, se le desea un buen inicio del acompañamiento y se le insta a que, ante cualquier problema o duda, se pongan en contacto con la coordinadora. Finalmente, tras conversar con la persona que va a ser acompañada, se avisa al voluntario universitario de que ya puede tocar el timbre y continuar con el protocolo de actuación establecido en la guía de acompañamiento para la primera sesión.

## **SUMARIO.**

A lo largo de este capítulo se ha descrito el diseño, el desarrollo y la implementación de la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té de SABIEX.

Sobre el diseño y desarrollo se ha justificado el modelo de intervención escogido y los fundamentos teóricos y empíricos en los que se ha basado el desarrollo de los componentes del programa y el formato de la intervención. Asimismo, se ha matizado cómo se ha instruido a los voluntarios para realizar la intervención psicosocial de acompañamiento y cómo se han validado las herramientas empleadas para trabajar el componente cognitivo de la intervención mediante el EA. También se han detallado los objetivos y actividades realizadas en todas las sesiones de la intervención de

acompañamiento y se ha presentado la guía que sirve para ayudar a los voluntarios a realizar la intervención.

En cuanto a la implementación de la primera edición del Programa Acompaña-Té de SABIEX, se ha detallado el procedimiento empleado para comprobar el cumplimiento de los objetivos y las actividades planificadas en las sesiones de acompañamiento, el calendario de ejecución de las veinte intervenciones realizadas y el papel de la coordinación.

Así pues, tras realizar el estudio teórico de la soledad en la vejez (capítulos 1, 2 y 3) y explicar la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té que se ha aplicado en esta investigación de tesis doctoral (capítulo 4), se da por concluido el estudio teórico y en el siguiente capítulo se explica la metodología empleada en el estudio empírico.





## Capítulo 5. Estudio Empírico

---

### Objetivos de la Investigación

Toda investigación nace del cuestionamiento de una realidad sobre la que se intenta encontrar respuestas que logren mejorar la comprensión que se tiene del problema en cuestión. La pregunta que vertebra esta investigación es:

¿Cuál es el impacto que ha tenido la intervención a través del Programa Acompaña-Té sobre la soledad de las personas mayores que viven solas y de qué manera el significado y la experiencia de soledad de estas personas influye en estos resultados?

A su vez, esta pregunta implica responder a dos cuestiones fundamentales:

- i. ¿Qué significa la soledad y cómo la experimentan las personas mayores que viven solas que han participado en el programa?
- ii. ¿Qué impacto ha tenido la intervención psicosocial de acompañamiento sobre la soledad y las variables de estudio relacionadas con la soledad (control percibido y participación social) en las personas mayores que viven solas que han participado en el programa? Concretamente:
  - a. ¿Se ha reducido la soledad de los participantes tras la intervención de acompañamiento?
  - b. ¿Ha mejorado el control percibido (entendido en términos de competencia personal y autoeficacia para envejecer) de los participantes tras la intervención de acompañamiento?
  - c. ¿Ha mejorado la participación social de los participantes tras la intervención de acompañamiento?
  - d. ¿Están satisfechos con la intervención recibida?
  - e. ¿Qué beneficios han experimentado al participar en este Programa?

Solucionando estas preguntas podremos responder a la principal cuestión del estudio.

### **Objetivo general**

Conocer cuáles son los efectos sobre la soledad que ha tenido la participación en un programa de intervención psicosocial de acompañamiento en las personas mayores que viven solas que han recibido dicha intervención ofrecida por voluntarios universitarios y analizar estos efectos desde un enfoque metodológico mixto.

### **Objetivos específicos**

- a.1. Conocer el significado de la soledad de las personas participantes en el estudio.
- a.2. Identificar las atribuciones causales que emplean para explicar su experiencia de soledad, así como conocer el control que perciben para manejar este sentimiento y los recursos que utilizan para su afrontamiento.
- a.3. Describir los resultados obtenidos sobre la soledad, el control percibido y la participación social de las personas que han recibido la intervención psicosocial de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té.
- a.4. Comparar si existen diferencias sobre las variables de estudio previamente mencionadas tras la intervención aplicada.
- a.5. Analizar el nivel de satisfacción general de las personas que han recibido la intervención psicosocial de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té.
- a.6. Conocer los beneficios que manifiestan las personas que han recibido la intervención psicosocial de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té.
- a.7. Comprender los resultados de la intervención sobre la soledad de los participantes a través de la relación de los datos de los análisis cuantitativos y cualitativos realizados.

Tabla 15. Relación entre la pregunta de investigación y los objetivos específicos

Pregunta	Objetivo	Enfoque metodológico
¿Qué significa la soledad y cómo la experimentan las personas mayores que viven solas que han participado en el estudio?	a.1. a.2.	CUALITATIVO
¿Qué impacto ha tenido la intervención de acompañamiento sobre la soledad y las variables de estudio relacionadas con la soledad (control percibido y participación social) y qué beneficios han experimentado los participantes del estudio con el acompañamiento?	a.3. a.4. a.5.	CUANTITATIVO
	a.6.	CUALITATIVO
¿Cómo influye el significado y la experiencia de soledad de los participantes en los resultados que han tenido en la soledad tras la intervención?	a.7.	CUAN ↔ CUAL (Métodos Mixtos)

## 5. Método

Se ha empleado un diseño mixto anidado en el estudio y para la descripción de método se han seguido las indicaciones sugeridas por Creswell (2013, pp. 81-82) para las investigaciones que utilizan métodos mixtos.

### 5.1. Los Métodos Mixtos de Investigación

De todas las definiciones de métodos mixtos (*mixed methods*) que se pueden encontrar, la de Johnson et al. (2007) es una de las más referidas (Creswell, 2013; Tashakkori y Teddlie, 2010). Los autores definen la investigación con métodos mixtos como:

The type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration (p. 123).

Esta definición, fue construida tras examinar y analizar 19 definiciones ofrecidas por 21 expertos del ámbito de los métodos mixtos. Los autores extrajeron cinco temas principales de las definiciones y propusieron su definición de métodos mixtos que ha sido ampliamente aceptada por la comunidad científica debido al procedimiento de investigación seguido para generarla (Tashakkori y Teddlie, 2010). Tal y como los autores señalan, es una definición general, aspecto que también han subrayado otros expertos en la materia, ya que no incluye los principales componentes y términos implicados en este tipo de investigación (para ampliar información sobre los *Mixed Methods*, Tashakkori y Teddlie, 2010; Creswell, 2013).

Creswell (2013) amplía esta definición subrayando las características básicas que la investigación con métodos mixtos debe tener (p. 217):

1. Recolección de datos cualitativos y cuantitativos en respuesta a las preguntas de investigación o hipótesis planteadas, lo que implica analizar ambos tipos de datos.
2. Los procedimientos para recoger los datos y los análisis deben llevarse a cabo con rigor.
3. Las dos formas de datos están integradas en el diseño del análisis a través de la fusión de los datos, la conexión o la incrustación (anidación) de los mismos.
4. Estos procedimientos están incorporados en un diseño distinto de métodos mixtos, que también incluye la sincronización de la recopilación de datos (concurrentes o secuenciales), así como el énfasis (igual o desigual) para cada base de datos.
5. Estos procedimientos también pueden ser informados a través de una visión filosófica o un marco teórico.

Por lo tanto, los métodos mixtos son más que la simple recolección de datos cuantitativos y cualitativos. Esta metodología implica investigar desde una perspectiva pragmática, elaborar diseños adecuados de investigación para los cuales se recoge información cuantitativa y cualitativa de manera rigurosa que luego se conecta, integra y une en el análisis y discusión de los resultados.

## 5.2. Diseño: Método Mixto Anidado

Para desarrollar el presente estudio se ha seguido un diseño de métodos mixtos anidado (*mixed methods embedded design*), concretamente un diseño anidado experimental

secuencial (Creswell y Plano-Clark, 2007, Creswell, 2013). El diseño se compone de un estudio primario cuasiexperimental, con diseño pre-post sin grupo control y dos estudios secundarios cualitativos anidados, en los que se han recogido datos de manera secuencial, antes y después de la intervención. En otras palabras, se ha desarrollado un estudio primario cuantitativo para estudiar el impacto de la intervención de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té, en el cual se han recogido datos a través de medidas cuantitativas repetidas antes y después de la intervención, y, a este diseño primario, se le han agregado (anidado o incrustado) dos estudios cualitativos secuenciales, uno antes de la intervención y otro al finalizar la misma.

Este tipo de diseño se ha denominado en inglés “*Embedded mixed methods design*” (Creswell, 2013) o también “*Nesting integrated mixed method design*” (tipo definido por Greene (2007), citado en Nastasi et al., 2010, p. 319) es un diseño mixto que se caracteriza porque se anida un método secundario dentro de un estudio primario (en este caso, se anidan dos estudios cualitativos dentro de un estudio cuantitativo principal). Este método es popular en ciencias de la salud cuando los investigadores quieren probar el impacto de una intervención, ya que se suele usar con el propósito de apoyar o explicar los resultados encontrados en las intervenciones (Creswell, 2013). Existen dos variaciones de este diseño (Creswell y Plano-Clark, 2007; Gelo, Braakmann, y Benetka, 2008):

- a) Modelo Experimental (*embedded-experiment variant* o *embedded experimental model*): la información cualitativa es anidada dentro de un diseño experimental (o cuasiexperimental, como en esta investigación) para ayudar a explicar los resultados obtenidos. Este tipo de diseño se puede usar de manera concurrente (por ejemplo, recogiendo información cualitativa durante la intervención) o secuencial (por ejemplo, recogiendo información cualitativa antes o después de la intervención, o en diferentes momentos temporales).
- b) Modelo Correlacional: la información cualitativa se anida dentro de un diseño correlacional cuantitativo para ayudar a explicar los resultados obtenidos en las correlaciones.

En cuanto a los tipos de diseños en métodos mixtos, Creswell (2013, p. 230) señala que, aunque existen muchos tipos, la visión particular del investigador puede que no

se ajuste a los diseños predefinidos en los manuales. Así pues, los diseños deben servir al investigador de guía y, con las modificaciones necesarias, éstos pueden encontrar una estrategia propia de investigación en diseños mixtos que se ajuste a las necesidades de su estudio.

Esto es lo que ha ocurrido en el diseño que aquí se presenta, donde el diseño de métodos mixtos anidado es el que mejor se ajusta a los propósitos y el enfoque del estudio, pero con la particularidad de que en este caso se anidan dos estudios cualitativos distintos cuyo propósito es ayudar a resolver las cuestiones planteadas al inicio del estudio empírico de esta investigación. Por un lado, el primer estudio pretende servir para conocer el significado y la experiencia de soledad de los participantes y, por otro, el segundo estudio busca entender el impacto de la intervención en los participantes a través de las narrativas de sus experiencias personales.

Se persiguen, por tanto, tres propósitos al integrar ambos tipos de datos en el estudio mixto que se presenta:

1. Resolver diferentes preguntas de investigación (*“Different research questions”* de Bryman, 2006). Se plantean dos cuestiones distintas, cuál es el impacto del programa y cuál es el significado y la experiencia de soledad de los participantes. Son dos cuestiones que se abordan por separado, como suele ocurrir en los diseños anidados, pero que también se relacionan para contribuir a los objetivos de complementar y explicar resultados.
2. Complementar datos (*“Complementarity”* de Greene et al, 1989). Esto es, usar la combinación de métodos sirve para elaborar, mejorar, ilustrar y clarificar los resultados de un método con los del otro.
3. Explicar resultados (*“Explanation”* de Bryman, 2006). Usar la información cualitativa para explicar los resultados del estudio cuantitativo.

Estos propósitos se han extraído de las tipologías ofrecidas por Greene, Caracelli y Graham (1989) y Bryman (2006) (ambas citadas en Creswell y Plano-Clark, 2007, p. 62).

### **5.3. El diseño mixto anidado en el ámbito de la psicología**

Tal y como se ha indicado anteriormente, el uso de métodos mixtos en el ámbito de la psicología es reciente. A pesar de que no se han encontrado ejemplos de la aplicación de este tipo de diseño en el ámbito de la evaluación de resultados de intervenciones psicosociales para reducir la soledad en personas mayores, sí se han encontrado algunos estudios de tesis doctoral que incluyen este diseño metodológico. En el ámbito de la psicología de la educación, en una tesis desarrollada en Estados Unidos se empleó el diseño anidado experimental para determinar si unas sesiones formativas en una asignatura ayudaban a mejorar los logros académicos de los estudiantes universitarios (Badowski, 2009). En otra tesis centrada también en el contexto escolar, pero con una muestra de adolescentes con trastornos del espectro autista que realizaban formación profesional para facilitar su independencia e integración en la sociedad, se realizó un estudio cuasi-experimental con métodos mixtos con diseño anidado, con el fin de analizar empíricamente una intervención de modelado a través de vídeo. En este caso, a los datos del estudio principal, se le integraron los resultados de la experiencia de los instructores respecto a la intervención y sus opiniones sobre el estado actual del entrenamiento vocacional para facilitar la transición de los estudiantes con trastornos del espectro autista a la vida en comunidad (Bieniek, 2013). Finalmente, desde el ámbito de las ciencias de la salud, en otra tesis se revisó la aplicación de los diseños anidados en la investigación con métodos mixtos en ciencias sanitarias (medicina educativa, salud mental y servicios de investigación en salud) y se concluía que los metodólogos deberían considerar la implementación de la investigación con métodos mixtos anidados, puesto que, según se advierte, es lo que el futuro reserva para los estudios de intervención en salud (Zhang, 2011).

El diseño de métodos mixtos anidados, aunque cada vez es más usado en investigación, presenta una serie de desafíos que se deben tener en consideración antes de usar esta metodología de estudio, tal y como señalan Creswell y Plano-Clark (2007, pp. 94-95):

1. El investigador debe tener experiencia en todos los métodos de estudio (cuantitativo, cualitativo y mixto).

2. El investigador debe explicar el/los propósito/s de recoger datos cualitativos anidados en un estudio cuantitativo (o viceversa).
3. El investigador debe decidir en qué momento del estudio experimental (o cuasiexperimental) recoge la información cualitativa en relación con la intervención (antes, durante, después o alguna combinación).
4. Dificultad para integrar los resultados cuando se usan dos métodos para responder a diferentes cuestiones.
5. Recoger datos cualitativos durante la intervención puede introducir sesgos en los resultados.

Estos retos se pueden afrontar con formación en metodología, rigurosidad científica, planificación del diseño y precaución a la hora de integrar los resultados. Así pues, en esta investigación se han planteado las siguientes estrategias para afrontar estos desafíos:

- Desafío 1 (experiencia en distintos métodos). Se han estudiado manuales de metodología y se han realizado cursos de formación en análisis de datos de métodos cuantitativos y cualitativos para poder llevar a cabo la investigación.
- Desafío 2 (definir los propósitos de usar métodos mixtos de investigación). Los propósitos del uso de un diseño mixto anidado de investigación se han aclarado en líneas anteriores y se resumen en: resolver distintas cuestiones, comprender y explicar los resultados.
- Desafío 3 (cuándo recoger la información). Esta decisión, siguiendo las recomendaciones de los autores, se ha fundamentado en los objetivos del estudio y los propósitos explicados y se describe en el apartado del procedimiento de recogida de datos (sección 5.4.2. del capítulo).
- Desafío 4 (dificultad para integrar resultados). En el apartado de integración de resultados (sección 5.5. del capítulo) se explican las precauciones que se han tomado para que las meta-inferencias realizadas en los resultados cumplan los criterios de calidad requeridos.
- Desafío 5 (sesgo al recoger datos durante la intervención). Éste es un desafío que no afecta a este estudio ya que los datos cualitativos se recogen antes y después de la intervención.

Finalmente, se debe destacar que el diseño de métodos mixtos anidado ofrece también ventajas a los investigadores, por ejemplo, es un diseño muy útil en situaciones en las



que los investigadores no tienen tiempo o recursos suficientes para llevar a cabo dos estudios extensos con metodología cuantitativa y cualitativa. Este diseño ofrece la oportunidad de salvar esta dificultad porque da más prioridad a los datos del estudio primario, los datos secundarios sirven para complementar y no se les da la misma prioridad (Creswell y Plano-Clark, 2007, p. 94).

#### **5.4. Procedimiento seguido en el estudio**

En este apartado se describe el procedimiento que se ha seguido en el diseño del estudio, tal y como muestra la figura 20 que resume las principales fases ejecutadas durante la investigación.



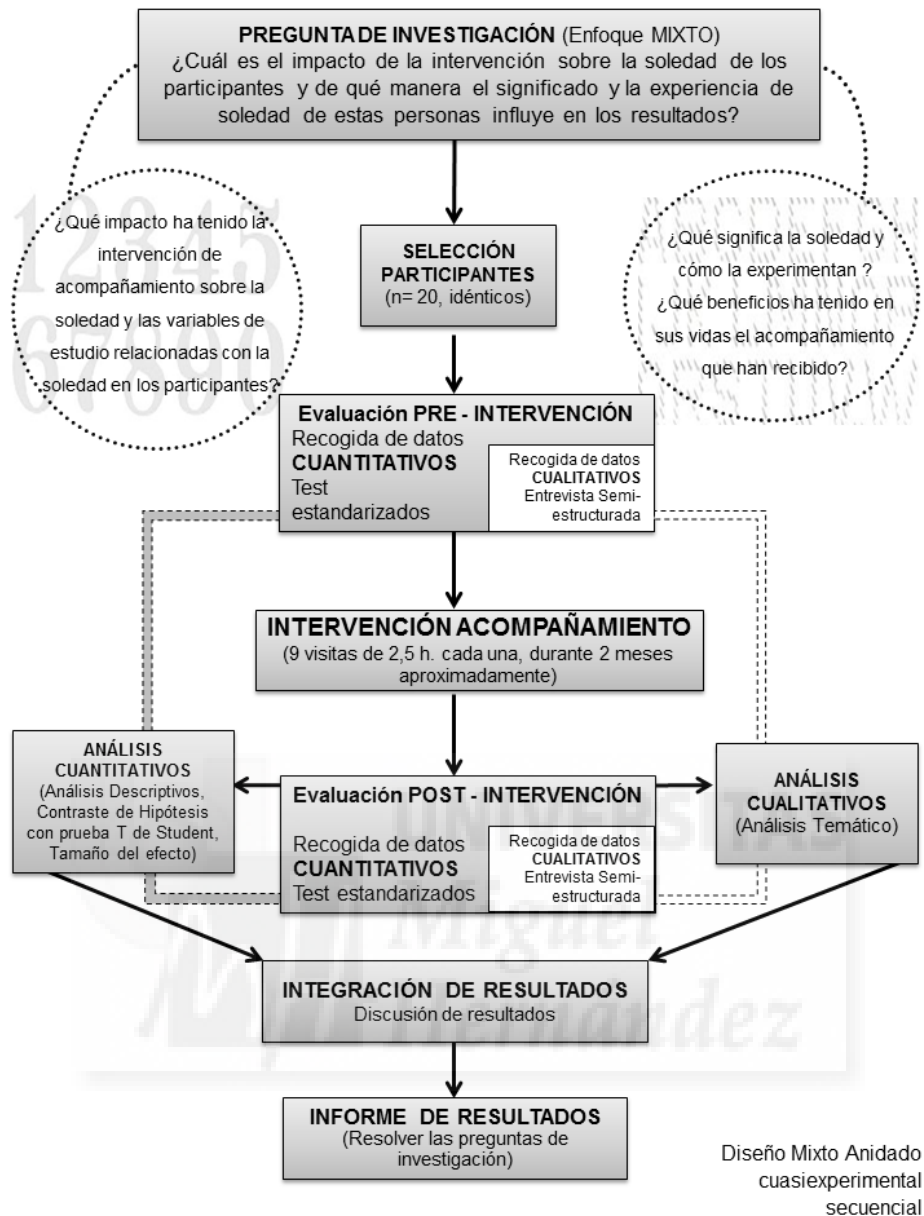


Figura 20: Procedimiento seguido en el estudio en el diseño mixto  
Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que, las cajas del diagrama representan las etapas del estudio, las flechas con punta indican la dirección y el paso de una etapa a la siguiente. Las líneas discontinuas de los círculos indican la relación entre las distintas cuestiones que surgen en la fase del planteamiento del problema de estudio. Las líneas discontinuas que unen la información recogida de cada tipo (cuantitativa y cualitativa) en los dos momentos de la evaluación e indican la unión de los datos del mismo tipo en el análisis de datos cuantitativo y cualitativo.

#### 5.4.1. Participantes.

##### *Descripción de los participantes.*

La muestra del estudio ha estado formada por 20 personas (19 mujeres y 1 hombre) con edades comprendidas entre los 65 y 90 años ( $M=78,3$ ,  $DT=7,8$ ) que viven solas en la ciudad de Elche y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. La mayoría de los participantes son personas viudas, con hijos que, en un 80% de los casos, residían en Elche.

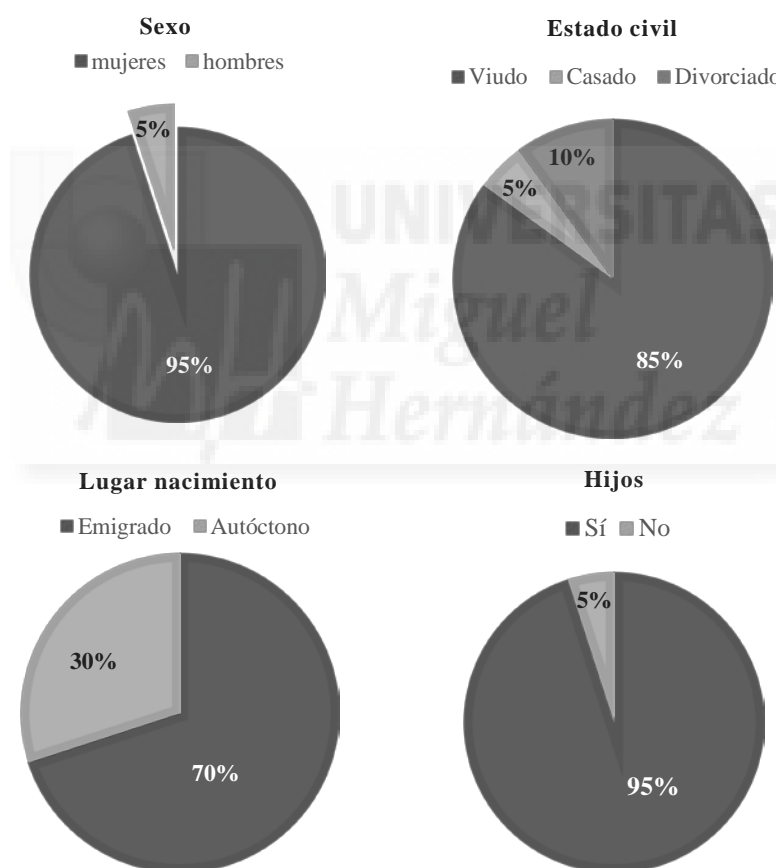


Figura 21: Datos sociodemográficos de los participantes del estudio (I)  
Fuente: Elaboración propia.

El nivel educativo de los participantes era bajo, ya que un 80% sabía leer y escribir pero no tenía estudios. La mayoría había desempeñado alguna ocupación durante su edad laboral, siendo los trabajos relacionados con la industria del calzado y textil los

más frecuentes. Casi todos los participantes eran pensionistas y, en el 40% de los casos, percibían dos pensiones.

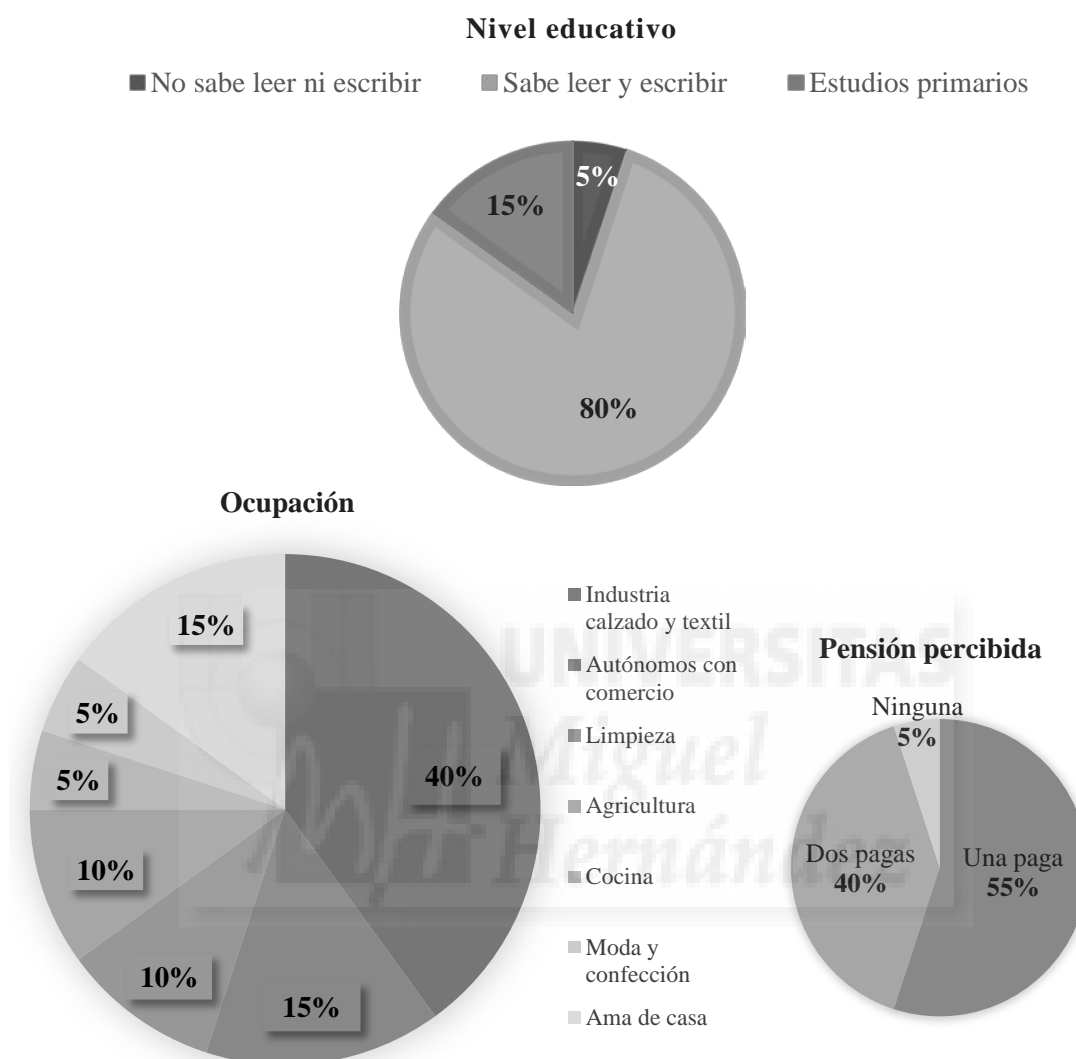


Figura 22: Datos sociodemográficos de los participantes del estudio (II)  
Fuente: Elaboración propia.

De los 20 participantes, 16 eran usuarios del servicio de teleasistencia y el resto no recibía este recurso ni ningún otro servicio social (tabla 16). La mayor parte de los participantes tenía alguna enfermedad crónica, oscilando de uno a seis los problemas de salud crónicos referidos. Además, el 55% de los participantes percibía su estado de salud como “regular”, mientras que el 40% lo calificaba como “bueno” y el 5% como “muy bueno”. A nivel psicoafectivo, un poco menos de la mitad de los participantes tomaba tratamiento ansiolítico, seis de ellos de forma crónica y tres aguda. Además,

una cuarta parte estaba recibiendo tratamiento antidepresivo, siendo cuatro las personas que recibían tratamiento crónico y una persona agudo. En cuanto a la presencia de sintomatología depresiva, examinada a través de la versión española de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 15 ítems (Martínez de la Iglesia et al., 2002), el 55% de los participantes no presentaba síntomas depresivos, ocho presentaban síntomas que indican una depresión probable (40%) y solo una participante (5%), la más longeva de la muestra, presentaba una puntuación muy elevada indicando una depresión establecida.

*Tabla 16. Estado de salud de los participantes y servicios sociales recibidos*

Variables sobre el estado de salud y teleasistencia.		n	(%)
Teleasistencia	Sí	16	80
	No	4	20
Enfermedades Crónicas	Si	16	80
	No	4	20
	Limitación funcional	3	15
Tratamiento Ansiolítico	Sí (agudo)	3	15
	Sí (crónico)	6	30
	No	11	55
Tratamiento Antidepresivo	Sí (agudo)	1	5
	Sí (crónico)	4	20
	No	15	75
Síntomas Depresivos (GDS-15)	Sin Depresión (0-4 puntos)	11	55
	Depresión Probable (5-10)	8	40
	Depresión Establecida (>10)	1	5
Salud autopercebida	Muy buena	1	5
	Buena	8	40
	Regular	11	55

El tiempo que los participantes llevaba viviendo en solitario fluctuaba entre los 5 meses y los 30 años (M=9,1, DT=8,7) y, sobre este hecho, poco más de la mitad opinaba que vivía de este modo por elección personal, mientras que el resto creía que no lo había elegido, sino que se había visto obligado por las circunstancias (figura 23).



Figura 23: Motivo por el que viven solos los participantes del estudio  
Fuente: Elaboración propia.

Por lo que respecta al nivel de participación social, once participantes (55%) realizaban actividades sociales con cierta regularidad como: salir con amigos/as a pasear, tomar café, ir a misa o al parque, realizar actividad física en grupo (gimnasia o piscina), recibir formación a través de talleres en centros sociales o la escuela de adultos y participar en actividades en entidades del tercer sector.

Asimismo, algunos participantes creían que existían barreras para participar socialmente (figura 24), indicando que la salud, el nivel de ingresos, la edad, la viudedad y las barreras arquitectónicas para salir del hogar eran aspectos que limitaban su participación social e interacción con el entorno.



Figura 24: Barreras para participar socialmente de los participantes de estudio  
Fuente: Elaboración propia.

### *Criterios de selección de los participantes.*

Los **criterios para la selección** de participantes han sido:

1. Tener 65 años o más.
2. Vivir solo en el núcleo urbano de Elche.
3. No tener patologías neurodegenerativas diagnosticadas o deterioro cognitivo.

Al seleccionar a los participantes con estas mismas variables sociodemográficas (tener 65 años o más y vivir solos), se intentó homogeneizar la población diana a la cual se aplicaría la intervención y de ese modo controlar que estas variables pudiesen afectar a los resultados (Creswell, 2013).

Se decidió seleccionar únicamente personas que residían en la ciudad de Elche para que compartiesen un contexto sociocultural similar. Elche es una población de 227.659 residentes (INE, 2016b) y, según datos de 2015 del Padrón Continuo, en la ciudad residen 187.135 personas y en las pedanías 40.177 personas (Ajuntament d'Elx, 2016). Los residentes del núcleo urbano se distribuyen en seis distritos postales y los participantes de este estudio estaban repartidos por todos ellos, tal y como se representa en la tabla 17.

*Tabla 17. Número de participantes en el estudio según distrito postal*

<b>Distrito postal</b>	<b>Número habitantes en el distrito (2015)</b>	<b>Número de participantes</b>
<b>03201</b>	29.201	1
<b>03202</b>	32.698	5
<b>03203</b>	33.904	2
<b>03204</b>	29.863	5
<b>03205</b>	32.503	3
<b>03206</b>	28.965	4

*Nota:* Tabla de elaboración propia a partir de datos del informe del Ajuntament d'Elx (2016)

Las personas seleccionadas no tenían diagnóstico de deterioro cognitivo leve ni ningún otro trastorno neurodegenerativo que pudiese limitar su capacidad cognitiva ni su juicio. Además, en aquellos casos que hubo sospecha de deterioro cognitivo o

fallos en la memoria en la primera visita, antes de realizar la evaluación previa a la intervención, se administró el Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ de Pfeiffer, 1975) validado en población mayor de 65 años española (Martínez de la Iglesia et al., 2001) para cribar la presencia de deterioro cognitivo. La selección de este instrumento de cribado se fundamentó en la brevedad de la prueba (10 ítems), la fiabilidad de la misma (consistencia interna 0.82) y la densidad de las sesiones de evaluación (duración mínima de 60 minutos).

Además de los criterios de inclusión referidos, se consideró incluir también el mantenimiento de la capacidad funcional, estableciendo así también como requisito de selección que los participantes fueran totalmente independientes y autónomos. El fundamento de inclusión de este criterio fue que, para poder realizar salidas fuera del domicilio de manera autónoma durante la intervención y después de la misma, las personas debían ser totalmente independientes. Sin embargo, finalmente se decidió no incluir este requisito debido a que las limitaciones funcionales son más prevalentes a medida que aumenta la edad de la población, tal y como se recoge en el Informe de 2014 de las personas mayores en España, donde se señala que una de cada 10 personas mayores de 74 años presenta limitaciones funcionales en actividades relacionadas con la movilidad, teniendo dificultad severa o imposibilidad de bajar escaleras (29,4%) y caminar (23,4%) (Área de Envejecimiento Activo del IMSERSO, 2015). En este sentido, entre los participantes del estudio, había una mujer invidente cuya pérdida de visión binocular ocurrió cuatro meses antes de ser seleccionada, a causa de un tumor cerebral de larga duración que ya le había producido visión monocular muchos años atrás. Por tanto, esta señora dependía de la ayuda de otra persona para salir a la calle, al igual que otras dos señoras seleccionadas, en estos casos, por problemas motores que dificultaban su marcha autónoma.

Así pues, aunque la inclusión de estas personas aumenta la heterogeneidad de la muestra, se piensa que aceptar la diversidad funcional de la muestra puede ser una ventaja del estudio ya que va a permitir observar los resultados de la intervención en un contexto más real y parecido al que viven las personas mayores que viven solas.



### *Reclutamiento de los participantes.*

Para la **selección de los participantes**, tras el acuerdo firmado entre SABIEX y el Ayuntamiento de Elche para la implantación del Programa Acompaña-Té y la investigación de sus resultados, la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento puso a nuestra disposición un listado de personas de cada distrito postal del núcleo urbano de Elche que eran beneficiarios de servicios sociales mínimos (“Teleasistencia” y “Menjar a casa”) y que cumplían los criterios de ser mayores de 65 años y vivir solos, salvaguardando en todo momento sus datos personales, cumpliendo así con lo dispuesto en la Ley de Protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999). Para realizar las llamadas el ayuntamiento dispuso los recursos materiales posibles para que se pudiese realizar el primer contacto telefónico desde las instalaciones municipales. Dos investigadoras del equipo se encargaron de realizar las llamadas desde allí, siguiendo un protocolo para la selección telefónica (apéndice 13).

#### **Fases del reclutamiento.**

En un primer momento, debido al diseño mixto de investigación elegido para el estudio, se decidió realizar un muestreo aleatorio estratificado para seleccionar a los participantes del estudio principal (cuantitativo). A partir de esta muestra, se pretendía seleccionar, de manera intencional, los participantes para el estudio cualitativo, siguiendo así las recomendaciones para la selección de los participantes en la investigación con métodos mixtos (Collins, 2010). Sin embargo, tres factores condicionaron que no se pudiese cumplir el planteamiento previo establecido y se tuviese que flexibilizar el procedimiento y la estrategia para seleccionar la muestra del presente estudio:

1. Los objetivos del estudio mixto. Estos objetivos requieren, preferiblemente, recoger información cualitativa y cuantitativa de los mismos individuos para tener un conocimiento más profundo y rico.
2. Escasa participación a través del reclutamiento. De todas las personas que fueron consultadas mediante el procedimiento de selección elegido en el estudio primario (muestreo aleatorio estratificado realizado por teléfono), solo aceptaron participar ocho.

3. Características de la intervención. Recibir un voluntario en casa es un problema para muchas personas mayores, por la desconfianza que supone meter a alguien ajeno en casa.

Estos motivos justificaron la decisión de seleccionar una muestra idéntica para ambos estudios (cuantitativo y cualitativo) y buscar métodos alternativos para seleccionar a los participantes, puesto que se detectó que telefónicamente las personas mayores no se “fiaban” de aceptar la intervención de acompañamiento y tampoco se mostraban predispuestas a hablar de aspectos más personales como puede ser, por ejemplo, si vivían solas o dar detalles de la ubicación de su vivienda para poder ser entrevistadas. De este modo, se observó que la desconfianza hacia lo desconocido y, sobre todo, hacia las llamadas telefónicas, era algo generalizado en la población consultada y se decidió buscar otras vías para reclutar a los participantes. A continuación se detalla el procedimiento seguido en la selección de participantes.

**a. Primera fase de reclutamiento: Muestreo aleatorio estratificado.**

En esta fase se siguió un muestreo probabilístico estratificado. Estratificar significa que una característica individual (en este caso, el distrito postal de residencia) está representada en la muestra y la muestra refleja la proporción verdadera de la población de individuos con dicha característica (Creswell, 2013). Se convino seleccionar 24 participantes para que los 24 voluntarios universitarios que habían sido formados en el Programa Acompaña-Té realizasen la intervención. En este sentido, Onwuegbuzie y sus colaboradores (2004, citado en Collins, 2010) estimaron que 21 participantes por grupo y por hipótesis es el tamaño mínimo requerido en los estudios experimentales, por lo que este tamaño de la muestra podría ser suficiente para comprobar los efectos sobre la variable principal de estudio (soledad). Entonces, se calculó la proporción de participantes que necesitaríamos de cada distrito postal. Para la aleatorización, se procedió a re-enumerar los listados telefónicos de cada distrito con números aleatorios obtenidos a través de un generador de números on-line de libre acceso. Una vez establecido el orden aleatorio de los listados telefónicos, se inició el periodo de llamadas. Durante mayo y junio se llamó a un total de 488 personas. De todas las llamadas realizadas, solo ocho personas aceptaron participar en el estudio, el

resto bien no pudieron ser localizadas o bien rechazaron recibir el programa y/o fueron descartadas por no cumplir con los criterios de selección (figura 25).

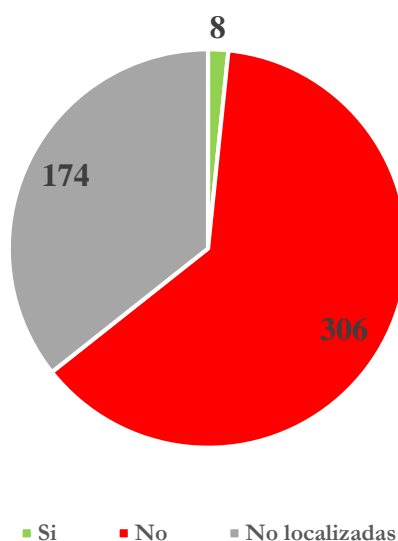


Figura 25: Respuesta de las personas mayores consultadas para participar en el Programa Acompaña-Té  
Fuente: Elaboración propia.

**b. Segunda fase de reclutamiento: Muestreo intencional con la estrategia “Bola de nieve”.**

Tras la infructuosa búsqueda de participantes por vía telefónica, se inició la segunda fase de la selección, en la que se procedió a realizar un muestreo intencional a través de la técnica de bola de nieve. Esta técnica fue diseñada como método de reclutamiento para seleccionar a los participantes de comunidades de difícil acceso y ha sido usada para reclutar a los participantes de programas de intervención en salud y para estudios de investigación (Sadler, Lee, Lim y Fullerton, 2010). En este caso, las personas que facilitaron el contacto de los posibles participantes fueron, por un lado, los participantes seleccionados en la fase anterior y, por otro lado, personas mayores de 55 años pertenecientes al programa SABIEX de la UMH. Todas ellas fueron informadas de los criterios de inclusión establecidos en el estudio y de las características de la intervención de acompañamiento, pero en ningún momento se comunicaron los objetivos de la investigación. Las personas informadas procuraron ponernos en contacto con algún vecino o familiar que cumpliera con los criterios de selección establecidos. Esta fase de la selección se realizó desde el mes de junio hasta

el mes de septiembre, siendo un total de 18 personas las que se mostraron interesadas en participar.

**c. Personas excluidas del estudio:**

Cinco señoras mostraron interés inicial en participar y ser entrevistadas pero, finalmente, no recibieron la intervención por los siguientes motivos:

- Dos señoras fueron excluidas por tener sospecha o diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia (puntuación de 4 puntos en el Cuestionario de Pfeiffer).
- Dos señoras decidieron declinar su participación porque no querían ser acompañadas, refiriendo motivos personales (tener familia, estar ocupadas).
- En el caso de una señora, después de ser informada y entrevistada para recoger los datos de la evaluación previa, una sobrina de ésta se puso en contacto con la coordinadora del programa para declinar la participación de su familiar porque, en su opinión, esta persona no necesitaba el programa.

Por otro lado, una participante, después de recibir la primera sesión de acompañamiento, tuvo que abandonar la intervención por problemas de salud.

En resumen, mediante los dos procedimientos de reclutamiento se seleccionaron un total de 21 participantes y, de éstos, solo una persona abandonó la intervención, por lo que finalmente el estudio incluye un total de 20 participantes (figura 26).

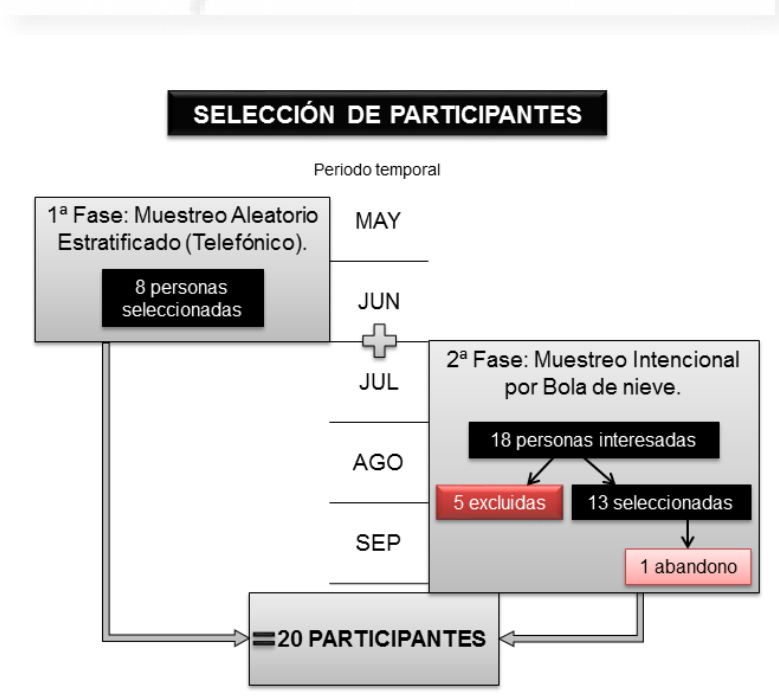


Figura 26: Proceso de selección de los participantes  
Fuente: Elaboración propia.

#### **5.4.2. Procedimiento de recogida de datos.**

La recogida de información se realizó entre los meses de mayo y noviembre de 2016. Se llevó a cabo simultáneamente, es decir, se recogieron los datos cuantitativos y cualitativos en el mismo momento de la evaluación con entrevistas semi-estructuradas.

La evaluación previa a la intervención se realizó algunos días antes de la primera visita de acompañamiento. Al respecto, cabe decir que en los casos que hubo mayor desconfianza y dudas previas a la intervención (2 casos) se realizaron dos visitas para completar la evaluación PRE-intervención: la primera para facilitar toda la información sobre la intervención y conocer a la coordinadora del programa personalmente y la segunda para realizar la evaluación. Por otro lado, la evaluación POST-intervención se realizó durante los días posteriores a la última sesión de acompañamiento, no superando en ningún caso las dos semanas de tiempo tras haber finalizado la intervención.

Para cada momento de la evaluación (PRE-intervención y POST-intervención) se elaboró un cuadernillo de evaluación con las escalas de evaluación y la entrevista semiestructurada (apéndice 14 y apéndice 15 respectivamente) y, además, para evitar la influencia del entrevistador en la recogida de datos se desarrolló un protocolo para la recogida de datos de la primera evaluación (figura 27).

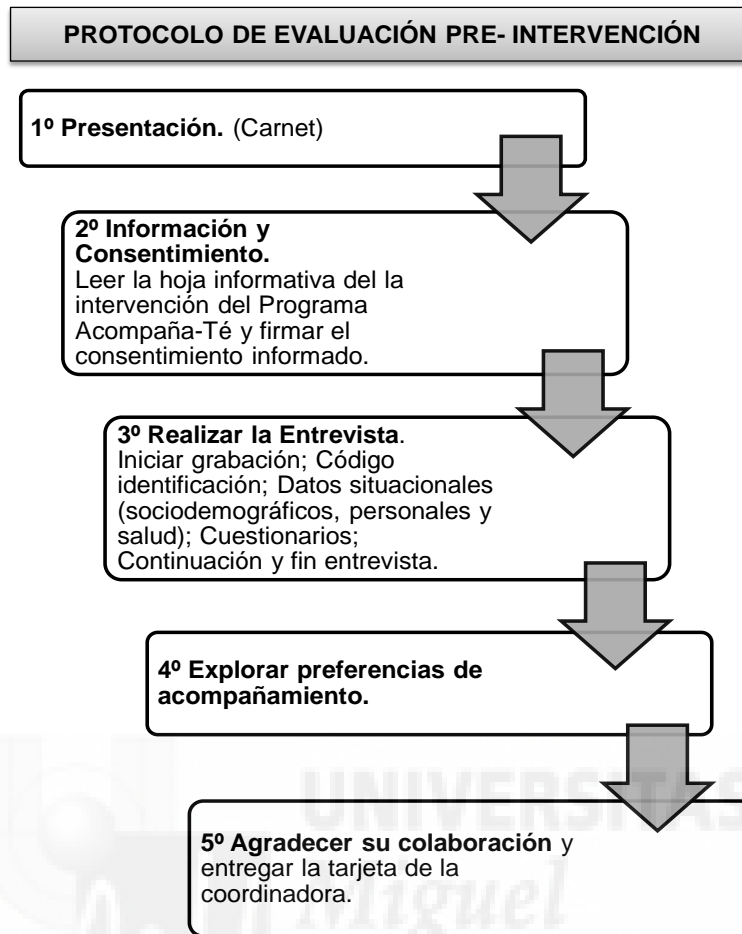


Figura 27: Protocolo de evaluación seguido en la evaluación Pre-intervención  
Fuente: Elaboración propia.

Para comprobar la viabilidad y la comprensión de las preguntas incluidas en el protocolo, se hizo un pase piloto del cuadernillo PRE-intervención antes de iniciar las evaluaciones.

El pase piloto se realizó en el mes de abril a cuatro señoras de entre 69 y 84 años de edad que cumplían con los criterios de selección establecidos. Tres evaluadoras distintas se encargaron de realizar el pilotaje, detectar errores y proponer mejoras. Los aspectos que se mejoraron tras el pilotaje del protocolo fueron:

Cambios en las escalas:

- En la Escala de Competencia Personal (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998), se ubica una línea/tabla en forma de continuo del grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación (ítem) en el que se colocan los seis puntos de la escala tipo Likert de respuesta.

- En la Escala de Autoeficacia para Envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008), se sustituye “rendimiento intelectual” por “rendimiento mental” para las personas con bajo nivel cultural.

#### Cambios en la entrevista:

- Se cambia el código de identificación para salvaguardar mejor el anonimato de los participantes.
- En el nivel de estudios, se pone un apartado extra para indicar los años de escolarización, por si la persona no sabe indicar el nivel de estudios alcanzado.
- Para poder registrar el número de enfermedades crónicas de la persona se decide solicitar al participante la hoja de tratamientos activos, que sirve de receta en el sistema de abucasis en el Servicio Valenciano de Salud y en ella se indican los diagnósticos sobre los que recibe tratamiento.
- Se simplifican los ítems relativos a la medicación ansiolítica o antidepresiva. En el lugar de preguntar si toma ansiolíticos, se pregunta “toma alguna medicación para los nervios” y en lugar de preguntar si toma antidepresivos, se pregunta “toma alguna medicación para la depresión o el ánimo”.
- En las preguntas relativas a las barreras para la participación social se ha incluido una introducción para explicar qué es la participación social. Además se incluye un ítem para preguntar si la persona participa en algún tipo de actividad social de manera regular.

Tras realizar los cambios propuestos por los tres evaluadores, se volvieron a reunir para revisar el protocolo de nuevo y se modificaron los siguientes aspectos:

#### Cambios en las escalas.

- En la Escala de Autoeficacia para Envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008) se añade a las opciones de respuesta la coletilla “Lo creo...Casi nada/algo/bastante/mucho”.

En la entrevista se eliminaron o modificaron los siguientes aspectos:

- Se elimina el ítem “satisfacción con el nivel de ingresos” porque ya había un ítem que exploraba si la persona creía que el nivel de ingresos le afectaba para salir de casa a hacer actividades sociales.
- Se elimina la introducción y el ítem de aislamiento social. Se considera información redundante y que puede generar confusión a los participantes.

- Se simplifica la redacción de los ítems de exploración de las barreras hacia la participación social.
- Se modifica el orden de algunas preguntas: Se adelantan las preguntas de salud (enfermedades crónicas, medicación ansiolítica y antidepresiva) que se ponen junto al apartado de variables sociodemográficas.
- Se modifica el orden de realización de las pruebas: primero se realizan las preguntas sociodemográficas, personales y de salud, luego se pasan las escalas y se continúa después con la entrevista en el apartado de limitaciones para la participación social hasta el final de la entrevista.

Asimismo, en la reunión sobre el protocolo se determinó también que, teniendo en cuenta que algunas de las pruebas de evaluación seleccionadas para la evaluación cuantitativa lo permitían, a aquellas personas que no pudiesen autocumplimentar las escalas por dificultad lectora, inseguridad u otro motivo, se les administrarían las pruebas de manera heteroaplicada.

Finalmente, se eligieron dos evaluadoras para realizar las entrevistas. Las entrevistas se grabaron mediante un dispositivo móvil y se custodiaron en una base de datos con acceso cifrado a través de un código numérico. Por otro lado, se seleccionaron otras dos investigadoras (distintas de las anteriores) para llevar a cabo las transcripciones de las entrevistas realizadas. Cada investigadora se encargaba de transcribir las entrevistas de una fase de la evaluación, PRE-intervención o POST-intervención. Se accedió a las grabaciones mediante un código personal y se transcribieron las entrevistas desde la universidad.

### *Recogida y análisis de datos CUANTITATIVOS.*

En los dos siguientes apartados se describen los instrumentos utilizados y los análisis que se han realizado para el estudio cuantitativo. Sin embargo, antes de desarrollar esta sección es oportuno decir que, además de las variables que se describen en esta sección, en ambos protocolos de evaluación (PRE y POST intervención) se recogieron otros datos de salud y del apoyo social de los participantes que forman parte de un estudio más amplio y no se exponen en este trabajo porque exceden los objetivos del mismo.



Continuando con el cometido de este apartado, y para facilitar la lectura y la comprensión de los datos cuantitativos recogidos, se dispone en el siguiente esquema el orden seguido para presentar las variables y los instrumentos de medida empleados. A partir de la clasificación de las variables ofrecida por Ramos (2011), en función del criterio metodológico, se incluyen las siguientes variables:

1. Variables independientes. Son las que el investigador manipula intencionalmente para probar si existen relaciones causales entre ellas y las variables dependientes (en este caso, la intervención de acompañamiento descrita en el capítulo anterior). A su vez, las variables independientes se pueden clasificar en:
  - a. Variables orgánicas (o de los participantes). Se refieren a las características personales del individuo.
  - b. Variables situacionales. Son aquellas variables externas relativas a los estímulos del ambiente o a las variables externas que introduce o manipula el investigador.
2. Variables dependientes. Son el objeto de estudio de la investigación. Son las variables que reflejan los efectos de la variable independiente manipulada, por lo tanto, las que se han evaluado antes y después de la inclusión de la variable independiente. En este estudio, las variables dependientes sobre las que se espera cambios tras la intervención son:
  - a. La soledad.
  - b. El control percibido.
    - i. La competencia personal.
    - ii. La autoeficacia para envejecer.
  - c. La participación social.
  - d. Satisfacción con el programa (solo se evalúa al final del programa).

A continuación se describen operativamente todas las variables medidas y las herramientas utilizadas para su evaluación.

*Variables e Instrumentos utilizados.*

**Variables independientes: organísmicas y situacionales.**

En la entrevista semi-estructurada se redactaron preguntas cerradas para recoger información sobre las siguientes variables (entre paréntesis se especifica el nombre que se le ha dado a cada variable en la base de datos).

- a. Identificación del participante (*ID*). Se asignó un código de identificación del participante con códigos alfanuméricos para garantizar el anonimato de la persona.
- b. Sexo (*Sexo*). Se indicó el sexo del participante, indicando mujer u hombre.
- c. Edad (*Edad*). Se recogió la edad, referida en años, del participante en el momento de la evaluación.
- d. Lugar de nacimiento (*LugNacim*). Se preguntó por el lugar de nacimiento, para saber si la persona era emigrada o nacida en Elche.
- e. Estado civil (*EstadoCivil*). Se pidió información sobre el estado civil, incluyendo las categorías: viudo/a, casado/a, soltero/a y divorciado/a o separado/a.
- f. Número de hijos (*NumHijos*). Se preguntó por el número de hijos. Para el registro en la base de datos solo se consideró el número de hijos vivos en la actualidad.
- g. Lugar de residencia de los hijos (*HijosElche*). Cuando se respondía afirmativamente a la cuestión anterior, se preguntó el lugar de residencia de los hijos, con el fin de comprobar si vivían en Elche o no.
- h. Nivel de estudios (*NiveEstudios*). Se pidió información sobre el nivel de estudios alcanzado y se incluyeron las categorías: sin estudios (saben leer y escribir), estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores. Cuando no se sabía especificar el nivel de estudios alcanzado, se preguntó por los años aproximados de escolarización. Las personas que indicaron entre tres y seis años de escolarización se les ubicó en la categoría de estudios primarios.
- i. Recibe alguna pensión (*Pensionista*). Se preguntó si recibían algún tipo de prestación económica, indicando sí o no.
- j. Tipo de pensión recibida (*TipoPensión*). En los casos afirmativos se preguntó el tipo o los tipos de prestación, entre los que se incluyen la jubilación, la viudedad y otro tipo, donde se especifica el nombre del tipo de prestación. En los casos en los que se reciben dos (p.ej. viudedad y jubilación) se indicó el valor “dos pensiones”.

- k. Ocupación o profesión desarrollada (*Profesión*). Se pidió información sobre la ocupación o profesión principal que habían desarrollado durante su edad laboral.
- l. Tiempo viviendo solo (*TiempoSolo*). Se preguntó el tiempo, en años, que llevaban residiendo en solitario, para saber si se trataba de una situación reciente a la que se estaba adaptando o era una situación estable. En los casos de las personas que llevaban solo meses en esa situación, se calculó la proporción para indicar el periodo en años (por ejemplo, si una persona llevaba viviendo sola 6 meses se indicó 0,5 en esta variable).
- m. Motivo por el que vive solo (*MotVivirSolo*). Se solicitó el motivo por el que vivían solos, ofreciendo dos opciones posibles: *vive sola por elección* (la persona lo han decidido así) o *vive sola por obligación* (la persona no lo decidió, sino que las circunstancias le han llevado a ello).
- n. Participación social (*ActivoSoc*). Se preguntó si realizaba algún tipo de actividad social que implique salir del domicilio y relacionarse con otras personas, se recogió la respuesta dicotómica (sí o no) en esta variable.
- o. Barreras para la participación social (*BarrerasSoc*). Que las personas mayores participen socialmente depende de muchos factores que condicionan esta conducta (Galenkamp et al., 2016; Goll et al., 2015), por ello se preguntó si creían que los siguientes aspectos: edad, sexo, estado civil, estado de salud, nivel de ingresos, vivienda o vivir solo, eran motivos que limitaban su participación social.
- p. Usuario de teleasistencia (*Teleasistencia*). Se especificó si la persona recibía el servicio de teleasistencia, indicando sí o no.
- q. Número de patologías crónicas (*EnfCrónica*). Se preguntó el número de enfermedades crónicas. Cuando no se supo referir, se solicitó la hoja de tratamientos y diagnósticos activos para su correcto registro.
- r. Tratamiento con ansiolíticos (*TtoANS*). Se preguntó si recibían tratamiento para los nervios (ansiedad). En caso afirmativo, se indicó si el tratamiento era agudo o crónico.
- s. Tratamiento con antidepresivos (*TtoDEPRE*). Se preguntó si recibían tratamiento para el estado de ánimo (depresión). En caso afirmativo, se indicó si el tratamiento era agudo o crónico.

## VARIABLES DEPENDIENTES.

### a) SOLEDAD.

En el presente estudio se ha conceptualizado la soledad como una experiencia subjetiva y desagradable que aparece cuando los individuos perciben deficiencias en sus relaciones sociales (Peplau y Perlman, 1982). Estas deficiencias pueden ser cuantitativas (por ejemplo, recibir pocas visitas de los hijos) o cualitativas (por ejemplo, percibir falta de comprensión cuando comentan preocupaciones personales).

**Instrumentos empleados:** La soledad ha sido evaluada mediante dos instrumentos. Para evaluar el *nivel de soledad*, se ha empleado la versión 3 de la *Escala de Soledad de UCLA de Rusell (1996)* (apéndice 16) adaptada y validada en nuestro país en población anciana que vive sola (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia, 2016). La versión validada mide el sentimiento de soledad a través de diez ítems con escala de respuesta de cuatro puntos tipo Likert donde 1 indica <<me siento así a menudo>>, 2 <<me siento así con frecuencia>>, 3 <<raramente me siento así>> y 4 <<nunca me siento de ese modo>>. El rango de puntuaciones oscila entre 10 y 40 puntos, donde las puntuaciones más bajas indican mayor nivel o severidad de la soledad o sentimiento de soledad. Para comprobar la validez diagnóstica del instrumento, los citados autores establecieron el punto de corte en 31,5 mediante la curva de ROC para diagnosticar el estado de soledad. De esta manera, las personas con puntuaciones de hasta 31 presentan un “estado clínico de soledad” (con un grado de soledad entre moderado y severo) y las personas con puntuaciones por encima “no presentan soledad”. Con este punto de corte los autores obtuvieron una sensibilidad del instrumento del 63,3% (con un valor predictivo positivo de 41,5%) y una especificidad del 45,1% (con valor predictivo negativo del 66,9%). El instrumento mostró una consistencia interna muy alta (alfa de Cronbach 0.95). Los análisis para la validez de constructo, confirmaron la existencia de factores latentes (rechazaron la matriz de identidad con el test esfericidad de Barlett  $p < 0,0001$ ) y también mostraron la estructura unidimensional de la prueba (test de componentes principales y otros: máxima verosimilitud, ejes principales y mínimos cuadrados), donde un único factor explicaba un 71,6% de la variabilidad total de las respuestas. Para la validación de esta

versión, el cuestionario se pasó a los participantes del estudio de manera autoadministrada (Velarde-Mayol et al., 2016). Sin embargo, esta versión se ha validado en personas mayores que viven solas con el fin de cribar la soledad de estas personas en atención primaria, cumplimentándose dicha prueba en el contexto clínico de forma heteroadministrada (Comunicación por e-mail con Cristina Velarde-Mayor, autora principal del artículo y médico de Atención Primaria, el 8 de abril de 2016). Así pues, estos hechos dan muestra de la flexibilidad a la hora de administrar la prueba.

Asimismo, para evaluar la *soledad percibida* de los participantes, se utilizó un ítem ad-hoc adaptado del estudio de Newall (2010, p. 40) para su tesis doctoral sobre la soledad. Dicho ítem quedó redactado de la siguiente manera en ambos protocolos de evaluación (PRE y POST) empleados en las entrevistas semi-estructuradas:

Si pudiésemos dividir a las personas en cuatro grupos en función del grado de soledad que sienten:

1. en el primer grupo los que no están solos,
2. en el segundo los que están moderadamente o un poco solos,
3. en el tercer grupo los que están bastante solos y
4. en el cuatro grupo los que están muy solos.

¿En qué grupo se clasificaría usted en estos momentos?

#### **b) CONTROL PERCIBIDO.**

Como ya se ha manifestado, el concepto de control percibido es difícil de delimitar (Stephoe, 1989). Es habitual encontrar en la literatura términos diferentes haciendo referencia al control percibido, como son las creencias de control, el sentido de control, la competencia percibida, la autoeficacia, etc. (Lachman, et al., 2011). El control percibido, se refiere a la expectativa sobre el dominio personal y las contingencias ambientales que influyen en los resultados que se obtienen del entorno y del rendimiento personal (Lachman et al., 2011, p. 176). En este sentido, Ferguson, Dodds, Ng y Fannigan (1984) (citados en Fernández-Castro y Edo-Izquierdo, 1994, p. 130) observaron que, dentro del concepto de control percibido, se puede distinguir empíricamente entre creencias generales sobre el mundo y uno mismo y expectativas específicas referidas a contextos concretos. Teniendo en cuenta lo señalado por estos autores, en el presente estudio el *control percibido* se va a definir a partir de dos

variables que se refieren tanto a las expectativas o creencias generales de control sobre uno mismo (*competencia personal*), como a las expectativas específicas de control que se refieren a contextos concretos (*autoeficacia para envejecer*).

**i. COMPETENCIA PERSONAL:**

La competencia personal fue definida por Wallston (1992) como “la creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones a las que se ve sometido” (referido en Fernández-Castro et al., 1998, p. 33). Como señalan Fernández-Castro et al. (1998) este concepto combina dos expectativas generales, la expectativa sobre la conducta o autoeficacia (“soy capaz de hacer X”) y la expectativa sobre el resultado (“si hago X conseguiré lo que quiero”).

**Instrumento empleado:** Esta variable se evaluó mediante la *Escala de Competencia Personal* de Wallston (1992) (apéndice 17) adaptada al castellano por Fernández-Castro et al. (1996) y validada por el mismo autor y su equipo en población española (referido en Fernández-Castro et al., 1998, p. 34). Consta de un total de ocho ítems, cuatro positivos y cuatro negativos, con escala de respuesta tipo Likert de 6 categorías que van desde <<*completamente en desacuerdo*>> a <<*completamente de acuerdo*>>. El rango de puntuaciones fluctúa de 8 a 48 puntos, interpretándose que a mayor puntuación mayor competencia personal percibida. En la validación española la escala consiguió una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.83) y presenta una estructura unidimensional, donde el factor evaluado explica el 47% de la variabilidad de las puntuaciones, según el análisis de componentes principales en el estudio de validación del instrumento.

**ii. AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER:**

La autoeficacia o expectativa de eficacia personal es un concepto desarrollado por Bandura (1986) que se refiere a la capacidad percibida para ejecutar uno mismo con éxito una determinada conducta. En el ámbito de la gerontología, Fernández-Ballesteros et al. (2006, 2010) introdujeron el concepto de autoeficacia para envejecer en el estudio longitudinal sobre envejecimiento activo y en estudios posteriores, con

el fin de encontrar los predictores del envejecimiento con éxito. La autoeficacia para envejecer se ha definido como la percepción que la persona tiene específicamente respecto al control que ejercerá en el futuro sobre cuatro áreas: salud, cognitiva, física y funcional y socio-emocional (Fernández-Ballesteros, 2008; Pavón y Arias, 2013).

**Instrumento empleado:** La evaluación de esta variable se ha realizado mediante la *Escala de Autoeficacia para Envejecer* de Fernández-Ballesteros (2008, p. 93) (apéndice 18). Es una escala de 10 ítems de respuesta tipo Likert de cuatro puntos que van desde <<*casi nada*>> a <<*mucho*>>. La escala explora la eficacia personal en aspectos de salud (ítems 1 y 6), cognitivos (ítems 3 y 9), físicos y funcionales (ítems 4, 8 y 10) y socioemocionales (ítems 2, 5 y 7) que ocurren durante la vejez. El ítem 7 se refiere a la autoeficacia percibida para manejar los problemas de soledad en el futuro (“*creo que podré resolver los problemas de soledad que puedan surgir*”). Se puede obtener una puntuación por cada dimensión evaluada, el rango de puntuaciones de las dimensiones de dos ítems oscila entre 2 y 8 puntos y el de las dimensiones de tres ítems entre 3 y 12 puntos. También se puede mostrar una puntuación general de autoeficacia para envejecer que fluctúa entre 10 y 40 puntos, interpretándose que a mayor puntuación, mayor autoeficacia para envejecer. La escala ha mostrado buenos niveles de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.84 (Fernández-Ballesteros, 2008). Se aplica de manera autoadministrada, sin embargo, en función del nivel educativo y de la comprensión de la persona evaluada se puede administrar de manera heteroaplicada en entrevistas (información referida por la autora Fernández-Ballesteros en comunicación personal mediante correo electrónico el 20 de abril de 2016).

### **c) PARTICIPACIÓN SOCIAL.**

La *participación social* se entiende como la percepción que tiene la persona de la participación en actividades sociales que realiza en su entorno que impliquen relacionarse con otras personas y salir de casa. Esta definición se ajustaría a las que el IMSERSO (2008) indica en el libro “*La participación social de las personas mayores*” como definiciones más “flexibles” de participación social, que se refieren a una visión más dinámica y acorde con el contexto global en el que desarrollan las relaciones sociales.

Entre estas definiciones se encuentra la de McDonald (1996), que entiende la participación social desde tres dimensiones: el vecindario, la implicación en actividades organizadas o asociaciones y desde la amistad, y la de Connidis y McMulling (1992), que señalaron que en ocasiones la participación social comprende actividades como del tipo viajar, acudir a lugares públicos o hacer actividades concretas fuera de casa, etc. (IMSERSO, 2008, p. 19).

**Instrumento empleado:** La participación social se midió con el *Índice de Participación Social Subjetiva* de la *Escala ESTE II* (Rubio, Rubio y Pinel, 2010) que se incluía dentro de las preguntas de la entrevista semi-estructurada. Este índice está compuesto por cuatro ítems con escala de respuesta tipo Likert de tres puntos <<*siempre, a veces y nunca*>>. El rango de puntuaciones que se puede obtener oscila entre 0 y 8 puntos. En la escala original las puntuaciones bajas indican mayor nivel de participación social percibida, pero para facilitar la interpretación se ha invertido la asignación de valores, por lo que en este trabajo, las puntuaciones altas indicarán una mayor participación social.

#### d) SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA.

A pesar de que el concepto de satisfacción es complejo y multidimensional (Mira y Aranaz, 2000), en el presente trabajo nos referimos a la satisfacción con el programa en general, es decir, al grado de satisfacción global del participante con la intervención que ha recibido. Dicha valoración es personal y subjetiva, por lo que la persona es la que asigna un valor al programa basándose en los aspectos más importantes para ella.

**Instrumento empleado:** La *satisfacción con el programa* de acompañamiento recibido se ha evaluado con un ítem ad hoc, en el que las personas indican su grado de satisfacción general con el programa en una escala tipo Likert de 10 puntos. El valor “0” corresponde al menor grado de satisfacción y “10” al nivel más alto de satisfacción. Este modo de valorar la satisfacción general del programa de intervención se ha basado en los métodos empleados para valorar la satisfacción con programas de intervención del ámbito de la atención sanitaria (p.ej. van-der Hofstadt et al., 2012) y de los servicios sociales prestados desde las administraciones públicas (p.ej. Gobierno de Navarra, 2009).



*Análisis de datos.*

**a) Tratamiento de los datos.**

Después de recoger la información, los datos se introdujeron y se codificaron en una matriz de datos con ayuda del software informático IBM SPSS Statistics 24. La codificación que se realizó en las variables dependientes es la que sigue:

- **Escala de Soledad de UCLA:** Los ítems de esta escala se codificaron con el código “UCLA”, el número de ítem correspondiente y el momento de la evaluación, indicando si la evaluación se había hecho antes (pre) o después de la intervención (post), por ejemplo: “UCLA1pre”. Los valores que se han asignado a cada respuesta coinciden con los descritos previamente sobre el formato de respuesta de la escala, por lo que el valor “1” significa <<a menudo>>, el “2” <<con frecuencia>>, el “3” <<raramente>> y el “4” <<nunca>>. El resultado de la prueba se ha realizado haciendo el sumatorio de los ítems de la escala y recodificando el resultado en una nueva variable “UCLAtotal” seguido del momento de evaluación (pre o post).
- **Soledad percibida:** El ítem ad-hoc utilizado para evaluar la soledad percibida se codificó con el nombre “SOLEper” seguido del momento temporal de la evaluación (por ejemplo: “SOLEperPRE”). Los valores asignados fueron “0” <<no está sola>>, “1” <<está moderadamente sola>>, “2” <<está bastante sola>> y “3” <<está muy sola>>.
- **Escala de Competencia Personal:** Los ítems de esta escala están codificados en la base de datos mediante el código “ECP”, el número de ítem correspondiente y el momento temporal de la evaluación (pre o post), por ejemplo: “ECP1pre”. En la codificación de la variable, el valor “1” significa <<completamente en desacuerdo>>, el “2” <<bastante en desacuerdo>>, el “3” <<algo en desacuerdo>>, el “4” <<algo de acuerdo>>, el “5” <<bastante de acuerdo>> y el “6” <<completamente de acuerdo>>. Los ítems negativos de la escala (“ECP2”, “ECP3”, “ECP6” y “ECP7”) se transformaron invirtiendo el valor de las puntuaciones directas asignadas (1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2 y 6=1). Una vez transformadas las puntuaciones, se calculó el resultado de la escala realizando el sumatorio de los ítems en una nueva variable llamada “ECPtotal” seguido del momento de evaluación (pre o post).

- **Escala de Autoeficacia para envejecer:** Cada ítem de la escala ha sido codificado mediante el código “AEE”, el número de ítem correspondiente y el momento de la evaluación (pre o post), por ejemplo: “AEE1pre”. Los valores asignados a cada respuesta coinciden con el formato de respuesta de la escala, donde “1” significa <<*casi nada*>>, “2” <<*algo*>>, “3” <<*bastante*>> y “4” <<*mucho*>>. Para calcular el resultado de la escala se realizó el sumatorio de los ítems en una nueva variable llamada “AEEtotal” seguido del momento de evaluación (pre o post). Siguiendo el mismo procedimiento, se calcularon las puntuaciones totales de todas las dimensiones específicas: salud “AEEsalud”, cognitiva “AEEcognitiva”, física y funcional “AEEfuncional” y socioemocional “AEEsocioemo” en el pre y en el post y, además, se codificaron en una nueva variable llamada “AEEsoledad” las respuestas recogidas en el ítem 7 que evalúa la autoeficacia para manejar situaciones de soledad que puedan surgir durante la vejez.
- **Índice de participación social subjetiva:** Los ítems de este índice se han codificado mediante el código “IPSS”, el número de ítem correspondiente y el momento de la evaluación (pre o post), por ejemplo: “IPSS1pre”. Los valores asignados a cada respuesta han sido “0” <<*nunca*>>, “1” <<*a veces*>> y “2” <<*siempre*>>. Tal y como se ha indicado previamente, se ha modificado la asignación de valores en la codificación de la base de datos para facilitar el sentido de la interpretación. Por tanto, las puntuaciones altas indican mayor participación social. Para calcular el resultado del índice se realizó el sumatorio de los ítems en una nueva variable llamada “IPSStotal” seguido del momento de evaluación (pre o post).
- **Satisfacción con el programa:** Este único ítem se codificó como “SatisPROGR” y en la base de datos se indicó el valor numérico indicado por los participantes en el ítem.

Una vez introducidos los datos, se revisaron los casos perdidos y se recuperaron las respuestas que no se habían registrado escuchando las grabaciones de las entrevistas.

#### **b) Análisis de datos realizados.**

En primer lugar se realizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencias en las variables categóricas y de tendencia central y dispersión en las variables continuas, como es el caso de las variables dependientes del estudio, siguiendo así las

recomendaciones de la Asociación Americana de Psicología (APA) (referidas por Cárdenas y Arancibia, 2014).

A nivel inferencial, con el fin de averiguar si existen diferencias en las variables dependientes evaluadas antes y después de la intervención de acompañamiento, se realizaron contrastes de hipótesis para comparar las diferencias de las medias del pre y post en dichas variables, utilizando la prueba T-Student para muestras relacionadas, con un valor de significación  $<.05$ . Para realizar este análisis, primero se calcularon las puntuaciones totales de las variables dependientes antes (PRE) y después (POST) de la intervención y se crearon variables de las diferencias entre el pre y el post de cada variable. Sobre dichas variables se comprobaron los supuestos de independencia, con la Prueba de Rachas, y de normalidad, con Kolmogorov-Smirnov de una muestra. Todas las variables cumplieron los supuestos de independencia y normalidad con un nivel de significación alfa de  $<.05$ , excepto en el caso de la variable soledad percibida (“SOLEper”), evaluada con un ítem ad-hoc, y la variable autoeficacia para manejar los problemas de soledad que puedan surgir cuando se envejece (“AEEsoledad”), evaluada con el ítem 7 de la escala de Autoeficacia para Envejecer, que cumplieron el supuesto de normalidad con un nivel de significación alfa de  $>.01$ .

Posteriormente, debido a que la significación no es capaz de indicar si las diferencias encontradas son grandes o importantes, se siguieron las recomendaciones de la APA sobre la necesidad de informar del tamaño del efecto en los resultados de las intervenciones (referido en Cárdenas y Arancibia, 2014).

Para estimar el tamaño del efecto (TE) de las diferencias de medias que resultaron significativas en la prueba t se calculó “r”, que sirvió para comprobar la magnitud de la relación entre los cambios detectados en las variables y la intervención de acompañamiento. Para la interpretación de “r” se siguieron los criterios propuestos por Cohen (1988), considerando los valores .10, .30 y .50 como tamaños del efecto pequeño, mediano y grande respectivamente (Cohen, 1988).

Finalmente, los valores “r” se elevaron al cuadrado ( $r^2$ ) para transformar las puntuaciones en un índice que sirviese para indicar la proporción de varianza de la variable dependiente que era explicada por los efectos de la variable independiente, es decir, por la intervención de acompañamiento aplicada (Cárdenas y Arancibia, 2014).

## *Recogida y Análisis de datos CUALITATIVOS.*

### *Instrumentos utilizados.*

Los datos de los dos estudios cualitativos anidados desarrollados se recogieron mediante entrevistas semi-estructuradas realizadas antes y después de la intervención. Las entrevistas se concertaron previamente por teléfono y todas se realizaron en el domicilio de los participantes. Dos investigadoras (R.L. y B.A.) se encargaron de conducirlas y grabarlas. Para ello, siguieron el protocolo comentado previamente (punto 5.4.2) y, pese a ser entrevistas semi-estructuradas, se mantuvo la premisa de respetar la necesidad de hablar del participante, escuchar activamente y establecer un clima de confianza. Esta premisa se consideró fundamental durante las entrevistas para lograr la confianza de los participantes en la organización y la coordinación del Programa Acompaña-Té, lo que determinó en gran medida la extensión de las mismas (la duración aproximada de las entrevistas de 64 a 197 minutos).

Gorard (2010) afirma que las entrevistas semi-estructuradas facilitan la tarea del investigador que emplea métodos mixtos, puesto que son más fáciles de transformar. En este sentido, Bryman (2006) señala que la entrevista semi-estructurada es el método de recogida de datos cualitativo más empleado en la investigación con métodos mixtos. En la presente investigación, este instrumento ha permitido establecer preguntas que contribuyen a comprender mejor la experiencia de soledad en las personas mayores y los resultados de la intervención de acompañamiento.

### **Primer estudio cualitativo anidado.**

El objetivo del primer estudio era averiguar cuál era el significado de la soledad de los participantes, cómo la experimentan y cuál era la justificación de su estado de soledad percibido antes y después de la intervención. Para ello, se recogió información relativa a la experiencia de soledad, a saber:

- El significado de la soledad de los participantes.
- La justificación del grado de soledad percibido antes y después de la intervención (ítem ad-hoc referido en el apartado anterior).

- Las causas o motivos a los que atribuyen su situación de soledad.
- Las consecuencias de la soledad, es decir, cómo les afecta la soledad.
- Percepción de control para manejar la soledad y las estrategias de afrontamiento que utilizan para eliminar o evitar la soledad.

La exploración de estas áreas en la entrevista semi-estructurada se fundamenta en los hallazgos encontrados en la revisión teórica previa, en la que se afirma que las atribuciones causales y el control percibido son variables mediadoras de la soledad (Newall, et al., 2014; Newall, 2010; Newall et al., 2009; Peplau y Perlman, 1982; Peplau y Perlman, 1979) y en el modelo explicativo que supone que las personas solitarias tienen sesgos cognitivos que generan expectativas sociales más pesimistas y modos de interacción social negativos que aumentan la soledad (Cacioppo y Hawkley, 2009). De este modo, conocer la experiencia de soledad de los participantes y comprender cómo les influye en su comportamiento, se considera relevante para profundizar mejor en el entendimiento de los resultados de la intervención sobre la soledad.

### **Segundo estudio cualitativo anidado.**

El segundo estudio cualitativo pretende extraer información sobre la experiencia de los participantes que han recibido la intervención psicosocial de acompañamiento, con el fin de conocer los beneficios que han obtenido tras participar en la misma.

Cabrera, Donoso, Aneas, del Campo y Pi i Murugí (2010) desarrollaron un modelo para valorar las percepciones que tienen los usuarios como beneficiarios de programas sociales. Los autores entienden que las percepciones de los individuos que participan en los programas son necesarias para obtener unas conclusiones coherentes y fundamentadas en la evaluación de los programas. El modelo sigue un enfoque metodológico mixto de evaluación, incluyendo aspectos objetivos y subjetivos, para profundizar en la comprensión del funcionamiento de los programas de intervención. En la dimensión subjetiva del modelo, entre otros aspectos, los autores consideran que se debe valorar la satisfacción y los beneficios de los programas desde las perspectivas y significados de los individuos que participan en los mismos.

Por tanto, para profundizar en el conocimiento del impacto que tiene la intervención psicosocial de acompañamiento, se realiza este estudio anidado sobre los beneficios que los participantes han encontrado a través de su experiencia en el programa.

*Análisis de datos.*

Se ha justificado qué y por qué se recogen los datos cualitativos referidos en los dos estudios anidados, ahora solo falta explicar cómo se ha realizado el análisis de datos cualitativos usando el método de análisis temático.

Braun y Clarke (2006), en su excelente artículo sobre el uso del análisis temático en psicología, subrayan la importancia de que los psicólogos que investigan datos cualitativos respondan en sus informes las tres cuestiones referidas en la introducción de este apartado (qué se está haciendo, por qué y cómo). Según afirman, muchas veces los investigadores se olvidan de referir el “cómo”, lo que hace difícil comprender de qué manera se ha analizado la información cualitativa y de dónde salen los resultados cualitativos de los informes (Braun y Clarke, 2006). Este hecho, cuestiona y pone en tela de juicio los estudios cualitativos ya que, en ocasiones, puede parecer que las conclusiones o los datos se sacan sin ningún rigor científico. Pero esto no es así o, al menos, no debería serlo. Para solventar estos problemas, las autoras del estudio referido describen el proceso de aplicación y evaluación del análisis temático para que sirva de guía a los estudiantes y aquellos investigadores que no estén familiarizados con la investigación cualitativa (para ampliar la información diríjase Braun y Clarke, 2006).

El análisis temático es un “método para identificar, analizar e informar patrones (temas) entre los datos” (Braun y Clarke, 2006, p. 79). Es un método flexible e independiente de la teoría, lo que facilita la forma de análisis, sobre todo, a aquellos que se inician en la investigación cualitativa. De hecho, en opinión de las autoras, “es el primer método de análisis cualitativo que los investigadores deben aprender” (Braun y Clarke, 2006, p. 78).

Para realizar el análisis cualitativo de los estudios anidados en esta investigación, se tomaron decisiones previas a la recogida de datos cualitativos que guiaron el análisis posterior de los datos, siguiendo así las recomendaciones sugeridas por Braun y Clarke (2006). A continuación se enumeran las decisiones que se tomaron:

- a) *Temas*. Se consideró un “tema” a toda aquella información que recogía un significado importante en relación a las preguntas de investigación planteadas y que representaba cierto patrón de significados (respuestas) compartidos en los datos analizados.
- b) *Tipo de análisis*. Se realizó un análisis específico y detallado sobre los temas particulares que estuvieron relacionados con las preguntas de investigación.
- c) *Tipo de guía seguida en el análisis temático*. Se realizó un análisis guiado teóricamente, es decir, se realizaba de manera deductiva, guiado por los objetivos del estudio y las evidencias encontradas en la revisión realizada en el estudio teórico.
- d) *Procedimiento para identificar los temas en el conjunto de datos*. La identificación de los temas se realizó a nivel semántico, es decir, se extrajeron de los significados que aparecían explícitamente en los datos. Para ello, primero se describieron los temas, que eran identificados semánticamente, organizados y resumidos, para interpretarlos posteriormente y relacionarlos con la literatura revisada.
- e) *Epistemología seguida en el análisis temático*. La epistemología que se siguió fue esencialista y realista. Esta posición epistemológica mantiene la idea de que el lenguaje refleja y permite expresar los significados y experiencias de las personas. Esto implica que los temas se deben extraer desde el lenguaje explícito semántico. De este modo, no se realizó una interpretación del lenguaje, sino que se teorizaron los significados y las experiencias de los participantes de manera directa a través de las narraciones literales de su lenguaje.

Asimismo, para realizar el análisis temático se siguieron las seis fases propuestas por Braun y Clarke (2006) que se resumen en la tabla 18.

Finalmente, en cuanto a las herramientas informáticas empleadas en el análisis de los datos cualitativos, se ha usado el procesador de textos Word del paquete Microsoft Office 2013 para las transcripciones de las entrevistas, para la codificación de los estudios anidados y la extracción de los temas se ha utilizado el software informático de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti versión 7.5.7. y para la creación de mapas temáticos se ha empleado la aplicación online Creately (<https://creately.com/>).

Tabla 18. Fases del análisis temático propuestas por Braun y Clarke (2006)

Fase	Descripción del proceso
<b>Familiarizarse con los datos</b>	Transcribir datos, leer y releer los datos, nada de ideas previas.
<b>Generar códigos iniciales</b>	Codificar las características interesantes de los datos de manera sistemática en todo el conjunto de datos, recopilar datos relevantes para cada código.
<b>Buscar temas</b>	Recopilar los códigos en temas potenciales, reuniendo los datos relevantes para cada tema potencial.
<b>Revisar temas</b>	Verificar si el trabajo de los temas en relación con los extractos codificados (Nivel 1) y el conjunto de datos (Nivel 2) genera un mapa temático del análisis.
<b>Definir y etiquetar/nombrar temas</b>	Análisis constante para refinar las decisiones sobre cada tema, y de la historia general que el análisis cuenta, generando definiciones claras y nombres para cada tema.
<b>Realizar el informe</b>	Oportunidad final para el análisis. Seleccionar ejemplos de extractos vivos y convincentes, análisis final de los extractos seleccionados, relacionando el análisis con la pregunta de investigación y la literatura, produciendo el informe académico del análisis.

Nota: Tomado de Braun y Clarke (2006)

### 5.5. Integración de los datos o estudio mixto de resultados

Para poder realizar la integración de los datos recabados en los estudios descritos, se han creado tablas que incluyen los datos cuantitativos y cualitativos recogidos sobre la soledad. Estas tablas, incluidas en la última sección del capítulo de los resultados de la investigación (capítulo 6), han ayudado a realizar el estudio mixto de resultados que se desarrolla de manera narrativa en la discusión de resultados.

La integración de datos es un desafío que, aunque no es necesario asumir en los diseños mixtos anidados (Creswell y Plano-Clark, 2007), se ha considerado oportuno realizar porque se considera que es coherente con el motivo de elegir los métodos mixtos de investigación como metodología de referencia del estudio y, además, porque supone un reto muy motivador para un investigador novel. Así, con el fin de salvar las dificultades que entraña la integración de distintos tipos de datos, se va a proceder a integrar las explicaciones siguiendo un enfoque deductivo, es decir, basado en los hallazgos derivados de la bibliografía previa revisada. De este modo, las experiencias de los participantes ayudarán a comprender mejor los resultados que se



desprenden del estudio cuantitativo, creando una imagen más real y profunda de los resultados de la intervención de acompañamiento aplicada.

### **5.5.1. Calidad y adecuación del diseño de métodos mixtos realizado.**

En la investigación mixta la preocupación respecto a la calidad y la validez de los diseños ha sido un tema que ha centrado gran parte de la producción científica de los últimos años (para conocer mejor el debate de la calidad en los métodos mixtos diríjase al capítulo de O’Cathain, 2010, en Tashakkori y Teddlie, 2010). Como el concepto de validez se asocia a la investigación cuantitativa, en la investigación mixta han surgido otras etiquetas para hablar de la validez de los estudios. Así, Tashakkori (2009) habla de la calidad de la inferencia (*inference quality*), integrando los conceptos de validez interna (del enfoque cuantitativo) y credibilidad (del enfoque cualitativo). Por otro lado, Onwuegbuzie y Johnson (2006) acuñaron el término legitimación (*legitimation*) como proceso para garantizar la calidad metodológica en los métodos mixtos (ambos estudios citados en O’Cathain, 2010).

Onwuegbuzie y Johnson (2006) aclaran que el término legitimación se debe entender como un proceso continuo para lograr la calidad, más que un atributo específico de la calidad del estudio mixto. Estos autores fueron los primeros en sugerir una aproximación a la evaluación de la calidad de la investigación mixta describiendo nueve tipos de legitimación (ver Onwuegbuzie y Johnson (2006) para una descripción detallada de los tipos de legitimación).

Alcanzar la legitimación en este estudio ha requerido desarrollar la investigación con rigor y claridad, ofreciendo una detallada descripción del diseño mixto llevado a cabo, así como de los estudios que se integran en él (cuantitativo y cualitativos). Para lograrlo, se han seguido las guías y recomendaciones de importantes expertos en investigación mixta (Creswell, 2013; Tashakkori y Teddlie, 2010).

Asimismo, en los métodos mixtos es preciso demostrar la calidad de la fusión de los datos cuantitativos y cualitativos, en este sentido, el hecho de haber utilizado una muestra idéntica en todos los estudios que se han realizado en esta investigación

legítima la posibilidad de hacer meta-inferencias en la integración de resultados (Onwuegbuzie y Johnson, 2006), lo que confirma la legitimidad de la integración de datos realizada en la presente tesis doctoral.

### **5.5.2. Garantías éticas de la investigación.**

Finalmente, se exponen en este apartado las principales consideraciones éticas que se han tomado para el desarrollo del estudio descrito.

En cuanto a la validación ética del estudio por parte de las instituciones implicadas, el Órgano Evaluador de Proyectos del Vicerrectorado de Investigación e Innovación de la Universidad Miguel Hernández de Elche aprobó el 12 de abril el proyecto (apéndice 19), dando así la evaluación ética favorable del mismo y la autorización para realizar la intervención de acompañamiento. De esta forma, fue aprobado el procedimiento de la investigación por el Ayuntamiento de Elche y se estableció un convenio de colaboración entre ambas instituciones.

Respecto a los participantes del programa, antes de realizar la primera evaluación, se les leyó una hoja informativa sobre el Programa Acompaña-Té, aclarando aspectos sobre la intervención de acompañamiento y las sesiones de evaluación del estudio (apéndice 20) y también se firmó el pertinente consentimiento informado para participar en el estudio (apéndice 21), en el que también se incluía un apartado para poder revocar su decisión de participar en el mismo (apéndice 22).

Para el proceso de recogida de datos y el tratamiento de los mismos, durante todas las fases de la investigación, se ha cumplido con las condiciones de confidencialidad, seguridad física e informática dispuestas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En este sentido, para proteger la identidad de los participantes, se ha asignado un código de identificación a cada participante compuesto de siete elementos, entre los que se combinan elementos del nombre completo y cuatro elementos del documento nacional de identidad.

En el proceso de aprender a investigar no solo es importante realizar buenos diseños metodológicos, sino también desarrollar la actividad investigadora respetando la

deontología y ética que exige esta profesión. Creswell (2013) afirma que la ética del investigador debe estar presente antes, durante y después de realizar el estudio y, en lo que respecta a la presente investigación, esta premisa se ha tenido muy presente durante todo el proceso de elaboración de la tesis, en el que se han cumplido todas garantías éticas requeridas en este tipo de estudios.





## Capítulo 6. *Resultados*

---

### 6. Resultados de la investigación

En este capítulo se describen, en primer lugar, los resultados del estudio primario cuantitativo sobre el impacto que ha tenido la intervención aplicada a través del programa Acompaña-Té en las variables incluidas en el estudio. En segundo lugar, se describen los resultados de los estudios cualitativos que se han anidado en el diseño mixto empleado y, finalmente, se realiza la integración de todos los resultados hallados sobre la variable soledad.

#### 6.1. Estudio primario: Análisis de la efectividad del Programa Acompaña-Té

##### 6.1.1. Análisis descriptivo de las variables del estudio.

A continuación se describen las medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica) de las puntuaciones obtenidas en las variables dependientes antes y después de recibir la intervención psicosocial de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té. Además, en el caso de la variable soledad, también se describe la distribución (frecuencias) del *nivel de soledad* y de la *soledad percibida* de los participantes en ambos momentos temporales.

✓ **SOLEDAZ**

El *nivel de soledad* medio de los participantes en el pre test fue de 31.95 puntos (tabla 19). Esta puntuación era difícil de interpretar puesto que, aunque superaba el punto de corte de 31 puntos indicado por los autores que validaron la escala UCLA (Velarde-Mayol et. al., 2016), la puntuación estaba en el límite aún. Por tanto, podía estar indicando que el grupo no tenía soledad o tenía un nivel moderado de soledad antes de recibir la intervención. En la evaluación post test, el *nivel de soledad* de los participantes se mantuvo estable, obteniéndose la misma puntuación media en la escala. De este modo, a pesar de que ambas puntuaciones se situaron casi un punto por encima del punto de corte (0.95) indicando, a priori, que no tenían un nivel de soledad clínico a nivel cuantitativo, sería más exacto decir que los participantes tenían un nivel leve o moderado de soledad en ambos momentos temporales.

Una tendencia parecida se observó en la *soledad percibida*, ya que las puntuaciones medias en el pre test y el post test se situaron entre 0 y 1 punto, lo que indicaba que los participantes no se percibían solos o se percibían moderadamente solos. Sin embargo, en este indicador de soledad, sí se observó una ligera reducción después de la intervención (tabla 19).

Tabla 19. Análisis descriptivo de la soledad antes y después de la intervención

		PRE-Intervención		POST-Intervención	
		M (DT)	Rango	M (DT)	Rango
<i>Soledad</i>	Nivel de soledad (UCLA)*	31.95 (5.63)	20-40	31.95 (6.5)	15-40
	Soledad percibida	0.9 (.55)	0-2	0.8 (.69)	0-3

Nota (\*): UCLA es la Escala de soledad de UCLA adaptada por Velarde-Mayol et al. (2016).

Con el fin de obtener una descripción más detallada de la evolución de esta variable, también se analizó la distribución del *nivel de soledad* y de la *soledad percibida* de los participantes antes y después de la intervención.

En cuanto al *nivel de soledad*, a partir de los resultados en la escala UCLA se organizaron los participantes en dos niveles de soledad: 1) las personas que tenían un **estado clínico de soledad**, que incluía a todas las personas que habían obtenido 31

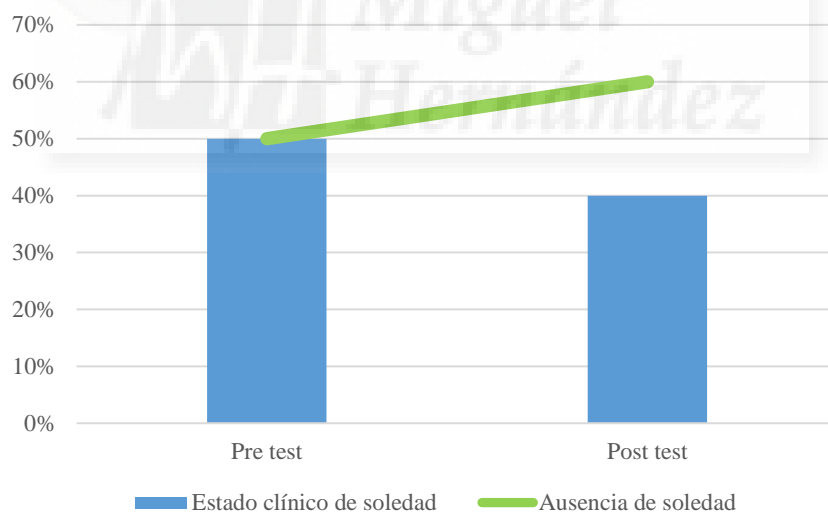
puntos o menos en la escala, y 2) la categoría de **ausencia de soledad**, que incluía a todas las personas que puntuaban 32 o más puntos.

*Tabla 20. Distribución del nivel de soledad antes y después de la intervención*

Nivel de soledad (UCLA)	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estado clínico de soledad*	10	50%	8	40%
Ausencia de soledad	10	50%	12	60%

Nota (\*): Velarde-Mayol et al. (2016) indicaron en la adaptación de la escala UCLA una puntuación de corte para identificar el estado clínico de soledad, que puede ir de moderado a severo (puntuaciones  $\leq 31$  puntos), y la ausencia de soledad ( $>31$  puntos).

A partir de esta clasificación se pudo comprobar que antes de la intervención la mitad de los participantes tenía un estado clínico de soledad (tabla 20). Sin embargo, después de la intervención, las personas con estado clínico de soledad se redujeron a 8 y el resto de participantes (n=20) no se encontraban en un estado clínico de soledad.



*Figura 28: Nivel de soledad (UCLA) antes y después de la intervención*  
Fuente: Elaboración propia.

En la variable **soledad percibida** también se definieron dos categorías en función de la respuesta que dieron en el ítem de evaluación (*si pudiésemos dividir a las personas en cuatro grupos en función del grado de soledad que sienten: las personas que no están solas, las que están moderadamente solas, las que están bastante solas y las que están muy solas, en qué grupo se*

*clasificaría*): 1) en la primera, <<**se perciben solos**>>, se ubicaron los participantes que se clasificaron a sí mismo en alguna de las categorías en las que reconocían sentirse de moderadamente solos a muy solos y 2) en la segunda categoría, <<**no se perciben solos**>>, a los que afirmaron que no se sentían solos.

Los resultados mostraron una reducción en el número de personas que se percibían solas (tabla 21), resultado similar a la observado en el *nivel de soledad*, ya que en el pre test fueron 16 las personas que se percibían solas y en el post test fueron dos menos (14 personas) las que se percibieron de ese modo. Además, la distribución de la *soledad percibida* en el post test mostró una tendencia decreciente de la soledad ya que se redujeron los casos de personas que se percibían bastante solas y aumentaron las personas que no se percibían solas, teniendo solo un caso que reconoció un aumento de su soledad.

Tabla 21. Distribución de la soledad percibida antes y después de la intervención

<i>Soledad Percibida</i>	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No solas	4	20%	6	30%
Está moderadamente sola	14	70%	13	65%
Está bastante sola	2	10%	-	-
Está muy sola	-	-	1	5%

En la figura 29 se puede observar que la *soledad percibida* de los participantes tendía a mejorar tras la intervención, de ese modo, en las columnas se observa cómo se redujo el porcentaje de participantes que se percibían solos y en la línea cómo aumentó el porcentaje de personas que no percibía soledad después de recibir el acompañamiento.



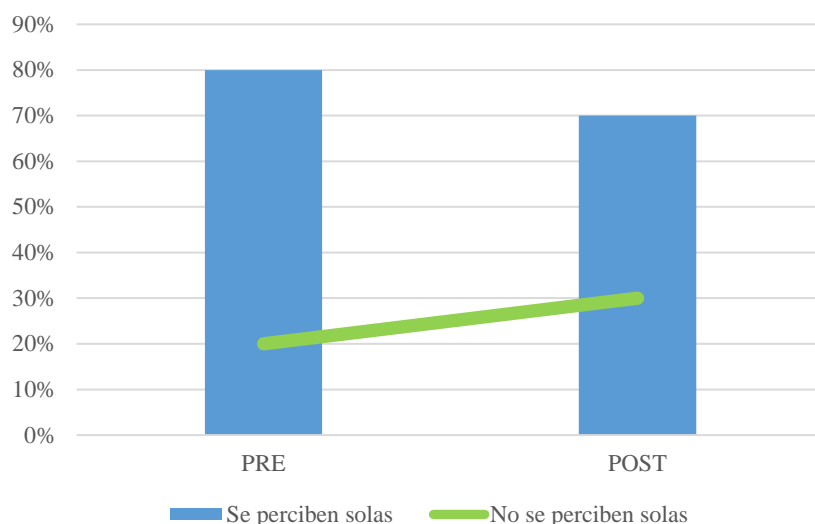


Figura 29: Soledad percibida antes y después de la intervención  
Fuente: Elaboración propia.

Así pues, tras analizar la distribución de la **soledad** en los participantes se pudo comprobar que fueron más las personas que se percibían solas (*soledad percibida*) que las que tuvieron un *nivel de soledad* clínico, destacando el carácter subjetivo de la experiencia de soledad. Asimismo, se comprobó que, después de la intervención, aumentó el número de participantes que no tenían soledad y que no se percibían solos.

#### ✓ CONTROL PERCIBIDO

Como se ha comentado en el método, para analizar la variable **control percibido** se evaluó la **competencia personal** (creencias generales de control), que se refiere a la creencia general de que la persona es capaz de hacer lo que sea necesario para conseguir los resultados que desea (Wallston, 1989), y la **autoeficacia para envejecer** (creencias específicas de control), que se refiere a la percepción que la persona tiene respecto al control que ejercerá en el futuro sobre cuatro áreas de su envejecimiento: salud, cognitiva, física y funcional y socio-emocional (Fernández-Ballesteros, 2008).

#### - Competencia personal (ECP).

Se observó que los participantes tenían un nivel medio-alto de competencia personal antes y después del acompañamiento. Además, en el post test, aumentó 2.2 puntos el

nivel de competencia personal en los participantes, lo que indicaba que habían mejorado las creencias generales de control tras la intervención recibida.

Tabla 22. Análisis descriptivo de la competencia personal antes y después de la intervención

		PRE-Intervención			POST-Intervención		
		M	DT	Rango	M	DT	Rango
<i>Competencia personal</i>	ECP*	33.7	6.25	24-47	35.9	6.29	24-48

Nota (\*): ECP es la competencia personal evaluada a través de la escala de Competencia Personal de Wallston adaptada por Fernández-Castro y colaboradores (1998).

- **Autoeficacia para envejecer (AEE).**

En cuanto a las creencias específicas de control, la puntuación media en la evaluación inicial indicaba que los participantes tenían un nivel medio de autoeficacia para envejecer (AEE) y, tras la intervención, esta puntuación aumentó hasta alcanzar un valor medio-alto (M= 23,5 pre test; M= 27 pos test). La misma tendencia se manifestó en las cuatro dimensiones de autoeficacia para envejecer (tabla 23), esto es, aumentaron las creencias de control específico para manejar la salud en la vejez (AEE salud), para manejar el envejecimiento cognitivo (AEE cognitiva) y físico y funcional (AEE físico y funcional) y, también, para enfrentarse a las dificultades socioemocionales que puedan surgir en la vejez (AEE socioemocional), entre ellas, las situaciones de soledad (AEE soledad).

Tabla 23. Análisis descriptivo de la autoeficacia para envejecer y de las dimensiones de autoeficacia antes y después de la intervención

		PRE-Intervención			POST-Intervención		
		M	DT	Rango	M	DT	Rango
<i>Autoeficacia para envejecer</i>	AEE*	23.5	4.54	14-30	27	5.91	14-36
	AEE salud	5.3	1.21	4-8	6.05	1.23	4-8
	AEE cognitiva	4	1.12	2-6	4.65	1.34	2-7
	AEE física y funcional	6.55	1.66	3-9	6.7	2.47	3-11
	AEE socioemocional	7.65	1.81	5-11	8.6	1.9	5-12
	AEE soledad	2.6	0.75	1-4	3	0.79	2-4

Nota (\*): AEE es la autoeficacia específica evaluada con la escala de Autoeficacia para Envejecer de Fernández-Ballesteros (2008).

En la siguiente figura se muestran los cambios antes y después de la intervención en las variables de *control percibido* que fueron evaluadas. Las puntuaciones en la *competencia personal* y en la *autoeficacia para envejecer* y sus dimensiones aumentaron tras la intervención, lo que indica que los participantes tendían a mejorar sus creencias de control general y específico después de recibir el Programa Acompaña-Té.

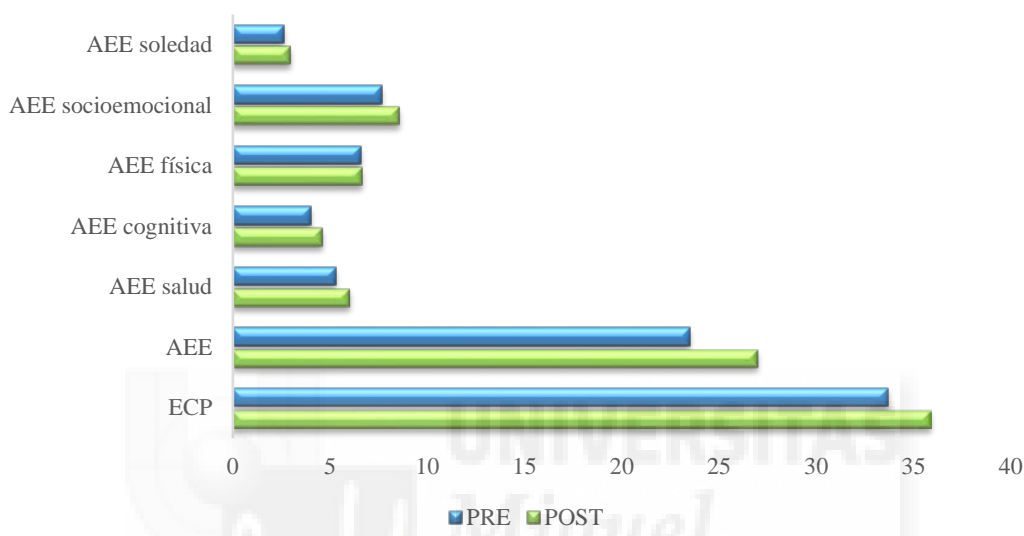


Figura 30: Cambios en la puntuación media de las variables de control percibido antes y después de la intervención  
Fuente: Elaboración propia.

### ✓ PARTICIPACIÓN SOCIAL

Como se ha descrito en las características de la muestra (capítulo 5) el 55% de los participantes reconocía que solía participar regularmente en algún tipo de actividad social. No obstante, debido al carácter subjetivo del objeto de estudio de esta investigación, aquí se evaluó la percepción que hacían los participantes de su participación social y, para ello, se utilizó el *Índice de participación social subjetiva* de la escala ESTE II (Rubio et al, 2010). En las medidas pre-post se registraron puntuaciones medias que describían un nivel medio-bajo de participación social percibido por los participantes. Además, los datos mostraron una ligera reducción tras la intervención de la participación social subjetiva que, según se piensa, podría ser debida a que la mayoría de valoraciones finales se realizaron en verano, cuando las opciones de ocio para personas mayores en Elche se reducían de manera importante.

Tabla 24. Análisis descriptivo de la participación social antes y después de la intervención

		PRE-Intervención			POST-Intervención		
		M	DT	Rango	M	DT	Rango
<i>Participación social</i>	IPSS*	3.75	1.88	1-7	3.6	2.47	0-8

Nota (\*): IPSS es el Índice de Participación Social Subjetiva de la Escala ESTE II (Rubio et. al., 2010). Recuérdese que los valores de interpretación de la escala original se invirtieron. En esta investigación a más puntuación más participación social subjetiva.

Con el fin de conocer si el nivel de participación social que percibían era fuente de insatisfacción para ellos, se preguntó a los participantes si se sentían satisfechos con su grado de participación en actividades sociales en el momento actual. Aunque solo se evaluó a título informativo, se observó que se mostraban satisfechos con su grado de participación en ambos momentos temporales y, al finalizar la intervención, era mayor el número de personas que se mostraban satisfechas con su participación social (tabla 25).

Tabla 25. Distribución de la satisfacción con el grado de participación en actividades sociales antes y después de la intervención

<i>Satisfacción con la Participación Social</i>	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí estoy satisfecho	16	80%	18	90%
No estoy satisfecho	4	20%	2	10%

### 6.1.2. Análisis descriptivo de la satisfacción con el Programa.

La valoración media del nivel de satisfacción con la intervención de acompañamiento recibida a través del Programa Acompaña-Té, cuya estimación se realizó a través de una escala cuya puntuación oscilaba entre 0 y 10 puntos, donde “0” equivalía a “nada

satisfecho” y “10” equivalía a “muy satisfecho”, fue de 9,8 puntos (DT=.523), mostrando así una muy alta satisfacción con la intervención recibida.

Tabla 26. Satisfacción de los participantes con el Programa Acompaña-Té

	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción con el Programa	8	5%
	9	10%
	10	85%
	Total	20

### 6.1.3. Análisis inferencial: Contraste de hipótesis de las variables de estudio.

Con el fin de analizar si las diferencias descritas entre las puntuaciones medias pre-intervención y post-intervención eran estadísticamente significativas, se realizó el análisis inferencial de los datos. Primero, se comprobó el cumplimiento de los supuestos de independencia (prueba de Rachas) y normalidad (prueba K-S) de las diferencias de las puntuaciones. Seguidamente, se realizaron contrastes de hipótesis mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas en las variables dependientes que habían sido evaluadas en ambos momentos temporales.

#### ✓ SOLEDAD

Tal y como se podía prever en el análisis descriptivo de las medidas de tendencia central y dispersión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el *nivel de soledad* de los participantes evaluados a través de la escala UCLA. Asimismo, los ligeros cambios encontrados en las puntuaciones medias de la *soledad percibida*, tampoco resultaron ser significativos ( $t=.623$ ;  $p=.541$ ) por lo que

podemos afirmar que no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la *soledad* tras la intervención (tabla 27).

Por lo tanto, la tendencia a la reducción de la soledad que se había observado en el análisis de distribución del nivel de soledad y la soledad percibida, no era una tendencia significativa en términos estadísticos.

Tabla 27. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable soledad

		Prueba t Student			
		t	p	Rachas (Sig.)	K-S (Sig.)
<i>Soledad</i>	Nivel de soledad (UCLA)	.000	1.000	1.000	.323
	Soledad percibida	.623	.541	1.000	.017 <sup>a</sup>

Nota: <sup>a</sup> Cumplimiento del supuesto de normalidad con un nivel de significación  $p > .01$

Sin embargo, que no se encontrasen cambios estadísticamente significativos en estas variables no necesariamente implicaba que no hubiese cambios en la experiencia de soledad de los participantes. Las tendencias observadas en la distribución del *nivel de soledad* y la *soledad percibida* confirmaban que se producía una reducción de la soledad en los participantes.

En esta investigación, factores como el bajo número de participantes del estudio y la forma de evaluación de la soledad podrían estar influyendo en estos resultados, ya que la soledad es una experiencia humana subjetiva y muy personal que está estigmatizada socialmente, por lo que las personas mayores no suelen reconocer este sentimiento (Pinquart y Sorensen, 2001). Por lo tanto, se considera que estos datos cuantitativos no permiten conocer el verdadero impacto que el Programa Acompaña-Té ha tenido sobre la soledad de los participantes.

Para alcanzar dicho conocimiento, se desarrolló el primer estudio cualitativo anidado en este diseño mixto. Los datos cualitativos de ese estudio servirán de herramienta para profundizar en los resultados descritos en la variable soledad desde la perspectiva de los participantes y esto, a su vez, permitirá entender mejor los efectos de la

intervención psicosocial de acompañamiento llevada a cabo sobre la soledad de estas personas.

✓ **CONTROL PERCIBIDO**

- **Competencia personal (ECP).**

Los cambios pre test – post test en la variable **competencia personal** no resultaron estadísticamente significativos (tabla 28), por lo que podemos afirmar que las creencias generales de control de los participantes, es decir, las expectativas acerca de su capacidad general para salir airosos de las situaciones a las que se ven sometidos en su vida diaria, no cambiaron tras la intervención recibida.

Tabla 28. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable *competencia personal*

		Prueba t Student			
		t	p	Rachas (Sig.)	K-S (Sig.)
<i>Competencia personal</i>	ECP	-1.622	.121	.781	.896

- **Autoeficacia para envejecer (AEE).**

En cuanto a las creencias de control específico, se encontraron diferencias significativas en la comparación de medias de la *autoeficacia para envejecer* a nivel global (**AEE**), en todas las dimensiones de autoeficacia que se analizan en el cuestionario y en el ítem que evalúa la autoeficacia para manejar las situaciones de soledad en el futuro (ver tabla 29). Para estimar la fuerza de la magnitud de estos resultados, se calculó el tamaño del efecto ( $r$ ) de las diferencias de medias de estas variables y, dicho valor, se elevó al cuadrado ( $r^2$ ) para calcular la proporción de varianza de la variable

dependiente que se había modificado a partir de la intervención con el Programa Acompaña-Té (tabla 29).

Tabla 29. Contraste de medias y tamaño del efecto de la variable autoeficacia para envejecer (AEE), las dimensiones de AEE y la AEE sobre la soledad

		Prueba t Student					
		t	p	Rachas (Sig.)	K-S (Sig.)	r	r <sup>2</sup>
<i>Autoeficacia para envejecer</i>	AEE	-3.894	.001**	.164	.179	.67 <sup>++</sup>	.448
	AEE salud	-2.68	.015*	.212	.542	.52 <sup>++</sup>	.270
	AEE cognitiva	-2.221	.039*	.251	.464	.45 <sup>+</sup>	.202
	AEE física y funcional	-2.834	.011*	.818	.534	.54 <sup>++</sup>	.291
	AEE socioemocional	-3.329	.004*	.212	.222	.61 <sup>++</sup>	.372
	AEE soledad	-2.629	.017*	.818	.042 <sup>a</sup>	.52 <sup>++</sup>	.270

Nota: <sup>a</sup> Cumplimiento del supuesto de normalidad con un nivel de significación  $p > .01$

\*Significativa a nivel 0.05 y \*\* Significativa a nivel 0.001.

<sup>+</sup>Tamaño del efecto medio y <sup>++</sup>Tamaño del efecto alto siguiendo criterios descritos por Cohen (1988).

Como se puede observar en la tabla 29, los datos indican que la **autoeficacia para envejecer** a nivel global (**AEE**) aumentó significativamente tras la intervención de acompañamiento ( $t = -3.894$ ;  $p = 0.001$ ). Con el cálculo del tamaño del efecto se pudo confirmar que la intervención psicosocial de acompañamiento tuvo un impacto alto sobre la autoeficacia para envejecer de las personas que participaron en el programa, estimándose que un 44,8% de los cambios que se observaron en las creencias de la autoeficacia para envejecer fueron producidos por la intervención recibida.

Respecto a las **dimensiones** de la **autoeficacia para envejecer** que fueron evaluadas, podemos afirmar que: la autoeficacia para manejar la *salud* durante la vejez (**AEE salud**), la autoeficacia para controlar el *envejecimiento cognitivo* (**AEE cognitiva**) y la autoeficacia para controlar el *envejecimiento físico y funcional* (**AEE física y funcional**) aumentaron de manera significativa ( $p < .05$ ), comprobándose que mejoraron las creencias específicas de control de los participantes sobre las dimensiones referidas tras la intervención. De este modo, se observó que la intervención tuvo un tamaño del efecto alto sobre las creencias para manejar la *salud* en la vejez (**AEE**



**salud**  $r=.52$ ) y sobre las creencias de control para manejar el envejecimiento *físico y funcional* (**AEE físico y funcional**  $r=.54$ ), estimándose que un 27% y un 29,1% de los cambios observados, respectivamente, fueron producidos por la intervención de acompañamiento. Asimismo, el impacto de la intervención sobre la autoeficacia para manejar el envejecimiento *cognitivo* también fue importante, alcanzando un tamaño del efecto medio (**AEE cognitiva**  $r=.45$ ), estimándose, por tanto que, un 20,2% de los cambios registrados en esta dimensión, fueron debidos a la intervención.

En cuanto a la dimensión de autoeficacia para manejar los problemas *socioemocionales* que pueden surgir en la vejez (**AEE socioemocional**), el contraste de hipótesis también reveló diferencias significativas pre y post intervención ( $t= -3.329$ ;  $p= .004$ ), mostrándose un aumento significativo tras la intervención de las creencias de control específicas para manejar situaciones sociales y emocionales que puedan acontecer en la vejez de los participantes. Además, en esta dimensión de autoeficacia (**AEE socioemocional**) fue donde se registró un mayor impacto de la intervención ( $r= .61$ ), estimándose que un 37,2% de los cambios de los participantes en las creencias para manejar problemas socioemocionales en la vejez se debían a la intervención recibida.

La autoeficacia para resolver los problemas de *soledad* durante la vejez (**AEE soledad**) también aumentó significativamente ( $t= -2.629$ ;  $p=.017$ ), por lo que después de la intervención aumentaron las creencias específicas de control para manejar la soledad en el futuro. Del mismo modo, el tamaño del efecto fue alto ( $r= .52$ ) y se estimó que un 27% de los cambios que fueron observados en las expectativas de los participantes para resolver las situaciones de soledad que puedan surgir en la vejez se debieron a la intervención recibida con el Programa Acompaña-Té.

#### ✓ PARTICIPACIÓN SOCIAL

En esta variable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice de participación social subjetiva en los dos momentos evaluados (ver tabla 30), por lo que se considera que la ligera reducción en la percepción de la participación social de los participantes tras la intervención no tenía relevancia estadística.

Tabla 30. Contraste de las puntuaciones medias pre-post en la variable participación social.

		Prueba t Student	
		t	p
Participación social	IPSS	.429	.673

A modo de resumen de los resultados encontrados en el estudio cuantitativo del impacto de la intervención, se puede afirmar que se han encontrado cambios significativos tanto en la *autoeficacia para envejecer* a nivel global como en todas sus dimensiones. En general, las diferencias halladas en estas variables tuvieron una magnitud del efecto alto, indicando que la intervención aumentó de manera importante las creencias de control específicas sobre diferentes áreas del envejecimiento de las personas como son la salud, el envejecimiento físico y funcional, el envejecimiento cognitivo y el manejo de problemas socioemocional; Asimismo, se pudo corroborar que, a través de este programa, aumentaron las creencias de autoeficacia para controlar los problemas de soledad que ocurran durante la vejez. También es importante destacar la satisfacción de los participantes con la intervención recibida, ya que fue muy elevada y todas las personas se mostraron muy satisfechas con el Programa Acompaña-Té.

## 6.2. Primer estudio cualitativo anidado: Análisis del significado y experiencia de soledad.

La escasa información obtenida en los datos cuantitativos sobre la soledad justificó, todavía más, la necesidad de ahondar en el conocimiento de la experiencia de soledad de los participantes antes y después del programa. A través del conocimiento de dicha experiencia, desde la propia narrativa de los participantes, se pretendía conseguir una fuente rica de información que permitiese conocer los verdaderos efectos que el programa tuvo en la soledad de los participantes.

El primer estudio cualitativo perseguía ese objetivo y, para lograrlo, se analizó el significado personal que tenían los participantes del término soledad y se examinaron las atribuciones causales que empleaban a la hora de explicar esta experiencia.

Esta información se estudió con el fin de complementar los datos recabados sobre la soledad en el estudio cuantitativo, de manera que pudiesen ayudar a ilustrar y clarificar los hallazgos encontrados en dicha variable. Asimismo, para explicar con un mayor nivel de profundidad los matices de la experiencia de soledad de los participantes y, en definitiva, para comprender mejor los resultados sobre la soledad tras la intervención recibida.

### **6.2.1. Análisis temático de los significados de la soledad.**

La definición o el significado de la soledad que tenían los participantes antes de recibir la intervención de acompañamiento se examinó a través del análisis temático de sus narraciones. Así, en función del etiquetado que realizaron del significado de la soledad, se diferenciaron cuatro interpretaciones o dimensiones de la misma: **negativa**, **positiva**, **neutral** u objetiva y **variable**, que tenía unos factores precipitantes (causas) vinculados y un impacto psicológico particular en los participantes.

Tras dicho análisis, se identificaron seis áreas temáticas que recogían los significados personales de la soledad de los participantes (tabla 31). Estos temas se clasificaron en las cuatro dimensiones de la soledad referidas previamente:

- En la **dimensión negativa** de la soledad se incluyeron tres temas que destacaban la visión desagradable de la misma.
- En la **dimensión positiva** se introdujo un tema que destacaba la soledad como una experiencia agradable.
- En la **dimensión neutra** se incorporó un tema en el que se describía la soledad como una situación objetiva y que no producía un impacto emocional o no tenía una determinada valencia emocional en los participantes.
- Finalmente, en la **dimensión variable**, se insertó un tema que destacaba la visión particular y personal de la soledad, es decir, una definición que subrayaba la influencia de las características personales en la interpretación y experiencia de la soledad.

Tabla 31. Clasificación por dimensiones y áreas temáticas en las que se agrupa el significado de la soledad dado por los participantes

<i>Dimensiones de la Soledad</i>	<i>Áreas temáticas del significado de la soledad de los participantes</i>
<i>Dimensión Negativa</i>	1. a. Sentimiento negativo por la ausencia de compañía 1. b. Sentimiento negativo debido al rechazo o maltrato social 1. c. Experiencia negativa obligada por el estado de salud
<i>Dimensión Positiva</i>	2. Sentimiento de tranquilidad y paz
<i>Dimensión Neutra</i>	3. Situación objetiva (o neutral) de estar solo
<i>Dimensión Variable</i>	4. Significado variable en función de las características personales

### *Dimensión NEGATIVA de la soledad.*

#### **1. a. Sentimiento negativo por la ausencia de compañía.**

La narrativa más repetida y compartida por los participantes del estudio (10 participantes) fue la de etiquetar la soledad como un sentimiento desagradable, principalmente triste, causado por un déficit en las relaciones sociales, bien fuese por la falta real de compañía en las rutinas diarias de su vida en solitario, o bien por el hecho de no disponer de alguien con el que desahogarse y hablar en el hogar.

**P.7.** La soledad es triste, porque estar todo el día sola cuando comías y cenabas en compañía, no es igual que tener una persona seguido contigo.

**P.16.** Para mí es una cosa muy triste, y qué digo yo triste, a la soledad no le veo otra cara, muy triste. Sin tener con quién desahogarte, esto es muy triste.

Aunque la tristeza fue la emoción más vinculada a esta comprensión de la soledad, los participantes también describieron otro tipo de sentimientos desagradables producidos por la falta de compañía, como por ejemplo:

- **Aburrimiento.** Para mí la soledad es estar aburrida y no ver a nadie. Dan ganas de morirte. No hay alegría. Como te ha faltado tu marido te ves aburrida. Quieres vivir y quieres sacar... pero estás aburrida. Aburrida, aburrida (**P.9**).
- **Decaimiento.** Sentirme sola y estar aquí sola. Yo que sé. Es muy malo estar sola, es que no tienes con quién hablar. Llega un día y estoy “hecha un trapo” a las diez durmiendo. ¿Por qué? Porque no tengo a nadie con quién hablar. En cambio, estoy

en casa de mi hija y son las doce y estoy espabilada. Pero aquí al estar sola pues me quedo durmiendo sin hablar con nadie. Es muy malo estar sola (P.2).

- **Ansiedad o angustia.** Muy mala porque empiezas a pensar cosas porque tienes pocas cosas que hacer. Tú dime ¿qué tengo que hacer...? *¿Y por qué es mala?* La soledad es estar sola. No tienes con quien hablar ni con quien reírte ni nada. Un santo día sin salir y no vienen nadie me falta algo. Me ahogo. (P.8).

### **1. b. Sentimiento negativo debido al rechazo o maltrato social.**

Otras personas explicaban la soledad como un sentimiento negativo que se producía no por la ausencia de compañía, sino por el desprecio o rechazo recibido por las personas del entorno, generalmente la familia.

**P.1.** Para mí, te hablo para mí. Eh? Para mí la soledad es estar **rodeada de gente** y que **no te traten bien**. Que **no te valoren**. (Silencio). ¿Qué contestación más rara, verdad? (*para nada...*) (ella se ríe). Para mí esa es la soledad. Esa es la soledad más, más, más inhumana. Para mi punto de vista, para mí la soledad es estar rodeada de personas que no te valoren.

Asimismo, también se entendió como la ausencia de compañía sumada a déficits en la calidad de la relación que, en conjunto, provocarían el sentimiento de soledad desagradable.

**P.13.** Verme sola **que nadie me quiera**, eso sí sería soledad, pero yo veo que toda la familia está conmigo.

### **1. c. Experiencia negativa obligada por el estado de salud.**

Otra tendencia muy destacada fue entender la soledad como una vivencia negativa provocada por problemas de salud que limitaban la funcionalidad de la persona y su independencia; dicha situación condicionaba la libertad de la persona para elegir su situación de soledad y el afrontamiento de la misma.

**P.19.** Pues la soledad nunca me ha importado. He sido yo muy casera y nunca me ha importado estar sola, pero claro siempre he dicho que siempre y cuando una persona es autosuficiente para estar sola. Una cosa es estar sola por obligación y otra cosa es porque tú quieres y yo ahora mismo estoy por obligación, no porque quiera (...) *¿Alguna vez has tenido esa soledad más desagradable?* La soledad no es bonita cuando es por obligación.

Así pues, los participantes declaraban que su interpretación y experiencia de la soledad estaba determinada de manera importante por su salud. De este modo, había personas que interpretaban la soledad de forma general con o sin una valencia emocional asociada, esto es, positiva, negativa o neutra, pero que cuando sufrían una enfermedad su interpretación cambiaba, convirtiéndose la soledad en una experiencia negativa.

- De una interpretación previa positiva a una negativa.

*Y cuando tienes esa soledad que es negativa cómo te sientes. Triste. Triste. ¿Te pasa eso? No, de momento todavía no. ¿Cuándo tienes la necesidad de acercarte a gente es porque te pasa eso? Cuando me dio el cólico. Entonces, la soledad negativa solo te ocurre cuando has estado enferma. Sí, nada más. (P.18).*

- De una interpretación previa neutra a una negativa.

*¿Qué significa la soledad para ti? Estar sola, pero por ahora no me quejo. Si estuviera mala sí. (P.10).*

- De una interpretación previa negativa a una aún más negativa.

*¿Tú que me dirías que es peor estar sola o estar enferma? Estar sola, es que las dos cosas son malas, ¿Qué te contesto? Estar enferma, es que es difícil contestar a esas dos preguntas. O sea que las dos juntas son: Son fatal. (P.16).*

### *Dimensión POSITIVA de la soledad.*

## **2. Sentimiento de tranquilidad y paz.**

Por otro lado, destaca la valoración positiva de la soledad que describieron algunas participantes, pues la entendían como un momento de tranquilidad que invitaba a reflexionar sobre su vida y a disfrutar en soledad. Desde esta conceptualización las consecuencias emocionales positivas de la soledad eran comunes en todas las definiciones ofrecidas, sin embargo existían algunos matices entre ellas.

- **Soledad para una revisión de vida positiva.**

La soledad es tranquilidad, pensar en los recuerdos, el pasado y presente. Recordar a mis seres queridos, la infancia de mis hijos, los momentos buenos. A mí la soledad me aporta tranquilidad y pensar (P.4).

- **Soledad como un ritual para la conexión espiritual.**

Para mí la soledad es estar con las estampas, los recordatorios, los libros. Todas las

noches una oración. Rezar y ya está. Estoy a gusto. Estoy a gusto y feliz. *Entonces, la palabra soledad para ti ¿qué significa?* Pues estar en mi casa feliz. Y leer (P.11).

- **Soledad como fuente de autonomía y realización personal.**

Para mí la soledad es tranquilidad, que me siento a gusto. Es hacer lo que yo quiero; que si quiero viajar viajo; que me levanto y me pongo a leer y hacer sopas de letras, pues me siento feliz, estoy a gusto. *¿Nunca has sentido la soledad como algo negativo?* No. Estaba en compañía y me sentía más sola que ahora. Viviendo mi marido me sentía más sola, porque antes hacía lo que él quisiera, ahora hago lo que yo quiero. Soy libre (P.18).

*Dimensión NEUTRA de la soledad.*

**3. Situación objetiva de estar solo.**

Se pudo observar que también existía un etiquetado “neutral” del significado de soledad, que no implicaba una experiencia emocional asociada, sino que se describía como una situación objetiva que se circunscribía al hecho de vivir en solitario y carecer de compañía. En estas definiciones las personas no reconocían ninguna emoción asociada a la soledad y la describían con cierta imparcialidad.

**P.6.** Pues es estar tú sola en tu casa. No tener con quién hablar, ni con quién meterte. (Ríe) Es verdad. Ni con quien discutir.

Algunas personas que la valoraban de este modo solían destacar el carácter voluntario de la situación de soledad, es decir, percibían la soledad como una situación controlada por ellos mismos lo que hacía que no tuviese un impacto emocional negativo. Además, el carácter voluntario de la situación de soledad era independiente del motivo de vivir en solitario, ya que esta interpretación de la soledad la experimentaban personas que percibían que vivir en solitario era una circunstancia sobrevenida (obligada) o una circunstancia elegida.

**P.14.** No es un castigo ni es una alegría. Es una circunstancia de la vida y que te tienes que adaptar a ella. En este momento estar sola no me afecta en nada, porque si yo quiero estar sola estoy si no ya te he dicho, me voy ahí o me voy al parque.

*Dimensión VARIABLE de la soledad*

**4. Significado variable en función de las características personales.**

En las narraciones recogidas se observó además la tendencia a matizar que existían diferencias individuales a la hora de entender la soledad y que ciertas variables personales influían en su significado y experiencia.

Algunos participantes atribuían estas diferencias a la personalidad, esto es, consideraban que había personas que, en función de sus características personales o su disposición a pensar de una determinada manera, podían ser tolerantes o no a la soledad. Asimismo, se aludía a la influencia de los pensamientos o la interpretación de la situación de soledad en la conceptualización y experiencia que se hacía de ésta. Por tanto, desde este significado de la soledad se creía que la soledad dependía de variables disposicionales estables como es la personalidad, e inestables como el pensamiento.

- **Personas intolerantes a la soledad.**

**P.5.** La soledad depende como la tomes. *Quiero que me digas tu definición.* Pues yo estoy bien. *Sí, pero no me refería a cómo te sientes, sino a qué es para ti la soledad.* Bueno, la soledad ya te lo he dicho, depende de la persona. Hay gente que no la puede tolerar. *¿Por qué crees que hay gente que no la puede tolerar?* Porque su mente es una forma de pensar que no pueden. *Pero ¿qué es la soledad para no poder tolerarla?* Pues es muy triste. La soledad es muy triste. Es una pena muy grande, de acostarte, de levantarte, de comer sola. Todo es muy triste, pero sí tú lo superas, dices – Esto me ha tocado-.

- **Ser independiente ayuda a tolerar la soledad.**

**P.19.** *Y ese tipo de soledad por obligación ¿Cómo la definirías tú?* Pues que la llevo bien. *Eso es como tú la llevas.* Pero el vivir sola y estar sola lo he llevado bien hasta ahora porque he sido independiente. Eso también te hace mucho bien a la hora de como yo estoy, porque si yo llego a ser una persona que no le gusta estar sola, que le gusta estar más fuera que dentro, a lo mejor lo llevaría peor.

- **El pensamiento determina la soledad.**

**P.20.** Yo la soledad la llevo muy bien. Es que no sé cómo explicarme. Para mi estar solo no lo llevo mal, no es aburrida. La soledad es muy mala, según pienses. Si estás aquí y no haces nada. Yo me bajo y me doy una vueltecita. *Pero, ¿es lo mismo estar solo que la soledad?* La soledad es mala, el que la coge mal. Te ha tocado eso y llevarla bien, no amargarte la vida. Hay gente que no sabe estar solo.



*La Soledad en la Vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*

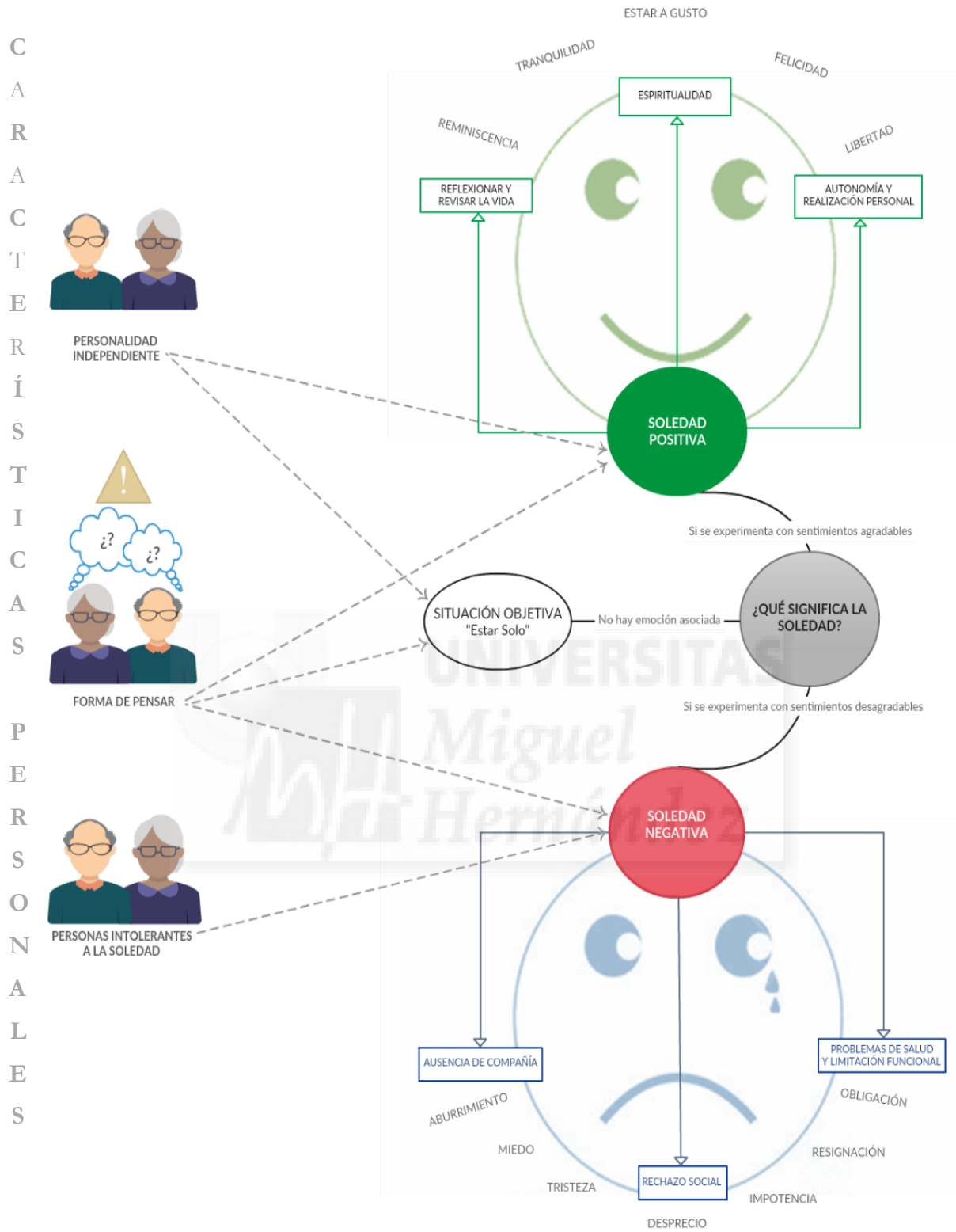


Figura 31: Análisis temático sobre los significados de la soledad de los participantes del estudio  
Fuente: Elaboración propia.

### 6.2.2. Análisis temático de la experiencia de soledad.

Para ahondar en el conocimiento de las causas que motivan que las personas mayores que viven solas experimenten soledad se analizaron temáticamente las atribuciones causales que los participantes hacían de su soledad. Teniendo en cuenta la dimensión <<lugar de la causa>> donde localizaban la causa principal de la situación, esto es, debida a factores externos o a factores internos, se clasificaron a los participantes en dos grupos. A partir de ahí, se organizaron los participantes según el resto de dimensiones sobre las que basaban sus atribuciones causales (dimensión <<estabilidad>>, estable o inestable, y dimensión <<controlabilidad>>, controlable o incontrolable). Tras esta clasificación se realizó el análisis de las causas de la soledad, las consecuencias emocionales y el afrontamiento que realizaba cada grupo de la experiencia de soledad.

#### *La soledad atribuida a causas EXTERNAS.*

##### **i. Personas que atribuyen su soledad a causas externas, estables y controlables.**

En este grupo están todas las personas que consideraban que su soledad era causada principalmente por causas externas, estables y controlables, sin embargo, en función de la dimensión *controlabilidad* se distinguieron dos subtipos, los que creían que el control para modificar la situación lo ejercían ellos y los que atribuían el control a otras personas.

##### **a) Soledad debida a causas externas, estables y controladas por los participantes.**

Estas personas entendían que su soledad estaba causada por causas ajenas a ellos, esto es, consideraban que su soledad era debida a las circunstancias del contexto en el que les había tocado vivir, que era una situación estable y controlable, es decir, consideraban que, si lo deseaban, podían cambiar su situación de soledad, haciendo algo para modificarla o pidiendo ayuda. Este perfil estaba representado por cinco personas mayores de 80 años, un hombre y cuatro mujeres, todos eran viudos, tenían entre dos y cinco hijos y, como mínimo, uno de sus hijos residía en Elche y mantenían

un contacto frecuente con éste. Solo una persona (el hombre del grupo) había perdido un hijo cuando éste era niño. Dentro de este grupo, había una persona con dependencia funcional que requería la ayuda continua de sus hijos por las noches y dos personas tenían limitaciones de movilidad que dificultaban su marcha fuera del hogar. Asimismo, todas las personas que fueron ubicadas en este perfil consideraban que, tras enviudar, ellas fueron las que decidieron continuar viviendo solas, por lo que vivían solas por elección personal.

**Experiencia de soledad.** La soledad era experimentada de dos formas.

Por un lado, como **experiencia “neutra”**, es decir, explicaban su experiencia de soledad en términos objetivos refiriéndose al hecho de estar y vivir solos.

- **P.16.** En el que estoy sola, porque yo tengo a mis hijos, pero yo vivo sola y estoy sola.

Por otro lado, estaban los que reconocían que, aunque estaban solos, **no se sentían solos**.

- **P.20.** Yo no me siento solo nunca.

**Causas externas atribuidas a su experiencia de soledad.** Se apreciaba como las personas que vivían su soledad de forma neutra, justificaban su estado de soledad por el hecho de **vivir solas** después de haberse quedado viudas. Además, en todos los casos referían que, siempre que lo precisaban, tenían **ayuda de sus hijos**.

- **P.7.** *¿Por qué?* En las que están un poco solas porque cuando necesito ayuda tengo enseguida. Cuando algo me pasa o algo quiero...me voy a casa de mi hija a comer siempre que quiero. Hay veces que vienen ellos a comer aquí. A veces tengo comida. Dentro de que estoy sola, sola, sola, no estoy, cuando es preciso vienen.

En el caso de las personas que afirmaban no sentirse solas, el principal argumento fue que, pese a ser viudas y **vivir sin compañía**, se sentían **muy acompañadas por sus hijos**, con los cuales tenían un **contacto muy frecuente** y mantenían un contacto telefónico diario con su familia extensa y amigos. Además, consideraban que ellas podían **controlar su soledad**, esto es, que ellas creían que si quisieran más compañía podrían buscarla y disponer de ella, pero preferían seguir viviendo solas y ser autónomas antes que irse a vivir con los hijos.

- **P.11.** *¿Por qué?* Yo no estoy sola, porque yo tengo mis hijas, mis nietos, que no me dejan (...) No estoy sola porque, si quisiera estar acompañada, tengo a mi hija que está viuda que está ahí a la puerta. ¡Yo estoy muy a gusto en mi casa!

**Consecuencias de la soledad.** En estos casos, se observaba como esta forma de experimentar la soledad, o bien **no provocaba consecuencias o** bien las consecuencias emocionales que producía **eran positivas**, puesto que se sentían satisfechos por estar apoyados y protegidos por sus familiares.

- **P.10.** *¿cómo te afecta la soledad?* No me afecta.
- **P.7.** *Pero ¿te afecta?* No, porque estoy acostumbrada. En realidad ahora me falta él, porque he vivido con él solos muchos años. La falta, la falta es la de él.  
*¿Estás satisfecha con el apoyo social que recibes?* Estoy satisfecha por mis hijas y mi yerno. No tengo queja de ellos, todo lo que les pido me lo hacen y me lo arreglan.

Incluso en el peor de los casos, cuando se juntaba esta situación con la dependencia funcional de la persona y ésta necesitaba ayuda de los hijos para poder salir de casa y para hacer otras actividades de la vida diaria, se observaba cómo, al disponer de toda la ayuda que podían ofrecerle, la señora sentía que no tenía derecho a sentirse mal por el hecho de estar sola.

- **P.16.** Tengo a mis hijos que vienen todas las noches, ¿cómo voy a sentirme mal?

**Afrontamiento.** En este grupo llamaba la atención cómo difería el afrontamiento en función de la experiencia de soledad de los participantes. Así, las **personas** que tenían una **experiencia neutra de soledad**, cuando se les preguntó si creían que podían hacer algo para evitar sentirse solas, confirmaron que **no creían que pudiesen controlar su soledad y no hacían nada para afrontarla**, afirmando que se habían acostumbrado a la situación y mostraban su conformidad.

- **P.7.** Nada, noto que estoy bastante conformada.
- **P.16.** No hay. Pienso yo que no hay solución. (...) Yo estoy conforme en todo.

Al contrario, las **personas** que afirmaban que **no sentían soledad sí percibían control** sobre esta situación y realizaban conductas de afrontamiento para evitar sentirse solas. Destacando dos tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas: **adaptar expectativas** para minimizar la discrepancia entre el contacto real y el

deseado y realizar **actividades individuales** que disfrutasen haciendo solos para minimizar su experiencia de soledad.

- **P.11.** Estar con las estampas, los recordatorios, los libros. Todas las noches una oración. Rezar y ya está.
- **P.20.** Te ha tocado eso y llevarlo bien, no amargarte la vida. *¿Qué haces para no sentirte solo?* Pues hombre, si te sientes solo, yo veo mucho deporte, me entretiene. No aburrirme. Casi todos los días hay tenis, el tenis me chifla.

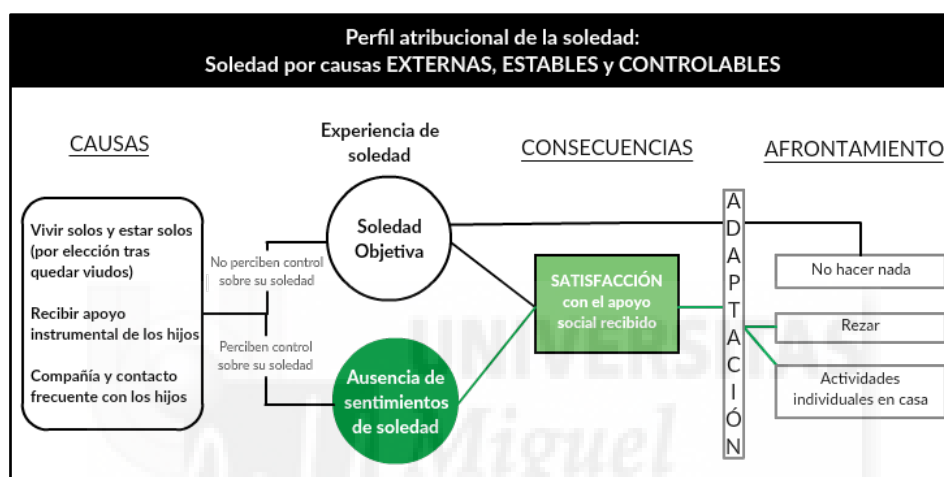


Figura 32: Perfil atribucional 1: Soledad por causas externas, estables y controladas por la persona  
Fuente: Elaboración propia.

**b) Soledad por causas externas, estables y controladas por otros.**

Cuando las personas consideraban que su soledad era debida a causas ajenas a ellos y estables, pero que estaban controladas por otras personas, se les clasificó en este grupo. La característica fundamental de estas personas era que atribuían a los hijos u otras personas del entorno de éstos la responsabilidad de sentirse solas, es decir, daban el control y la capacidad de modificar la situación de soledad a otras personas. Este perfil estaba representado por tres mujeres de entre 70 y 76 años, viudas y que tenían de dos a seis hijos, la mayoría de los cuales residía en Elche. Dos personas tenían dificultades de movilidad y precisaban alguna ayuda técnica para andar fuera de casa. Todas las personas de este perfil consideraban que vivían solas por obligación, es decir, eran las circunstancias las que habían provocado dicha situación.

**Experiencia de soledad.** En estos casos, sí reconocían sentir soledad y la intensidad de este sentimiento variaba en función de si se satisfacían sus deseos de contacto con los hijos. En este sentido, todas manifestaban comprender que sus hijos tenían otras responsabilidades que atender (familiares y laborales), situación que, ocasionalmente, condicionaba la interacción con ellos.

**P.2.** Hay veces que me siento un poco sola y me gustaría estar más acompañada. Estoy sola porque quiero yo, porque mi hija vive enfrente, pero a veces no me apetece ir a su casa. No es que no me apetezca, pero ella tiene sus hijos y su marido y, si llega un sábado y un domingo, pienso que para qué voy a ir. Yo me quedo más a gusto en mi casa. Ellos están toda la semana trabajando y les apetece descansar. ¿Para qué voy a ir yo a molestarlos? Tengo un hijo que vive a dos calles y pasa lo mismo. Podría decir - ¡Ay, voy un rato a casa de mi hijo! – Pues no, es que están descansando y no voy a ir a molestarlos. ¿Qué me gustaría ir? Pues sí, pero como pienso que más bien voy a molestar (silencio) es que claro, si lo veo que está descansando prefiero quedarme en mi casa.

**Causas externas atribuidas a su experiencia de soledad.** En estos casos consideraban que su soledad dependía de las visitas y atención que recibiesen de los hijos y, ésta era una condición controlable por ellos. Así, si se recibía la visita de los hijos, se reducía la intensidad de la soledad, pero, si existía una baja cantidad o calidad del contacto con sus hijos aumentaban los sentimientos de soledad.

**P.4.** Un poco sola *¿por qué?* porque vienen todos los días a comer y no me siento tan sola ¿piensas que soy más del grupo de bastante sola? Yo creo que bastante sola es cuando no tienes a nadie. Pero mi hijo viene dos o tres veces a la semana, mi hija todos los días, por eso digo que estoy un poco sola.

Además, en los casos que referían una baja cantidad y calidad de contacto con los hijos se observó que también existían problemas en la relación con las nueras, circunstancia que afectaba la cantidad y calidad del contacto que tenían con sus hijos y nietos.

**P.17.** (...) yo quisiera que vinieran mis hijos. Tengo amigas, vienen, pero son mis hijos. Son mis hijos. Otra cosa no. Y yo, como no vienen, no me encuentro capaz de ir tampoco. No me encuentro capaz de ir tampoco ¿Sabes?

*¿Te sientes abandonada? ¿Qué te digo? Pues casi que sí (llora). Por mis hijos, pues veo que se portan bien conmigo, pero como las parejas no quieren venir (...) ¿Y tu hijo? Mi hijo solo dice – mamá no hagas caso, vive y deja vivir-. Pero como ella no quiere venir, pues él casi tampoco viene. No lo veo mucho porque está trabajando. Eso me duele (llora). Por supuesto que duele y no es nada justo. Tampoco tienes ocasión de manifestar tus sentimientos a ellos. No, es que no quiero. No quiero. Ella hace un año que no ha venido. Mi hijo viene todos los días y solo dice – mamá, vive y deja vivir. Tú no hagas caso de nada, tú vive tu vida y deja a los demás-. Pero ese no es el plan. ¿Cuál es el que te gustaría? El convivir y estar juntos y estar bien como hemos estado.*

**Consecuencias de la soledad.** Las consecuencias emocionales variaban según se recibía el trato deseado por los hijos. De manera consistente, se comprobó que, cuando no se recibía la atención deseada por los hijos, el impacto emocional era muy negativo para estas personas que reconocían tener sentimientos y pensamientos negativos.

- **P.17.** Me afecta que muchas veces pienso que como se porten ellos igual me portaré yo con ellos. Me hace pensar cosas que no quiero pensar (...) *Te hace sentirte un poco...* Egoísta. Una palabra, egoísta. Sí, porque ya he visto que en todo he salido adelante y con mis hijos no puedo.
- **P.2.** Estoy malhumorada. Me da un poquito de bajón.

**Afrontamiento.** Las personas que se sentían acompañadas por sus hijos, realizaban actividades individuales o sustituían relaciones para llenar los huecos en los que se sentían solas, de esta manera realizaban un afrontamiento activo para minimizar los deseos de contacto social.

**P.4.** Hago cosas como escribir, escuchar música, hacer punto, jugar con el perrito. Eso hago para no sentirme tan sola.

En el caso de las mujeres que no estaban satisfechas con la atención que recibían de sus hijos, como atribuían la responsabilidad y capacidad de modificar la situación de soledad en los hijos, no sentían control para cambiar esta circunstancia y esta percepción limitaba su iniciativa para realizar conductas de afrontamiento positivas, como tomar la responsabilidad de contactar con los hijos. Tanto es así que, cuando se les cuestionaba acerca de las estrategias que podrían utilizar para resolver su situación de soledad, no se planteaban soluciones para afrontarla que implicasen un

acercamiento hacia la familia, sino más bien **buscar recursos externos** u otras personas para disponer de compañía.

**P.2.** A veces me siento sola y les llamo, solo con oír su voz ya estoy mejor. O les envío un WhatsApp. *Eso es lo que hace para evitar sentirse así ¿No?* Claro.

**P.17.** Yo sí que puedo evitarlo, porque yo si quiero cojo y vendo lo que se me antoje y busco una mujer y no estoy sola. Pero a mí también me duele gastarme el dinero pudiendo tenerlo ellos. A mí me duele y aguantaré mientras pueda. Aguantaré mientras pueda, pero cuando no pueda. Yo no pienso pasar calamidades.



Figura 33: Perfil atribucional 2: Soledad por causas externas, estables y controlables por otros  
Fuente: Elaboración propia.

ii. **Personas que atribuyen su soledad a causas externas, estables e incontrolables.**

Las personas que consideraban que su soledad era causada por factores externos y estables, pero que consideraban que dicha situación no se podía modificar, es decir, era incontrolable, se ubicaron en este grupo. Este perfil estaba representado por un grupo muy heterogéneo compuesto por nueve mujeres, de 65 a 85 años, seis de ellas eran viudas, dos eran divorciadas y una casada, pero el marido estaba ingresado en una residencia debido a una enfermedad neurodegenerativa. El número de descendientes oscilaba de uno a cuatro hijos y la mayoría vivía en Elche y localidades vecinas. No obstante, cuatro señoras tenían hijos que fallecieron cuando éstos eran jóvenes y una de ellas no tuvo descendencia. Asimismo, en el grupo había dos



personas con dependencia funcional que requerían ayuda de otra persona para salir a la calle y tres señoras tenían problemas de salud que limitaban su marcha y precisaban alguna ayuda técnica para salir fuera del hogar.

En cuanto al hecho de vivir solas, más de la mitad (cinco personas) creían que vivían solas por obligación y el resto porque lo había elegido así.

**Experiencia de soledad.** La experiencia de soledad fue heterogénea en este grupo, ya que había personas que sí reconocían sentir soledad, otras que negaban sentirse de este modo y también personas que describían su experiencia de soledad en términos objetivos.

- ***Sí experimentan soledad:*** En el segundo grupo (están un poco solos o moderadamente solos), porque a veces sí que me siento sola. No siempre, pero a veces sí (P.6).
- ***No experimentan soledad:*** Yo ahora no me siento sola. Estoy sola, pero no me siento sola. Cuando estoy aquí estoy sola, pero estoy a gusto. Como no puedo salir pienso que estoy a salvo y estoy bien (P.19).

En este sentido, se observó que las personas que experimentaban sentimientos de soledad o reconocían estar solas objetivamente, fueron las que consideraron que vivían solas por obligación y, las personas que no se sentían solas, eran las que consideraban que vivían en solitario por elección.

**Causas externas atribuidas a su experiencia de soledad.** En el discurso de estas personas las causas (o temas) que más se repitieron fueron los siguientes:

- a. ***No tener compañía por vivir solas.*** La mayoría referían que la soledad era provocada por el hecho de estar solas y no disponer de compañía.
  - P.15. Porque no tengo a nadie si no vienen a visitarme.
  - P.13. Porque estoy sola. Es la realidad, estoy sola.
- b. ***Viudedad o pérdida de la compañía del marido.*** Esta fue una de las circunstancias más narradas por las participantes. Perder la compañía del marido era una circunstancia incontrolable que dejaba un vacío enorme en sus hogares y, en la mayoría de casos, era el principal motivo por el que consideraban que estaban solas.

- P.8.** *¿qué te provoca sentirte sola?* Pues eso no se puede contestar. Son preguntas muy fuertes. Porque se ha muerto el marido y quedan solas. Tú sabes las viudas que hay.
- c. Nido vacío.** Aunque a un nivel secundario, el nido vacío fue otra causa referida que se sumaría a la pérdida de compañía del marido por viudedad o divorcio. En estos casos, como se referían al hecho de que los hijos ya no estaban casa, se referían al vacío que dejan al irse y también a que era una circunstancia, para ellos, inmodificable, porque sus hijos estaban desarrollando sus vidas, vivían con sus familias y tenían circunstancias vitales distintas.
- P.6.** *¿Por qué motivo vives sola?* porque cada uno tiene su vida y tengo que amoldarme a mi vida. *¿Qué te hace sentirte sola?* No sé. No echo de menos... bueno, echo de menos muchas cosas, pero que sea por eso por lo que estoy sola no... ¿Me entiendes? Echo de menos a mi hijo, a mi hija, a mis nietos... pero no es eso por lo que estoy sola. *Lo que queremos saber es lo que te causa sentirte sola.* ¡Ah! la causa. Pues las circunstancias.
- d. Red social de apoyo pequeña.** Muchos se refirieron al hecho de tener una red social de apoyo pequeña porque solo se disponía del apoyo de un hijo, por ser hijo único, por el fallecimiento de su otro hijo o porque el resto vivía lejos.
- P.19.** En el que están un poco solos *¿por qué?* porque como no tengo más que una hija y ella no puede estar todo el día conmigo ni yo con ella pues ahí estoy.
- e. Dificultad de los hijos/nietos para conciliar sus deberes con la vida familiar.** Añadido al hecho de tener una red de apoyo pequeña, se atribuía las causas de la soledad al hecho de que los hijos tenían circunstancias laborales que les impedían visitarles con más frecuencia.
- P.3.** Porque tengo poca familia, solo tengo a mi hijo que se porta conmigo de maravilla, pero tiene que trabajar y no puede estar conmigo el tiempo que yo quisiera. Familia lo tengo solo lo tengo a él. Tengo una nieta que está estudiando una carrera y la pobrecita está muy liada.
- P.14.** Un poco sola porque hasta los fines de semana no tengo visita... Y ahora hasta septiembre que empieza el colegio pues tampoco..., a lo mejor voy alguna tarde a ca' Lola a tomar café y a platicar.

**Consecuencias de la soledad.** Aunque las consecuencias variaron en función de cómo se experimentaba la soledad, se observó cómo la principal consecuencia emocional vinculada a esta forma de experimentar la soledad era la aparición de emociones negativas como la **tristeza** y el **miedo**. Estas emociones provocaban un

impacto cognitivo negativo en estas personas, ya que reconocían que cuando se sentían solas tenían **preocupaciones** y **temores**. A su vez, se producía un impacto negativo sobre la motivación y conducta posterior. Por ejemplo, al inicio de perder la compañía del marido, cuando la tristeza era muy intensa, se producía un **bloqueo conductual**, donde afirmaban que no hacían nada, bien porque no tenían ganas de salir o bien porque creían que no podían hacer nada por cambiar la situación. En este sentido, se observó que aspectos como el **tiempo** transcurrido desde que perdieron la compañía, la cronicidad de la **situación de dependencia** de las personas y la **comparación social influían** en las **consecuencias emocionales** de la soledad en este grupo, que finalmente acababan **resignados** a la situación de soledad que les tocaba vivir.

*a. Tristeza y depresión inicial.*

**P.9.** Te notas que ni tienes ganas de comer ni tienes... Aburrída, es un aburrimiento que no sé cómo explicarte, que igual te da ya morirte. Es un aburrimiento malo. Los hijos te invitan, pero no siempre. La cantidad la pasas sola y aburrída. (...) Tienes el pensamiento de pufff ¡Vaya vida esta! Aburrída, aburrída. Cuando estás con alguien, estás más alegre, pero cuando estás sola sientes como que se te ha terminado la vida. Total, esto ya no es vivir. Se te ha quitado la alegría. Es que no sé cómo explicarte. Quieres hacerlo, pero caes al mismo sitio. No sé cómo habrá que poner eso. Tú lo comprendes ¿No? Sí. Es aburrída, aburrída, soledad. Como si cayeras a un pozo sin salida. Yo lo tengo todo hecho, que te da igual morirte que no.

*b. Miedo y preocupaciones excesivas.*

**P.8.** ¿Cómo te afecta? Pensar más en lo malo que en lo bueno.

**P.15.** ¿Cómo te afecta? Pues mal, por estar aquí con la “barrinica” dándole caña.

*c. Bloqueo conductual.*

**P.15.** Querer morirme, porque yo no quiero, es que no quiero irme con nadie ni a ningún sitio. Salir no salgo, nada más que a comprar, con la gimnasia y a sacar al perro.

*d. Resignación y aceptación de las circunstancias.*

**Con el paso del tiempo.**

**P.6.** Al principio me afectaba más, pero ahora no, porque como hay mucha gente que está sola. Lo veo más normal.

**P.13.** Tristeza verte que estas sola. Los principios más, pero ahora ya me he acostumbrado.

**Cuando se suman situaciones de dependencia funcional irreversibles.**

**P.19.** *¿Cómo te afecta?* Pues nada, que estoy sola porque tengo que estar sola en ese momento.

**Afrontamiento.** Al atribuir su soledad a causas externas, estables e incontrolables las estrategias de afrontamientos se orientaban a minimizar el impacto negativo de las consecuencias de la soledad. Entre las estrategias de afrontamiento que describieron, destacaron los siguientes temas:

**a. *Aumentar contacto social.*** En este caso se describían comportamientos de afrontamiento dirigidos a aumentar el contacto con amigas y vecinas o, incluso, hacer nuevas amistades.

**P.6.** Salir a la calla a conocer gente, quedar con amigas o con las vecinas.

**P.9.** Yo si no tengo una amiga, me voy sola a los bailes. Cuando más aburrida estoy es cuando estoy en la casa.

**b. *Adaptación.*** Algunas personas, dada su situación de dependencia funcional, lo que realizaban era un ajuste de expectativas, en el que adaptaban sus deseos de contacto e interacción social a los que podían recibir, sin esperar nada más. De este modo se adaptaban a la situación que les tocaba vivir.

**P.12.** Pues como no puedo ir, me tengo que quedar aquí a gusto. *Porque no hay otra cosa.* Porque no hay otra cosa, claro.

**P.19.** Estoy sola porque tengo que estar sola en este momento. Yo estoy aquí, porque tengo que estar aquí. Pero si mi hija viene y me dice –Venga mamá vamos a dar un paseo- porque por las noches ella sale a andar, yo no le digo a mi hija que no, y me voy con ella.

**c. *Actividades individuales.*** Las personas que echaban en falta el apoyo familiar pero no tenían amistades y tampoco querían salir solas a la calle, intentaban reducir su soledad realizando actividades individuales que ayudasen a ocupar el tiempo.

**P.3.** para evitar sentirme sola me pongo a hacer actividades, coser o algo.

**d. Sustituir relaciones.** En casos en los que no existía descendencia, otra estrategia fue sustituir la falta de compañía humana por la del animal de compañía.

**P.15.** mi perrito me hace compañía más que las personas.

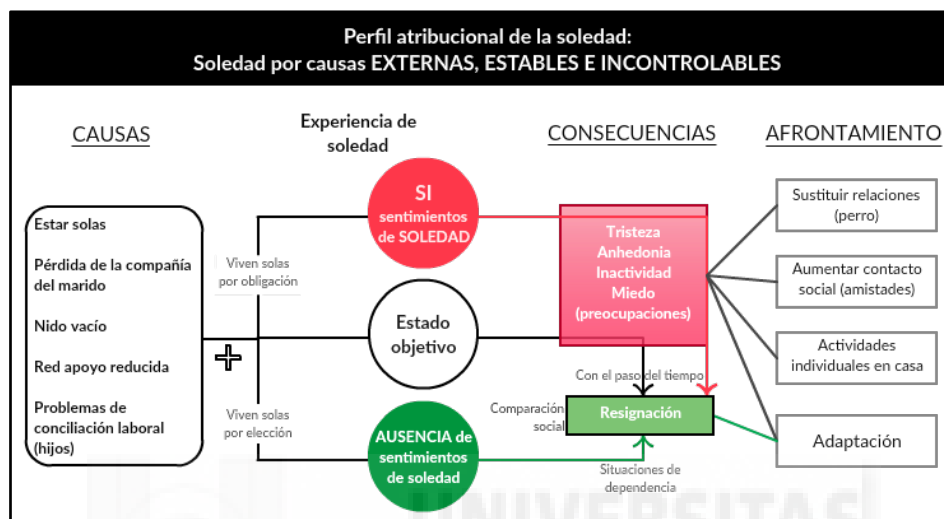


Figura 34: Perfil atribucional 3: Soledad por causas externas, estables e incontrolables

Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, resumiendo lo anterior, fueron **tres** los **perfiles de atribución externa de la soledad** que se encontraron en las narraciones de los participantes. Es importante destacar que este estilo atribucional fue el **más común**, ya que fueron **17** las **personas** que **consideraron que su soledad era debida a causas externas**.

No obstante, sería preciso indicar que también se encontraron de manera consistente referencias a **situaciones de soledad** motivadas por circunstancias **externas, inestables e incontrolables**. Es decir, por situaciones específicas, como la **noche**, un día de tormenta o algún suceso o circunstancia que provocase una vivencia puntual de soledad.

Este tipo de atribución no se ha considerado un patrón atribucional específico de vivencia de la soledad porque la soledad atribuida a estas situaciones era secundaria. Esto es, los participantes atribuían su experiencia de soledad a las causas referidas en los perfiles anteriores y, en ocasiones, la intensidad de esta experiencia se exacerbaba cuando concurría con una situación externa, inestable e incontrolable. Pese a ello, es

interesante destacar las características principales comentadas por los participantes de este tipo de **soledad**, que podríamos considerar “**situacional**”.

Sería una soledad provocada por una **situación específica**, concretamente la situación más referida fue la **noche**.

**P.3.** Cuando más lo noto es de noche. Cuando cierro la puerta y me voy a dormir digo - ¡Ay señor, que no me pase nada! Y si me pasa, que no me levante mañana y ya está- Cuando más triste me siento es de noche. Menos mal que duermo mucho.

**P.4.** Pues cuando es invierno y anochece antes. Cuando llueve, cuando hay truenos. Ahí es cuando más siento la soledad.

**P.11.** Yo me siento sola por la noche y digo el padrenuestro y que me den una muerte digna que no haga carga a las hijas, esa es mi oración de por las noches.

Pasar la noche sin compañía era una situación en la que algunas personas se encontraban indefensas, por lo que tenían **miedo o temor** a que les ocurriese algo malo.

**P.4.** Pues me produce un poco de miedo por si me pasa algo, si me caigo, de que no me dé tiempo a llamar a mis hijos. Miedo a no tener a nadie que me pueda socorrer.

El modo de afrontar este miedo era, principalmente, buscando recursos de apoyo externos como la **Teleasistencia**.

**P.9.** Tengo la cruz roja, por si me pasa algo que les llamen a ellos.

### *La soledad atribuida a causas INTERNAS.*

- i. **Personas que atribuyen su soledad a causas internas, estables y controlables.**

En este grupo se incluyeron las personas que consideraban que la situación de soledad dependía de ellas mismas (interno), porque lo habían decidido así (estable) y elegían vivir en soledad (controlable) como vía de autodeterminación y autogobierno. Este perfil estaba representado por tres mujeres de entre 73 a 87 años, viudas y que tenían familias numerosas (entre tres y cinco hijos). Según reconocieron, las relaciones matrimoniales que habían mantenido fueron difíciles. En dos de los casos, los hijos vivían lejos y, además, en un caso, las relaciones familiares habían sido conflictivas y

la señora no disponía de apoyo familiar. En el otro caso, la señora tenía hijos viviendo en Elche y mantenía un contacto frecuente y bueno. Todas las mujeres eran independientes y no tenían problemas de movilidad para salir de casa.

**Experiencia de soledad.** Estas personas se caracterizaban por **no sentir soledad** o por **negar o no reconocer este sentimiento** abiertamente. Cuando esto ocurría, se les preguntaba por su estado de soledad y éstas respondían con preguntas, titubeaban o bromeaban. Además, se observó que las mujeres que negaban insistentemente la soledad o les costaba reconocer que tenían sentimientos de soledad, entendían la soledad de forma negativa, como algo triste. Sin embargo, la mujer que afirmaba no sentirse sola, entendía que la soledad era una experiencia agradable y positiva.

**P.1.** Si tu vieras la gente que hay acompañada, mayormente matrimonios, que están más solos que yo (se ríe). No sé qué poner... ¿Algo sola? Un poco sola. Bueno si hace frío no tengo quien me caliente los pies, sí ahí me siento sola (ríe). *Y en alguna situación más te sientes así.* No.

**P.5.** Pues estoy moderada un poco ¿verdad?

**P.18.** Yo estaría en grupo de los que no me siento sola.

**Causas internas atribuidas a su experiencia de soledad.** Al negar la soledad y/o al no sentirse solas, los motivos o causas sobre los que justificaban su situación de soledad en ese momento fueron por: **elección, preferencia o motivos personales.** Es decir, aludieron a factores de elección personal estables que tenían que ver con decisiones que habían tomado en el pasado y que elegían la vida en solitario como parte de su vida. Así, como se puede ver en las tres justificaciones que ofrecieron del estado de soledad, se observaba coherencia entre las atribuciones que referían y la forma de experimentar la soledad.

**Elección:** Yo es que no me siento sola, quizá es porque es una soledad que entre comillas yo he elegido. Entre comillas te digo porque yo no la elegí, me hicieron elegirla. Pero la elegí, puse me vine hizo en abril 19 años y puse 400km por en medio y bendita la hora que lo hice (**P.1**).

**Preferencia:** Has dicho que estás en el grupo de moderadamente sola, un pelín sola. ¿Por qué? sí, porque yo estoy a gusto sola. Si yo no estuviera a gusto estaría en el pueblo con mi familia. Porque me gusta estar sola, porque yo me encuentro como en Elche lo

tengo todo a la mano. Tengo el autobús, tengo esto, tengo lo otro. Yo me encuentro más ‘capacitá’ que estar en el pueblo. *Te ves más limitada ¿no?* No, no, que tengo que estar más que con ellos... —oye ¿me podéis llevar? y ¿a quién me toca...? -. *Dependiente*. Claro, y aquí estoy sola, hago lo que quiero y allí no. Por eso, mayormente, estoy en Elche. *A ti te gusta ser independiente*. Y a mí me gusta la ciudad mucho. A mí la ciudad, independiente. Mira, tener la tele, cambiar todos los canales. Cuando estaba Paco se cabreaba y se acostaba (P.5.).

**Motivos personales:** Porque yo tengo una facilidad de que he pasado mucho y aquello ya lo dejé. El futuro me lo he planteado así. Vivir y dejar vivir. *Pero, ¿Qué cosas hacen que te aparezca este sentimiento de soledad placentera para ti?* Yo es que lo disfruto. Con una silla bien arreglada o poner un libro en su sitio o con cualquier cosita. Hacerme mis comidas, con eso ya soy feliz y me siento yo a gusto. Hacer lo que yo quiera, no lo que quieran los demás. Te he dicho que he sido dominada hasta que me he quedado viuda (P.18.).

**Consecuencias de la soledad.** Se observó cómo, al atribuir las causas de la soledad a motivos personales elegidos por ellas, las consecuencias que describían se referían, principalmente, al hecho de no sentirse solas o al hecho de sentirse a gusto y bien por vivir solas y tener **independencia y autonomía**.

**P.1.** *¿cómo te afecta?* Es que yo no me siento sola cariño. No me siento sola.

**P.18.** Que hago lo que quiero, que soy dueña de mi vida. *Pero ese es el sentimiento que te queda después cuando tú te sientes sola. Te sientes a gusto y te sientes.* Tranquila y relajada.

**Afrontamiento.** Las estrategias de afrontamiento desarrolladas por estas personas iban dirigidas a aumentar el control que percibían sobre la soledad, experimentando que la situación la modificaban ellas. Asimismo, en función del modo de experimentar la soledad, se establecieron distintos tipos de estrategia.

**a. Negación.** En el caso en el que no había buena relación familiar con los hijos, habían fluctuaciones en su discurso que indicaban la tendencia a negar hablar de los problemas de relación con sus hijos. A veces, reconocía que era un tema que le dolía, pero otras veces se observaba como evitaba referirse al tema y a manifestar los sentimientos que le producía este déficit en la cantidad y calidad del contacto familiar.



**P.1.** *¿Te sientes incapaz de llegar a los que te rodean y comunicarte con ellos?* Esoooo. Ahí ya hemos patinado. Hemos patinado. No, no, Pero yo ahora te contesto. Yo te contesto. Depende de, a ver, yo con la gente me rodea no tengo problemas, el problema lo tengo con los míos. Y ellos sí están muy lejos. No físicamente, o sea no de kilómetros. A parte de que sea de kilómetros. Eso sí, si me es difícil entenderlos (llora).

**P.1.** *¿qué te provoca sentirte sola?* Es que yo no me siento sola cariño. No me siento sola...

**b. Adaptación.** Esta estrategia fue muy empleada por estas personas para adaptarse a la situación de vivir solas, aceptando las circunstancias de vida y ajustando las expectativas de contacto que deseaban. De ese modo prevenían la aparición de la discrepancia entre el contacto real y el deseado y se evitaba el sentimiento de soledad.

**P.5.** A mí me gustaría tener un hijo aquí, pero yo gente de la calle no quiero tener (...) Tienes que sobrellevarlo, si no quieres molestar a tu familia, tienes que tú misma decir –Yo tengo que hacerme-. Convertirla en algo. -Ahora estoy triste, ahora me aguanto-.

**c. Actividades individuales.** Esta fue el principal modo de resolver las situaciones de soledad. Bien como vía de entretenimiento y distracción o bien como vía de autoafirmación, estas personas realizaban actividades individuales para ocupar su tiempo.

**P.5.** Esas horicas malas. Buscarte algo, coger un libro, hacer crucigramas, sopas de letras...como yo hago. *¿Distraer la mente, no?* Claro distraer la mente porque cuando la distraes ya esa hora tonta se te ha pasado y ya te llegan las otras, otras mejores. Es que tienes que sobrellevarlo todo.

**P.18.** Pues distraerme con cosas buenas. Pongo la dos que echan historias o me pongo a hacer sopas de letras o a leer. Si yo tengo actividades. No me aburro. Me arreglo la ropa yo. *Entonces lo que haces es estar activa para no sentirte sola. A parte de que disfrutas estando sola.* Que bien que me siento y qué a gusto.

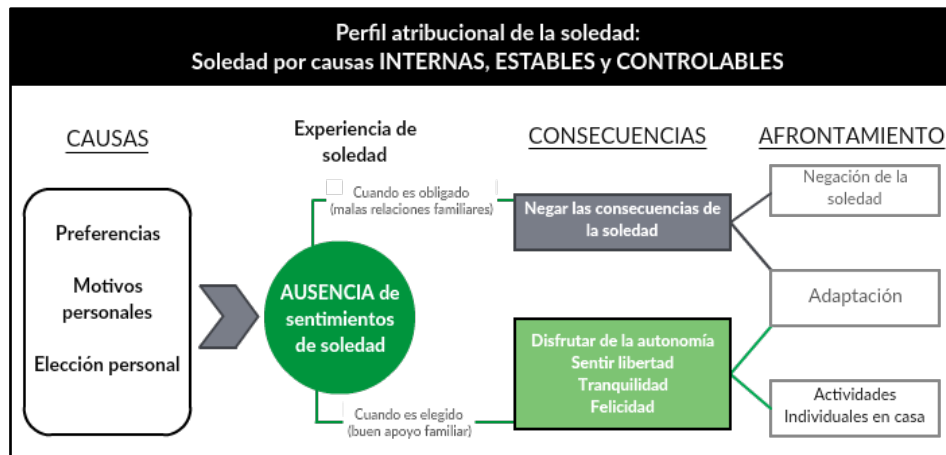


Figura 35: Perfil atribucional 4: Soledad por causas internas, estables y controlables  
Fuente: Elaboración propia.

Este fue el **único perfil atribucional interno de la soledad** que pudo ser observado en el discurso de los participantes y fue el menos frecuente (3 personas).

Sin embargo, tal y como ocurría en el caso de las atribuciones externas, se pudo comprobar que los participantes también atribuían las fluctuaciones en su experiencia de soledad a causas **internas, inestables e incontrolables** o a causas **internas, estables e incontrolables**. Es decir, en las narraciones se observaron algunas causas internas de la soledad que eran secundarias y que podían influir en la forma de experimentar la soledad. Concretamente, se pudo observar que existían **dos tipos de atribuciones internas e incontrolables** que variaban en función de la estabilidad de la causa asociada a la soledad:

### 1. *La soledad secundaria a los problemas de salud de la persona.*

Algunas personas mencionaban que las alteraciones transitorias (causas inestables) o crónicas (causas estables) en la salud eran motivos secundarios de su soledad, que exacerbaban los efectos negativos de esta experiencia. Esto les ocurría a personas que tenían problemas de salud que condicionaban su capacidad para salir a relacionarse ocasionalmente o personas con algún tipo de diversidad funcional (visual o motora).

P.13. *¿qué te provoca sentirte sola?* Pues lo mismo, si...me siento sola cuando quiero hacer una cosa y veo que no la puedo hacer *¿y eso qué te provoca a ti cuando tienes ese sentimiento de soledad?* Pues nada, pues paciencia, qué voy a hacer *¿no te provoca nada?*, Nooo, hombre me da rabia cuando veo que quiero hacer una cosa y no la puedo

hacer. Pero, la soledad ¿qué te provoca? Pues tristeza pensar que estás sola, pero tengo la teleasistencia. ¿Cómo te afecta? Pues bueno, ya me he acostumbrado. Y hace cuatro años que estoy sola. Cuesta, cuesta acostumbrarte. Cuesta.

Las consecuencias emocionales de este tipo de atribuciones no siempre eran negativas, sino que la reacción emocional dependía en gran medida del tiempo que llevasen en esa situación o de la adaptación a la enfermedad o limitación funcional que tenían. Pero sí que afectaba el afrontamiento de la soledad, ya que las alteraciones de salud en los participantes limitaban las oportunidades de afrontar su soledad de una manera activa.

P.12. *¿cree que puede hacer algo para evitar sentirse sola?* Pues no, porque lo único que puedes hacer es salir a la calle y hablar con personas. Y no puedo salir, si no me llevan, pues no puedo salir.

## ***2. La soledad secundaria al estado de ánimo o las características personales.***

Otras personas consideraban que sus sentimientos de soledad variaban por factores internos e incontrolables como las fluctuaciones en el estado de ánimo (causas inestables) o a, también, que eran condicionados por la personalidad o la capacidad de la persona (causas estables).

**P.14.** *¿Qué te provoca sentirte sola?* No lo sé. Además, ya te digo, si estoy bien de ánimo no me siento sola en ningún momento.

**P.5.** *¿Qué cosas causan que la gente se sienta sola?* No, es la mente. Yo, ahí, es la gente. Hay gente que no pueden tolerar. Yo he visto en televisión, gente que están solas y salen llorando, de que están solas, que ellas no pueden estar solas. Hay gente...como los hombres, hay hombres que se quedan viudos y de momento...y hay otros que no, que se quedan en sus casas. La mujer lo mismo, hay mujeres que no pueden tolerar, se quedan solas y se ahogan. Es como si les faltara la respiración, les faltara la vida. Porque también ellas, la mente suya le hace darle más fuerza. En vez de decir – ¡No!, esto me ha tocado y tengo que aceptarlo ¡No! - Le dan más fuerza aún todavía - Yo no puedo estar aquí, yo no puedo, porque yo no puedo, porque yo me ahogo...que no sé, qué que no sé cuántos- Eso es lo que pasa. Yo creo que todo en la vida es la mente. *Es decir, que crees que la soledad la provoca la mente. No quedarte viuda ni nada de eso.*

No, no, no. Es la mente, es la mente lo que tú creas. Es lo que tú quieras darle a la mente.

Este tipo de atribuciones afectaba a la experiencia de la soledad de forma variable, según el estado de ánimo o según las creencias que tuviese la persona de la soledad.

**P.14.** *¿Cómo te afecta?* Según el estado de ánimo (Ríe). Si estás un poquillo con la moral baja pues me da por llorar, pero por otra cosa no.

**P. 5.** Hoy estoy a gusto sola, hay días que estoy sola, estoy triste, la tele no la puedo soportar, porque hay ratos que te encuentras que no eres tú y dices. –Ay si pudiera salir a fuera con las vecinas- si está la vecina... Eso yo creo que le pasa a cualquiera ¿verdad? A veces la mente le da por decir -no quiero tele-, no sé, tú sabes que la mente es la que nos lleva, es la que nos lleva.

Llamaba la atención que las personas que mencionaban este tipo de causas secundarias de su soledad, eran las que solían realizar dinámicas de **interacción negativas**, que no ayudaban a resolver las situaciones de soledad, sino que propiciaban el aumento del **aislamiento**, el mantenimiento de **sesgos cognitivos sociales**, orientados a **devaluar el contacto con otras personas**, y a aumentar la aparición de sentimientos de soledad.

Por ilustrar esta dinámica con un ejemplo, una mujer consideraba que sí tenía control sobre su soledad y decía que lo que podía hacer para evitar sentirse sola era buscar amigas. Sin embargo, cuando explicaba cuál era su forma habitual de resolver las situaciones de soledad que vivía, se podía observar cómo cuando tenía necesidad de contacto social, salía al parque pero, como tenía sesgos cognitivos sociales y no se veía capaz de iniciar conversaciones con personas desconocidas, lo que realmente hacía era quedarse en casa aislada realizando alguna actividad.

**P.14.** Porque si yo quiero estar sola estoy, si no, ya te he dicho, me voy ahí o me voy al parque. Pero yo, para estar en el parque sola, estoy en mi casa sola. Esa es mi opinión, porque yo para ir al parque, mirar a la una, mirar a la otra y **no poder hablar**, porque es que es lo que te digo. Como toda la vida he estado de mi casa al trabajo y del trabajo a mi casa y después de los fines de semana de aquí a casa de mi madre. Pues no he tenido amistades de decir, pues vámonos. (...) pero yo para estar sola en

el parque me quedo aquí, me siento, me pongo a hacer crucigramas o a ver la tele y me entretengo.

En síntesis, se pudo ver que en función de las atribuciones causales que realizaban los participantes de su experiencia de soledad las consecuencias emocionales y el afrontamiento de ésta variaba.

A partir de las dimensiones causales (*lugar, estabilidad y controlabilidad*) que refirieron los participantes de su experiencia de soledad inicial se realizó la división de los participantes en cuatro grupos o perfiles atribucionales de la soledad, definiendo tres perfiles atribucionales externos y un perfil atribucional interno.

Se comprobó que los participantes tendían a explicar las causas de su soledad a partir de atribuciones externas y que, según la estabilidad y la controlabilidad de las causas atribuidas a la misma, vivían la soledad de un modo particular.

Así, con este análisis cualitativo también se pudo comprobar que, pese a observar algunos patrones comunes en el significado y la experiencia de soledad de los participantes, los modos de experimentar y convivir con la soledad eran muy heterogéneos.

### **6.3. Segundo estudio cualitativo anidado: Análisis de la experiencia de los participantes con la intervención del Programa Acompaña-Té.**

El segundo estudio anidado se realizó con el fin de conocer cuáles fueron los beneficios que obtuvieron los participantes que recibieron la intervención psicosocial de acompañamiento a través del Programa Acompaña-Té. Para ello, se analizaron las narrativas de los participantes sobre su experiencia con el programa y se extrajeron cuatro beneficios principales, denominados temas. A cada uno de estos temas, se le vincularon otros beneficios (subtemas) que tenían relación con esa categoría y que fueron mencionados de forma significativa por los participantes. A continuación se describen todos los temas y subtemas derivados del análisis temático.

*Tema. 1. Ventajas socioemocionales de tener la compañía de un voluntario.*

Todos los participantes destacaron efectos positivos en su estado mental y emocional por recibir acompañamiento. En esta categoría se incluyeron los beneficios psicológicos que narraban las personas acompañadas, es decir, las emociones, sentimientos o estados afectivos y motivacionales positivos que experimentaron los participantes por el hecho de recibir la visita y la compañía de la persona voluntaria.

**a. *Disfrutar de la compañía.***

Fue unánime el acuerdo de los participantes en reconocer que habían disfrutado de la compañía ofrecida por la persona voluntaria, destacando siempre la oportunidad que suponían las visitas para poder conversar y pasar un rato ameno y divertido.

**P.1.** Me lo he pasado muy bien con C.... Me lo he pasado muy bien, muy bien, muy bien.

**P.20.** Porque lo he pasado bien con el programa, con el chaval, porque tiene mucha labia también.

**b. *Estimulación y motivación por la compañía.***

Algunas personas destacaban la influencia positiva que la compañía ejercía sobre su estado de activación, es decir, consideraban que la visita del voluntario y la conversación eran una fuente de estimulación y bienestar que les inyectaba de energía el día que recibía la visita.

**P.2.** Pues porque estás aquí con el acompañamiento y estás muy bien, estás...estás aquí activando aquí de charla y eso y se lo pasa uno bien, claro.

**P.18.** (...) ahora con esta ilusión todavía me animo más. Hoy me he levantado un poco chungo con la garganta, pero pensar que venía me he animado a hacer mis cositas, recoger el desayuno... y me subo para arriba. Me motiva.

**c. *Conversar y desahogarse.***

También, además de conversar sin limitaciones durante todo el acompañamiento y hacer una revisión de los recuerdos biográficos, muchos referían que con la persona voluntaria habían tenido la oportunidad de hablar de sus problemas y preocupaciones, por lo que encontraban en el voluntario un apoyo emocional que les permitía desahogarse.

**P.7.** que he tenido más ocasión de hablar y comentar cosas y eso, entonces pues la compañía esa pues te recompensa mucho...el poder hablar y sacar cosas, y decir cosas y hablar cosas que a lo mejor hacía tiempo que ni siquiera las comentaba, ¿sabes lo que te quiero decir? O sea que...eso.

**P.19.** A mí me ha hecho mucho bien, porque he salido de casa, he hablado mucho con M....., nos hemos desahogado las dos, nos hemos caído muy bien, es muy buena chica o mujer o señora, y yo a ella también. Yo lo he pasado muy bien con esa mujer.

**d. *Desconectar y distraerse de las preocupaciones.***

Para algunas personas la compañía era una oportunidad para evadir la mente y distanciarse de tus preocupaciones. En las narrativas de estos casos, se apreciaba cómo destacaban que la percepción del tiempo se alteraba.

**P.5.** (...) cuando una persona está sola pues recibir chicas como vosotras, es un encanto y quieras o no quieras pues son unas “horicas” muy buenas que pasas. Se nos pasaban las horas volando. Lo he pasado muy bien, muy bien.

**P.17.** Porque son dos horas que te pasan divinamente, divinamente hablando y te lo pasas sin sentir, te lo pasas sin sentir. Si yo estoy sola, yo estoy aquí. Pero si vienes tú, por ejemplo, estás aquí estamos hablando yo así estoy divinamente, porque ni me da el sueño, me entero de cosas que no sé y me lo paso bien. Y eso es, y yo creo que es una cosa que vale, yo creo que es una cosa que vale. Estás hablando, estás distraída, se pasan las horas sin darte cuenta y para mí esto es maravilloso, para mí esto es maravilloso.

**e. *Recibir un buen trato y sentirse respetada.***

Coincidían todos en indicar el buen trato recibido por su acompañante, de manera que se habían sentido muy respetadas, queridas y valoradas por la persona voluntaria, de la que destacaban su buen hacer.

**P.12.** Luego la chica se ha portado muy bien, ha sido muy buena y es muy buena, y yo he estado muy contenta con ella y he estado a gusto con ella.

**P.18.** Porque a mí me habéis reciclado, es decir, me habéis sacado todos mis recuerdos de la niñez y de toda mi vida. Y me habéis escuchado, y al escucharme, que no decís ni tonterías ni nada, pues me anima y me satisface. Porque a veces me callo y me retengo porque me dicen -eso son tonterías- y empiezan así, y eso ¡no! son los sentimientos que lleva una dentro y los recuerdos (...).

**f. *Levantar el ánimo.***

Recibir la visita de la persona voluntaria se consideraba un motivo de alegría, reconociendo que recibir el acompañamiento les levantaba el ánimo.

**P.9.** Como estaba tan sola pues me ha alegrado mucho, al sentirme...me he encontrado muy feliz.

**P.2.** Yo en tal de estar acompañada me alegraba el día.

**g. *Sentir gratitud.***

El agradecimiento tras haber recibido el programa era un sentimiento compartido por los participantes, destacando que se sentían muy agradecidos con el voluntario asignado y por haber recibido el programa.

**P.19.** Muy buena, mejor de lo que esperaba. Agradecidísima.

**P.5.** Gracias por todo, lo he pasado divinamente.



## *Tema 2. Posibilidad para seguir aprendiendo y desarrollarse.*

Otro gran beneficio fue la oportunidad que el programa les ofrecía para aprender. Los participantes comentaban que su participación en el programa les había dado la posibilidad de conocer nueva información y aprender aspectos importantes sobre la soledad de las personas mayores y sobre la vida. Asimismo, algunos consideraron que el programa les había ayudado a crecer personalmente y/o superar barreras psicológicas. A continuación se describen los principales subtemas identificados en esta categoría.

### *a. Adquirir nuevos conocimientos.*

Algunos valoraron que el programa les había aportado información, conocimientos y aprendizajes que, hasta ese momento, no conocían.

**P.1.** He recibido unos conocimientos que yo no sabía ni que esto existía.

**P.15.** Te enseña cositas que no conocías y está muy bien.

### *b. Aprender de los modelos de los vídeos.*

La mayoría de las participantes consideraron que los vídeos que habían visto en el programa representaban la realidad de las personas mayores y la soledad. Solo hubo un caso, el del hombre, en el que no se sintió identificado con la situación que era representada por dos mujeres (vídeo EA 1), pero sí en el segundo vídeo (vídeo EA 2, del hombre con su hermana). Así pues, mediante el proceso de **identificación con el modelo**, los participantes destacaban comportamientos en los vídeos observados en los que se veían reflejados y/o en los que diferían.

**P.12.** Me gustó mucho de ver los videos esos, porque es la verdad, lo que pasa. Me enseñó uno que es de una pareja de amigas que están así solas. Luego me enseñó otro que era un hermano y una hermana también. Me gustaron porque es la verdad de lo que está pasando. Que se encuentra una sola y está aburrida y si tienes una compañía estás más a gusto, te encuentras más acompañada y no así...siempre sola. Es muy triste estar sola.

**P.13.** Los videos tienen que estar porque aprendes de ellos, porque te enseñan las cosas como pasan.

Además de identificarse con los modelos, en algunas narraciones se observaba cómo identificaban aquellos comportamientos adecuados del modelo, atendían y memorizaban estos aspectos del vídeo para reflexionar sobre los cambios que podrían hacer en su comportamiento para obtener las mismas consecuencias.

**P.14.** La del video está muy bien. Te metes en la historia. El mensaje es que cuando la mujer le dijo que no salía, que debía salir, que no sé cuántos, ahí te ves y dices - pues si yo tengo que hacer lo mismo que lo que le está aconsejando a la otra-.

**P.20.** Los reportajes esos están bien, porque ves como el uno al otro lo convencen, y empezó a ir a los sitios esos y cambió de parecer, a la hora de hablar con la gente y eso. Pues todas esas cosas dices -pues sí, pues sí, claro- (...) he aprendido un poquito más de lo que es la vida, y bueno, y de lo que es la vida. Porque hay personas que estarán más...yo de momento estoy...ni triste, ni acomplexado, ni nada. Yo me tomo la vida como viene, porque sé que es así. Pero que todo esto sí, que lo tengo en la cabeza yo, todo lo que he oído y he visto, que el programa me lo tengo yo aquí (se señala la cabeza) grabado.

**c. *Desarrollar más control personal y motivación para manejar la soledad.***

También se pudo observar en algunas narraciones que se destacaba el ***control personal*** que tenían las personas para resolver su situación de soledad, a través de comentarios donde se subrayaba la importancia de adaptarse a la situación, cambiar la mentalidad y hacer cosas para manejar la soledad.

**P.13.** Te enseñan que si te encierras en casa cada día estás peor, si vas a un sitio de estos haces amigos, tienes una conversación y haces cosas...ahora si estás en casa y eso...los primeros días son muy malos en todas la personas pero después tienes que mentalizarte que tienes que vivir con lo que te ha tocado, estás sola, pues estás sola.

También, en aquellos casos en los que la persona tenía dependencia y sin ayuda no podía cambiar la situación, reconocía que se podía hacer algo. Aunque, como se puede observar, su mensaje se dirige a lo que pueden hacer otras personas, no a lo que puede hacer ella.

**P.12.** me ha enseñado que hay muchas personas también así como yo, que están también solas y les pasa lo mismo, que están así... *¿Y qué puede hacer usted?* Pues que pueden hacer...tienen que buscarse una compañera, o una amiga o alguien para salir.

**d. Oportunidad para superar barreras y desarrollo personal.**

Otro beneficio referido fue que el programa ayudó a algunos participantes a cumplir algunos deseos personales, gracias a que les había ayudado a eliminar algunas ideas negativas que les limitaban o porque les dio la oportunidad de participar en actividades deseadas.

**P.17.** Sí, porque esto yo, si no es por el programa no lo hubiera buscado nunca. Porque yo...me da eso de decir y -dónde voy-, como no conoces. Si no hay uno que te diga -pues aquí o allá-, pues parece que ya a estas alturas dices -y ésta que va buscando- (ríe). La mente ya dice -a estas alturas, ésta que va buscando-, si no lo hablas con alguien y lo comentas, pues ya te da un poco de reparo. Ese pensamiento no ayuda, te frena. Y gracias a hablar contigo mismo, me ha ayudado a decir lo que siento. Te advierto que me gustaría pero no me atrevo, no me atrevo en el sentido que no quisiera fracasar (ríe), pero si fracaso...una más, todas no saldrán adelante en todo (ríe). Me da más seguridad para probarlo, para hacerlo.

**P.19.** *¿has superado tu miedo a salir a la calle sin poder ver?* Sí, si lo de salir a la calle lo tengo vencido (...) me ha hecho mucho bien en el hecho de haber tenido una persona, un acompañamiento, en la soledad o como la quieras llamar...me ha hecho mucho bien. Pero que yo, a parte, de ser como he sido y soy, fuerte en todos los sentidos, también he sido muy sensible. Soy sensible, he sido social con la gente y yo que sé...que no lo hacía hace tiempo y eso pues te viene muy bien, de revivir y recuperar lo que tú antes ibas haciendo. Yo lo que he manifestado a M..... ha sido...yo era así. Hemos sido las dos sociables una con la otra, nos hemos hablado sinceramente, tenemos afecto una con la otra y nos hemos caído muy bien, pues yo...esto para mí no es nuevo.

**P.18.** Me ha despertado toda mi vida de mis deseos que yo quería (...) y que a mis años que vaya yo a la universidad ahora, aunque me den un papelito o lo que sea, para mí eso es una grandeza. Para mí es un don grande, grande, ¡lo más! Cuando recibí la carta de que me ibais a dar un diploma, para mis hijos ha sido también una alegría muy grande. Yo he tenido el complejo de no haber ido nunca a un colegio

(...) el programa me ha despertado lo que yo anhelaba toda la vida, me habéis hecho un favor, pero un favor grande.

**e. Romper la barrera generacional y aprender de otros.**

La interacción con personas de otras generaciones también tuvo un efecto positivo para algunas participantes. Destacando dos aspectos fundamentales, que era una oportunidad para aprender mutuamente y que servía para eliminar ideas negativas asociadas a la juventud que tenían preconcebidas.

**P.13.** Porque yo creo que es una cosa... la gente joven tratar con la gente mayor, ellos aprenden y nosotros aprendemos de ellos.

**P.6.** He aprendido a tener respeto por la gente joven, que a veces decimos -es que están locos y es que no sé qué...-, y he aprendido a que también hay gente que es responsable.

**f. Reconocer la solidaridad hacia las personas mayores.**

También fue un aspecto referido por algunos participantes, que consideraron que uno de los aprendizajes que habían ganado con esta experiencia es que había gente que se ocupaba de los demás, especialmente de las necesidades de las personas mayores que vivían solas, y este hecho les producía satisfacción.

**P.16.** me encuentro más satisfecha de ver que hay alguien que se ocupa de los demás. Me encuentro más satisfecha.

**P.17.** Que hay gente muy buena. Y eso es una cosa que para los mayores es muy bueno. Para los mayores son unas actividades que te llevan de la cabeza muchas cosas. He aprendido que es una ayuda para los mayores. Sí, porque los mayores, quieras que no, estamos solos. Y los que no pueden estar solos, hoy casi casi o tienen una mujer o los llevan al centro, y los demás estamos todos solos. Porque aunque digan otra cosa, yo a mi edad ya tengo muchas amigas de mi edad y yo veo que estamos todas igual. Igual y peor. Así es que...por eso te digo que he aprendido que hay gente que está estudiando y apoya y ayuda mucho a los mayores.

### *Tema 3. Oportunidad para participar socialmente.*

En los discursos también se reflejaban beneficios personales que se obtenían a través de la participación e interacción social en el entorno.

#### *a. Estimular la relación con el entorno social.*

Un beneficio bastante narrado es que el programa facilitaba que las personas se relacionasen con otras personas, tanto con el voluntario como con otras personas del entorno cercano.

**P.6.** Hablas mucho con la gente y te relacionas y... con la chica que viene.

**P.18.** abrirme más a la sociedad, a ti, a todo, con él, hablando con él...le he contado todo.

#### *b. Ayuda a salir más de casa.*

Asimismo se refería que el programa ayudaba a salir de casa, este beneficio, sobre todo lo mencionaban las personas que tenían limitaciones a la hora de salir solas de casa, puesto que con la ayuda de la persona voluntaria pudieron salir más a la calle y disfrutar de estar en contacto con la sociedad.

**P.12.** Ves gente y pasas la tarde más divertida, no así encerrada toda la tarde y todo el día aquí (...) Antes estaba más sola porque no salía...salía también pero no era igual, salía menos tiempo, y la chica me sacaba más tiempo, en fin que...me lo he pasado bien con ella.

**P.7.** es que te ayuda mucho a salir de casa.

#### *c. Motiva para iniciar el contacto social.*

En aquellos casos en los que las dificultades para relacionarse con otras personas no eran físicas, sino más bien mentales (por ideas negativas o por falta de motivación) se reconocía que las actividades del programa les habían ayudado a motivarse e iniciar el contacto con otras personas.

**P.14.** Ha ayudado a mi mente, es decir, si por la mañana tengo que salir, tengo que levantarme e irme, no esperar a hacerlo mañana, sino hoy...entonces en ese plan parece que sí me ha ayudado un poquito. *¿Tú crees que eso depende de ti, el relacionarte, el participar en actividades sociales...? Vamos a ver, si depende de uno porque...yo la verdad es que cuando me dijo eso, lo de hacer una llamada a alguien con el que hace tiempo que no hablas, sí que estaba...digo -tengo que llamar a M...., tengo que mandarle un WhatsApp...-, en fin ponernos en contacto, y digo - luego, mañana, luego, mañana...- y cuando eso el fin de semana no voy a salir a ningún lado y digo -voy a llamar o mandar un WhatsApp a M.... y, si ella me contesta, ya si eso la llamo-. Entonces, es el hecho de... De empujarte.*

**d. Interés por participar en futuras actividades.**

Los participantes reconocían que el programa les había motivado a salir más y a participar en nuevas actividades. Aunque se apreciaba cómo las personas que dependían de otras para salir reconocieron que, aunque estaban más animadas, no se habían ilusionado porque sabían cuál era su situación. En el caso de las personas con autonomía funcional, se observó que aumentaba la intención de realizar actividades sociales en el futuro, que se valoraban las opciones de ocio enseñadas en el programa por la persona voluntaria y que se analizaban las opciones para ajustarse a los gustos personales y a la capacidad que tenían en esos momentos.

**P.9.** Quiero hacer dogo...soga...yoga de esa, que no me salía. Quiero hacer lo que pueda para poder vivir muchos años, para hacer la vida por mi hijo.

**P.10.** Ahora quiero apuntarme al IMSERSO también.

Quiero apuntarme a gimnasia, ahí, donde estaban los bomberos.

**P.13.** Yo tengo que ir a los centros sociales que están aquí a lado, porque mi hija dice que la universidad está muy lejos para mí.

**e. Ser útil para la sociedad.**

También se observó un beneficio de la participación social que tenía que ver con el sentimiento de utilidad, es decir, el de querer seguir contribuyendo y aportando algo a la sociedad. En este caso, la participación voluntaria en este programa, que no solo

les ofrecía recibir un programa de acompañamiento, sino que también ayudaba a formar voluntarios universitarios y a desarrollar una investigación sobre el programa, repercutió positivamente en sus sentimientos de utilidad y valía personal.

**P.6.** me veo que he podido ayudar un poco, he puesto mi granito de arena para ayudar.

**P.18.** estoy completamente satisfecha de haber cumplido.

#### *Tema 4. Nuevo vínculo: la relación con el voluntario.*

Este beneficio está relacionado con el tipo de relación que se estableció con la persona voluntaria. Es decir, recoge los beneficios que refirieron los participantes sobre los aspectos relacionales que obtuvieron a través del vínculo creado durante el acompañamiento.

##### *a. Cariño y afecto.*

Los participantes reconocían haber sentido afecto y cariño por la persona voluntaria y, asimismo, sentir que ese cariño era mutuo y recíproco. Se sentían queridas y ese afecto les llenaba de satisfacción.

**P.11.** Mucho. Estoy muy satisfecha. La quiero mucho (se refiere a la voluntaria), estoy muy bien. Y contigo, ¡mira! contigo nada más que mentarte. ¡Madre mía con la coordinadora!

**P.9.** Con la compañía, ya te digo, me dio un abrazo la chica, y yo digo – ¡ayyyyy!- (voz de emoción) es que cómo puede quererse tanto en tan poquico tiempo.

##### *b. La ilusión de recibir la visita.*

Tras establecer el vínculo con la persona voluntaria e ir recibiendo sus visitas, los participantes reconocían que llegó un momento en el que estaban deseando que llegase la sesión de acompañamiento. Es decir, se sentían ilusionados sabiendo que iban a tener la visita de su voluntario, principalmente porque así podían satisfacer sus necesidades de contacto social.

**P.4.** He estado deseando de que llegara el día de que viniera para ese rato conversar con ella, y el día que he podido pasear, me he paseado con ella y he agradecido mucho

la compañía que me ha hecho, tener a una persona con quién hablar.

**P.12.** *¿Te has sentido menos sola?* Sí, porque estaba deseando que llegara los lunes y los miércoles para que viniera, para salir un ratico por ahí con ella, hablar.

*c. El voluntario como uno más de mi familia.*

Igualmente ha sido común encontrar en las narrativas de los participantes la apelación a sentir que la persona voluntaria era como alguien más de su familia, estableciéndose una relación más afectiva y profunda. Además, este efecto se produjo independientemente de las relaciones de apoyo social que se tuviesen en el entorno familiar.

**P. 17.** No puedo estar más satisfecha. Era una criatura **para mí como una hija**. Es que yo...mira es que era una criatura que se hace de querer, o por lo menos aquí se hace de querer. Me ha gustado todo, pero esa cosa que sentía y te veía que salía de dentro que... **como si fuera familia, eso me ha encantado**. Me ha encantado porque si siente una persona el dolor de otra... es una maravilla (entre sollozos) La compañía de ella, el cariño, ella era una criatura que se tenía que ir y eran las 7.20 y yo le decía -B..... venga que te tienes que ir que se te ha hecho tarde-. Y cuando me levantaba para despedirla nos tirábamos 10 minutos por ahí por los pasillos.

**P.18.** Bueno, eso fabuloso, de más. Yo le tenía **como si fuera nieto mío**.

*d. He hecho un/a amigo/a.*

Otros consideraban que la relación que habían establecido con el voluntario era una relación de amistad, incluso consideraban que tenían una nueva amistad tras el programa.

**P.20.** Es como decir tengo un amigo y viene a verme. Así es como lo he sentido yo.

**P.1.** He hecho una amiga.

*e. Mantener el contacto en el futuro.*

Asimismo, tras el afecto y los vínculos generados entre voluntario y acompañado, se generaron deseos mutuos de mantener el contacto una vez finalizado el programa. Así, este deseo lo habían manifestado los voluntarios a los participantes o, ellos mismos, habían tomado la iniciativa de invitarles a su casa cuando ellos pudiesen visitarles y pedirles el número de teléfono para estar en contacto en el futuro.



**P.5.** Si es que como si fuera...es como si fuera mi hija, como yo no tengo hijos. Le he dicho - cuando tengas ganas, cuando quieras, cuando puedas...cuando me quieras hacer una visita aquí tienes tu casa-. Y ella está encantada también.

**P.17.** Veo una chica para mí...que hemos quedado maravilladas, ella me dio el número de teléfono y yo se lo di, y dice -cuando me vaya para las vacaciones de navidad, volveré-. Que hemos quedado en vernos y llamarnos.

En síntesis, se pudo observar que el programa tiene efectos positivos para los participantes, beneficios que se relacionaban tanto con el buen acompañamiento guiado realizado por los voluntarios como por las actividades que realizaban con el programa.

Los beneficios encontrados fueron clasificados en cuatro temas o beneficios principales de la experiencia de los participantes: 1) los beneficios psicológicos y emocionales, 2) la oportunidad para seguir aprendiendo y desarrollándose personalmente, 3) la facilitación de la participación social y la relación con el entorno y 4) el establecimiento de nuevos vínculos con la persona voluntaria (figura 36).

En las narraciones de los participantes se destacaron, sobre todo, los beneficios psicológicos y sociales que habían recibido con la intervención de acompañamiento que quedarían bien resumidos en la reflexión que hizo un participante:

**“una amistad y, al mismo tiempo, te va enseñando cosas” (P.20).**

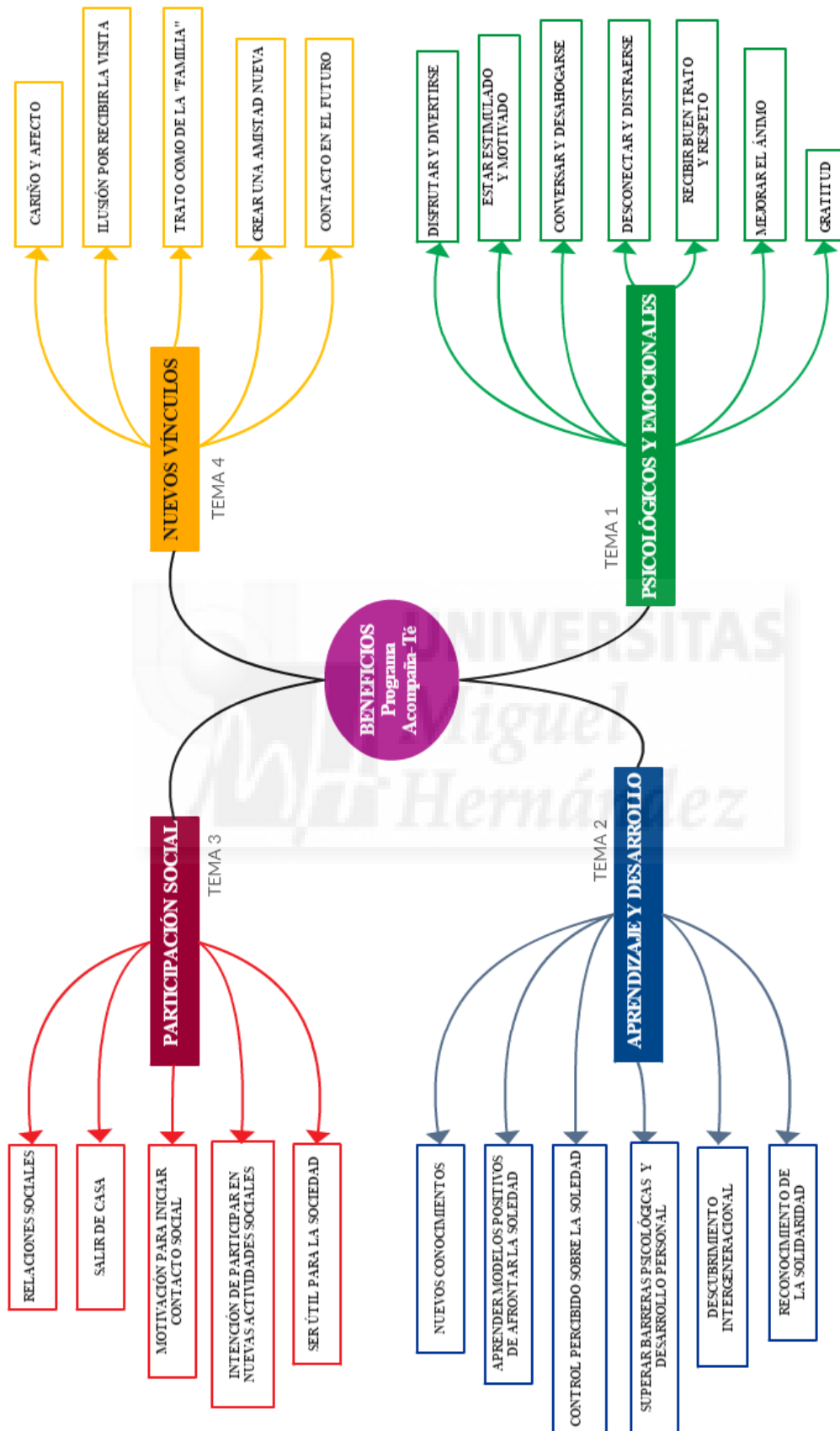


Figura 36: Beneficios de la experiencia de los participantes con el Programa Acompaña-Té  
Fuente: Elaboración propia.

## 6.4. Integración de los resultados recogidos sobre la soledad

### 6.4.1. Significado y soledad.

A partir del **significado de la soledad** que los participantes declararon en la entrevista inicial (primer estudio anidado), es decir, si le dieron un valor *positivo*, *negativo* o *neutro* (objetivo), se organizaron e integraron los resultados que habían obtenido en la soledad antes y después de la intervención (tabla 32):

1) Las personas que interpretaban la **soledad de forma positiva**, tuvieron un **nivel de soledad** moderado en la valoración inicial e, incluso, reconocieron **experimentar** sentimientos de **soledad**. La evolución de este grupo en la evaluación post test fue positiva, ya que al finalizar la intervención todas reconocían que no se sentían solas y a nivel cuantitativo se redujo el **nivel de soledad** y aumentó la **autoeficacia para manejar la soledad**. Solo un caso se mantuvo estable en un **nivel de soledad** moderado (ver evolución de P.4 en la tabla), dato que contrastaba con la narración que realizaba la participante en la evaluación final.

2) Las personas que tuvieron una **visión negativa de la soledad**, describieron de forma variable su **experiencia de soledad** y mostraron un **nivel de soledad** muy heterogéneo en el pre test, tendencia que también se mantuvo en el post test. En general, las trayectorias individuales de la soledad fueron estables, hecho que quedó reflejado en las puntuaciones medias de las variables cuantitativas de la soledad que apenas cambiaron entre el pre y el post. Además, cuando lo hicieron, como en el **nivel de soledad**, se observaba una leve tendencia a empeorar.

En cuanto a la **autoeficacia para manejar la soledad**, la puntuación media mejoró ligeramente tras la intervención. Así pues, pese a no mejorar la **soledad** lo hizo ligeramente el control percibido para manejarla.

Una característica observada en este grupo fue que, además de ser el grupo más numeroso, fue en el que más personas **experimentaban** sentimientos de **soledad** (cuatro personas en el pre y cuatro en el post, que en tres de los casos fueron las

mismas personas). Otro dato llamativo fue el número de contradicciones encontradas entre el discurso de las personas y los resultados de las pruebas objetivas utilizadas en la evaluación. Así, de siete casos con discrepancias entre la información cuantitativa y cualitativa, cinco fueron en este grupo. Así, había personas que, según la escala UCLA, no tenían soledad, pero sí reconocían sentirse solas en sus narrativas y, en sentido contrario, personas que negaban sentirse solas o hablaban en términos objetivos de su experiencia y, sin embargo, las puntuaciones en la escala indicaban que tenían un nivel de soledad moderado o severo.

Tabla 32. Integración de los resultados en la soledad según el significado de la soledad

<i>Significado de soledad</i>	<i>Suj.</i>	<i>Exp. Soledad (PRE)</i>	<i>Soledad UCLA (PRE)</i>		<i>Soledad percibida (PRE)</i>		<i>AEE Soledad PRE</i>	<i>Exp. Soledad (POST)</i>	<i>Soledad UCLA (POST)</i>		<i>Soledad percibida (POST)</i>		<i>AEE Soledad PRE</i>
<b>Positiva</b>	P.4	SÍ	23	CON	1	Poco solo	2	NO	23	CON	1	Poco solo	2
	P.11	NO	40	SIN	0	No solo	3	NO	40	SIN	0	No solo	4
	P.18	NO	25	CON	0	No solo	3	NO	31	Límite	0	No solo	3
	<b>M = 29.3</b>		<b>M = 0.3</b>	<b>M = 2.66</b>		<b>M = 31.3</b>	<b>M = 0.3</b>	<b>M = 3</b>					
<b>Negativa</b>	P.1	NO	36	SIN	1	Poco solo	3	NO	33	SIN	0	No solo	3
	P.2	SI	30	CON	1	Poco solo	2	SI	31	Límite	1	Poco solo	2
	P.3	SI	20	CON	1	Poco solo	2	SI	21	CON	3	Muy solo	2
	P.5	OBJ (Variable)	33	SIN	1	Poco solo	3	OBJ	36	SIN	1	Poco solo	4
	P.7	OBJ	37	SIN	1	Poco solo	3	OBJ	33	SIN	1	Poco solo	4
	P.8	OBJ	29	CON	1	Poco solo	2	OBJ	28	CON	1	Poco solo	2
	P.9	SI	28	CON	2	Bastante solo	3	OBJ	35	SIN	1	Poco solo	4
	P.12	NO	30	CON	0	No solo	3	NO	15	CON	1	Poco solo	2
	P.13	OBJ	39	SIN	1	Poco solo	4	SÍ	38	SIN	1	Poco solo	3
	P.15	OBJ	32	SIN	1	Poco solo	2	OBJ	38	SIN	1	Poco solo	3
	P.16	OBJ	27	CON	1	Poco solo	1	NO	28	CON	0	No solo	2
	P.17	SI	37	SIN	2	Bastante solo	4	SI	36	SIN	1	Poco solo	4
<b>M = 31.5</b>		<b>M = 1.08</b>	<b>M = 2.66</b>		<b>31</b>	<b>M = 1</b>	<b>M = 2.91</b>						
<b>Neutra (Objetiva)</b>	P.6	SI	30	CON	1	Poco solo	3	OBJ	29	CON	1	Poco solo	3
	P.10	OBJ	38	SIN	1	Poco solo	2	OBJ	36	SIN	1	Poco solo	3
	P.14	OBJ (Variable)	31	Límite	1	Poco solo	2	Variable	32	SIN	1	Poco solo	3
	P.19	NO	37	SIN	1	Poco solo	2	NO	39	SIN	0	No solo	3
	P.20	NO	37	SIN	0	No solo	3	NO	37	SIN	0	No solo	4
<b>M = 34.6</b>		<b>M = 0.8</b>	<b>M = 2.4</b>		<b>34.6</b>	<b>M = 0.6</b>	<b>M = 3.2</b>						

Notas: Las filas que están coloreadas de gris muestran contradicciones en la información cualitativa y cuantitativa de la soledad.

Experiencia de soledad pre y post (*Exp. Soledad*):

- Objetiva: Describen su experiencia de soledad en ese momento en términos objetivos, diciendo que están un poco solos.

*La Soledad en la Vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención  
en personas mayores que viven solas*

- No: Describen que NO se sienten solos, es decir, aunque estén solos niegan el sentimiento de soledad en ese momento.
- Sí: Describen que SÍ se sienten solos, es decir, están solas y además sienten soledad en ese momento.
- Variable: Describen variaciones en su experiencia actual de soledad. Con momentos en los que sí se sienten solos y otros que no.

*Soledad UCLA* pre y post:

- CON: puntuaciones inferiores a 31 puntos en la escala UCLA indican niveles de soledad que van de moderados a severos, por lo que a menor puntuación mayores niveles de soledad.
- SIN: puntuaciones superiores a 31 puntos en la escala UCLA indican ausencia de soledad.
- Límite: puntuación de 31 puntos en la escala UCLA que se debe considerar como una puntuación que puede indicar tanto ausencia como presencia de niveles leves de soledad.

*AEE sole* pre y post: indica el valor asignado en el ítem 7 de la Escala de Autoeficacia para Envejecer empleada en el estudio. Este ítem mide la autoeficacia para manejar los problemas de soledad que puedan ocurrir durante la vejez y se puntúa de 1 a 4 puntos, donde mayor puntuación indica mayor autoeficacia percibida para manejar la soledad en el futuro.

3) Por otro lado, el grupo de personas que valoraban la **soledad de un modo “neutral”**, fue el que menor **nivel de soledad** tuvo (M=34.6), manteniéndose en un estado ausente de soledad antes y después de la intervención. Asimismo, aunque a nivel grupal fueron los que menor autoeficacia tenían en el pre test, tras la intervención fueron los que más aumentaron su **autoeficacia para manejar la soledad**.

Como ocurría en los otros grupos, hubo personas que en la evaluación inicial reconocieron **experimentar soledad** ocasionalmente, coincidiendo en estos casos con puntuaciones límite en el nivel de soledad (P.6 y P.14). En las trayectorias de estos participantes también se apreciaba estabilidad y en todos los casos se observaba bastante consistencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos. Finalmente, la evolución de la **experiencia de soledad** fue positiva, puesto que al terminar la intervención las personas no se sentían solas o hablaban de una forma objetiva de su experiencia de soledad. Solo hubo un caso que tenía narrativas contradictorias mostrando una experiencia de soledad ambivalente.

#### **6.4.2. Perfil atribucional y soledad.**

Asimismo, se distribuyeron los participantes en los cuatro **“Perfiles atribucionales”** de la soledad descritos en el primer estudio anidado, se combinaron los resultados

cuantitativos y cualitativos obtenidos sobre la soledad (véase tabla 37) y se analizaron los resultados encontrados en esta variable en cada perfil atribucional.

**Perfil 1: Soledad por causas externas, estables y controlables por la persona.**

Este perfil se caracterizó por no tener sentimientos de soledad en ningún momento de la evaluación. El *nivel de soledad* medio (UCLA) se mantuvo relativamente estable y también lo hizo la *soledad percibida* y la *experiencia de soledad*, donde, según el caso, reconocieron no sentirse solos o estar objetivamente poco solos (tabla 33).

La intervención tuvo un efecto positivo sobre la *autoeficacia para manejar la soledad en la vejez* (AEE soledad) ya que aumentó en todos los participantes. Además, se observó que las personas que tenían una mayor autoeficacia para manejar la soledad, percibían que no estaban solas y tenían menores niveles de soledad.

A nivel individual, solo hubo un caso (P.16) que tuvo un nivel moderado de soledad en el pre y el post. Esta era la persona más longeva (90 años), tenía dependencia funcional y sus hijos le acompañaban todas las noches. A pesar de su *nivel de soledad*, ella fue la única persona que mejoró su *soledad percibida* y su *experiencia de soledad*, puesto que en la evaluación final afirmaba que no se sentía sola. Por otro lado, solo un participante (P.20) mejoró sus *atribuciones causales* reconociendo que no se sentía solo porque, además de estar acompañado, él se esforzaba por mantener el contacto social.

Tabla 33. Resultados pre-post en la soledad de las personas con perfil atribucional 1

Sujeto	Experiencia de soledad PRE	Soledad Percibida PRE	UCLA PRE	AEE Soledad PRE	Experiencia de soledad POST	Soledad Percibida POST	UCLA POST	AEE Soledad POST	Cambios atribucionales observados
P.7	Objetiva	1	37	3	Objetiva	1	33	4	S/C
P.10	Objetiva	1	38	2	Objetiva	1	36	3	S/C
P.16	Objetiva	1	27	1	NO	0	28	2	S/C
P.11	NO	0	40	3	NO	0	40	4	S/C
P.20	NO	0	37	3	NO	0	37	4	EEC + IIC
	Media PRE	0.6	35.8	2.4	Media POST	0.4	34.8	3.4	1 cambio

**Perfil 2: Soledad por causas externas, estables y controlables por otras personas.**

Este perfil tuvo un **nivel moderado de soledad** antes y después de la intervención. A nivel grupal, no se observaron cambios en la soledad, pero sí se vieron cambios individuales.

Una participante (P.17) redujo un punto su **percepción de soledad** en el post test. Otra (P.4) cambió su **experiencia de soledad**, pasó de sentirse sola en el pre test a afirmar “no sentirse sola” en la entrevista final. Paradójicamente, esta persona fue la única que presentó un nivel de soledad moderado antes y después de la intervención (véase UCLA de la participante 4 en la tabla 34). Sin embargo, las personas que sí experimentaban soledad, tuvieron puntuaciones que indicaban un nivel mínimo de soledad, con una puntuación límite (P.2) o ausencia de soledad (P.17).

Por otro lado, se pudo apreciar que no cambiaron las creencias de control sobre la soledad, obteniendo la misma puntuación en la **autoeficacia para manejar la soledad en la vejez** antes y después de la intervención. Asimismo, en este perfil se observó que la persona que tenía más autoeficacia para resolver la soledad en el futuro (P.17), fue la que tuvo menor nivel de soledad antes y después de la intervención.

Se observaron también **cambios en las atribuciones causales de la soledad**. Dos participantes (P.2 y P.17) pasaron de atribuir que su soledad era debida a otras personas (sus hijos no iban a visitarles y/o mala relación con sus nueras que limitaba la relación con los hijos), a considerar que su soledad se debía a los problemas que tenían los hijos para conciliar el trabajo con la familia que les impedían visitarles con más frecuencia. Es decir, pasaron de realizar una **atribución controlable por otros**, a una **atribución externa, estable e incontrolable**. De este modo, le quitaron la responsabilidad de cambiar su situación de soledad a los hijos y se la dieron a las circunstancias que les rodeaban a éstos.

Tabla 34. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 2

Sujeto	Experiencia de soledad PRE	Soledad Percibida PRE	UCLA PRE	AEE Soledad PRE	Experiencia de soledad POST	Soledad Percibida POST	UCLA POST	AEE Soledad POST	Cambios atribucionales observados
P.4	SÍ	1	23	2	NO	1	23	2	S/C
P.2	SÍ	1	30	2	SÍ	1	31	2	EEI
P.17	SÍ	2	37	4	SÍ	1	36	4	EEI
	Media PRE	1.33	30	2.66	Media POST	1	30	2.66	2 cambios

### Perfil 3: Soledad por causas externas, estables e incontrolables.

Este perfil también mantuvo un nivel moderado de soledad antes y después de la intervención. No obstante, tras la intervención se apreció un ligero aumento en la **soledad percibida** y el **nivel de soledad** (tabla 35).

Por otro lado, se observó un leve aumento también en la puntuación media de la **autoeficacia para manejar la soledad en la vejez** tras la intervención, lo que contrastaba con el aumento encontrado en las variables referidas a la soledad. Para entender mejor estos datos, se analizaron las trayectorias de las participantes en las puntuaciones de **autoeficacia para manejar la soledad** en el pre y el post. Se encontraron tres tendencias diferenciadas: *Estabilidad*, *Reducción* y *Aumento* de la **autoeficacia para manejar la soledad**.

- 1) **Estabilidad:** Las personas que mantuvieron un valor estable en esta variable (P.8, P.3 y P.6), también tuvieron un **nivel de soledad** estable después de la intervención. Individualmente, una participante (P.6), que reconocía experimentar sentimientos de soledad antes de la intervención, describía su experiencia de soledad en términos objetivos en la entrevista final. Sin embargo, otra participante que había reconocido sentirse sola en ambos momentos temporales (P.3) percibía que estaba más sola en el post test (**soledad percibida**). En este caso, se observó un **cambio en las atribuciones**, ya que también responsabilizaba a sus nietas de su soledad (E-E-C<sub>otros</sub>), porque, según afirmaba, prometían ir a verle y nunca lo hacían. Otra señora (P.8) cambió sus atribuciones de soledad, explicando su soledad por causas externas, estables y controlables por otros (E-E-C<sub>otros</sub>), como las visitas que recibía de familiares y amigos y por causa internas, inestables y controlables (I-I-C), como el esfuerzo que



hacía, a pesar de sus dolores de rodilla, por salir de casa para relacionarse con gente y participar socialmente.

- 2) **Reducción:** Las personas que **redujeron** su **autoeficacia para manejar la soledad** (P.12 y P.13) sufrieron un aumento de su **soledad**, sin embargo, los cambios no se manifestaron en todas las medidas de soledad. Una señora (P.13) reconocía en sus narrativas sentirse sola, pero a nivel cuantitativo no se apreciaron cambios en su soledad, es más, su **nivel de soledad** estaba cerca de la puntuación máxima del test (40 puntos) que indicaba ausencia de soledad. En el otro caso (P.12), la señora en su discurso negaba sentirse sola en ambos momentos temporales, pero en la evaluación post test aumentaba su **soledad percibida** y su **nivel de soledad**, que empeoró llamativamente pasando de una puntuación límite de 30 puntos a 15 puntos, que indicaba un nivel de soledad severo.
- 3) **Aumento:** Finalmente, las personas que **mejoraron** su **autoeficacia para manejar la soledad** (P.9, P.14, P.15 y P.19), redujeron su **nivel de soledad**. En un caso (P.9), además, se redujo la **soledad percibida** y cambió su **experiencia de soledad**, ya que en el discurso que mantuvo en la entrevista final describió su experiencia de soledad en términos objetivos. En este grupo, **cambiaron las atribuciones causales** sobre la soledad en dos casos. Una participante (P.15) consideraba que estaba solamente un poco sola porque recibía visitas de vecinas y amigas y se sentía apoyada por ellas (E-E-C<sub>otros</sub>) y además consideraba que tenía habilidad para relacionarse y hacerse con todo el mundo (I-E-C), aumentando en el post test su **autoeficacia para manejar la soledad**. En el otro caso (P.14), la participante tenía una experiencia de soledad que variaba según las atribuciones que realizaba de la soledad, así, cuando explicaba que estaba solo un poco sola porque sus hijos iban a verle los fines de semana (E-E-C<sub>otros</sub>) no se sentía sola, sin embargo, cuando comentaba que entre semana no podía verles porque estaban trabajando (E-E-I) reconocía que sí se sentía sola. En este caso también aumentó la **autoeficacia para manejar la soledad** tras la intervención.

Tabla 35. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 3

Sujeto	Experiencia de soledad PRE	Soledad Percibida PRE	UCLA PRE	AEE Soledad PRE	Experiencia de soledad POST	Soledad Percibida POST	UCLA POST	AEE Soledad POST	Cambios atribucionales observados
P.8	Objetiva	1	29	2	Objetiva	1	28	2	EEC + IIC <sub>esfuerzo</sub>
P.13	Objetiva	1	39	4	SÍ	1	38	3	S/C
P.15	Objetiva	1	32	2	Objetiva	1	38	3	EEC + IEC <sub>habilidad</sub>
P.12	NO	0	30	3	NO	1	15	2	S/C
P.19	NO	1	37	2	NO	0	39	3	S/C
P.3	SÍ	1	20	2	SÍ	3	21	2	EEI + EEC <sub>otros</sub>
P.6	SÍ	1	30	3	Objetiva	1	29	3	S/C
P.9	SÍ	2	28	3	Objetiva	1	35	4	S/C
P.14	Variable	1	31	2	Variable	1	32	3	EEI + EEC <sub>otros</sub>
	Media PRE	1	30.66	2.55	Media POST	1.12	30.55	2.77	4 cambios

**Perfil 4: Soledad por causas internas, estables y controlables.**

Las personas ubicadas en este perfil fueron las únicas que mostraron una tendencia a mejorar su *soledad*. De este modo, el *nivel de soledad* antes de la intervención se situaba en una puntuación límite y en el post test se situaba dos puntos por encima, lo que indicaba que el grupo no tenía soledad tras la intervención (tabla 36). La *soledad percibida* también se redujo ligeramente en el post test, donde dos personas indicaron que no estaban solas y una un poco sola. Por su parte, la *experiencia de soledad* se mantuvo estable en las narraciones de estas personas.

Este grupo también destacó por ser el que mayor *autoeficacia para manejar la soledad* tenía antes de la intervención y ésta aumentó levemente después de recibir el acompañamiento. Asimismo, fue el único perfil donde no se registró ningún **cambio atribucional** en el modo de explicar la soledad.

A nivel individual, cabe destacar que solo hubo una persona (P.18) que tenía un *nivel de soledad* moderado antes de la intervención y, después de ésta, su puntuación aumentó seis puntos hasta llegar al punto de corte de la escala, mejorando así sus niveles de soledad. Por otro lado, y como ocurría en los otros perfiles, la única persona que aumento su *autoeficacia para manejar la soledad* (P.5) fue la que menor *nivel de soledad* tuvo después de la intervención.

*La Soledad en la Vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*

*Tabla 36. Resultados pre-post en la soledad de las personas con Perfil atribucional 4*

Sujeto	<i>Experiencia de soledad</i> PRE	<i>Soledad Percibida</i> PRE	<i>UCLA</i> PRE	<i>AEE Soledad</i> PRE	<i>Experiencia de soledad</i> POST	<i>Soledad Percibida</i> POST	<i>UCLA</i> POST	<i>AEE Soledad</i> POST	Cambios atribucionales observados
<b>P.1</b>	NO	1	36	3	NO	0	33	3	S/C
<b>P.18</b>	NO	0	25	3	NO	0	31	3	S/C
<b>P.5</b>	Objetiva	1	33	3	Objetiva	1	36	4	S/C
<b>Media PRE</b>		<b>0.5</b>	<b>31.33</b>	<b>3</b>	<b>Media POST</b>	<b>0.33</b>	<b>33.33</b>	<b>3.33</b>	<b>S/C</b>



Tabla 37. Integración de los resultados relacionados con la soledad según perfiles atribucionales.

PERFIL atribucional de la soledad	Sujeto	Experiencia de soledad PRE	Soledad Percibida PRE	UCLA PRE	AEE Soledad PRE	Experiencia de soledad POST	Soledad Percibida POST	UCLA POST	AEE Soledad POST	Cambios atribucionales observados	Síntesis de resultados	
E-E-C personal (perfil 1)	P.7	Objetiva	1	37	3	Objetiva	1	33	4	S/C	<b>Estabilidad: Ausencia de soledad en Pre y Post test.</b> En todos aumentó la autoeficacia para manejar la soledad	
	P.10	Objetiva	1	38	2	Objetiva	1	36	3	S/C		
	P.16	Objetiva	1	27	1	NO	0	28	2	S/C		
	P.11	NO	0	40	3	NO	0	40	4	S/C		
	P.20	NO	0	37	3	NO	0	37	4	EEC + IIC		
		<b>Media PRE</b>		<b>0.6</b>	<b>35.8</b>	<b>2.4</b>	<b>Media POST</b>	<b>0.4</b>	<b>34.8</b>	<b>3.4</b>		<b>1 cambio</b>
E-E-C por otros (perfil 2)	P.4	Sí	1	23	2	NO	1	23	2	S/C	<b>Estabilidad: Nivel Moderado de soledad en Pre y Post test.</b> No mejora su autoeficacia sobre la soledad	
	P.2	Sí	1	30	2	Sí	1	31	2	EEI		
	P.17	Sí	2	37	4	Sí	1	36	4	EEI		
		<b>Media PRE</b>		<b>1.33</b>	<b>30</b>	<b>2.66</b>	<b>Media POST</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>2.66</b>		<b>2 cambios</b>
	P.8	Objetiva	1	29	2	Objetiva	1	28	2	EEC <sub>(otros)</sub> + IIC <sub>(esfuerzo)</sub>		
E-E-I (perfil 3)	P.13	Objetiva	1	39	4	Sí	1	38	3	S/C	<b>Estabilidad: Nivel Moderado de soledad en Pre y Post test con tendencia a aumentar la soledad en el post.</b> Cambios atribucionales y ligera mejora de la autoeficacia sobre la soledad. A nivel individual gran heterogeneidad	
	P.15	Objetiva	1	32	2	Objetiva	1	38	3	EEC <sub>(otros)</sub> + IEC <sub>(habilidad)</sub>		
	P.12	NO	0	30	3	NO	1	15	2	S/C		
	P.19	NO	1	37	2	NO	0	39	3	S/C		
	P.3	Sí	1	20	2	Sí	3	21	2	EEI + EEC <sub>(otros)</sub>		
	P.6	Sí	1	30	3	Objetiva	1	29	3	S/C		
	P.9	Sí	2	28	3	Objetiva	1	35	4	S/C		
	P.14	Variable	1	31	2	Variable	1	32	3	EEI + EEC <sub>(otros)</sub>		
	<b>Media PRE</b>		<b>1</b>	<b>30.66</b>	<b>2.55</b>	<b>Media POST</b>	<b>1.12</b>	<b>30.55</b>	<b>2.77</b>	<b>4 cambios</b>		
I-E-C (perfil 4)	P.1	NO	1	36	3	NO	0	33	3	S/C	<b>Mejoría: Soledad límite en PRE y Ausencia de soledad en el POST.</b> Ligera mejora de la autoeficacia sobre la soledad.	
	P.18	NO	0	25	3	NO	0	31	3	S/C		
	P.5	Variable	1	33	3	Objetiva	1	36	4	S/C		
	<b>Media PRE</b>		<b>0.5</b>	<b>31.33</b>	<b>3</b>	<b>Media POST</b>	<b>0.33</b>	<b>33.33</b>	<b>3.33</b>	<b>S/C</b>		

Notas:

Datos cuantitativos integrados:

*Soledad percibida* pre y post: soledad percibida antes y después de la intervención, que evaluaron asignándole una puntuación de 1 a 4, donde mayor puntuación indica mayor percepción de soledad.

*UCLA* pre y post (*nivel de soledad*): es la puntuación obtenida en la escala de soledad de UCLA empleada en el estudio. La puntuación de la escala oscila de los 10 a los 40 puntos, sin embargo, la interpretación de la prueba tiene un sentido inverso, por lo que a mayor puntuación menores niveles de soledad. Puntuaciones por encima de los 31 puntos indican ausencia de soledad y puntuaciones por debajo de soledad de moderada a severa.

*AIEE soledad* pre y post: indica el valor asignado en el ítem 7 de la Escala de Autoeficacia para Envejecer empleada en el estudio. Este ítem mide la autoeficacia para manejar los problemas de soledad que puedan ocurrir durante la vejez y se puntúa de 1 a 4 puntos, donde mayor puntuación indica mayor autoeficacia percibida para manejar la soledad en el futuro.

Datos cualitativos integrados:

*Perfiles atribucionales* en el pre test: se ubican a los participantes en el estilo atribucional que emplearon para describir su situación de soledad antes de la intervención. Pudiendo ser:

- E-E-C persona: atribución de la soledad a causas externas, estables y controlables (p. ej. Estar solos), que podrían modificarse si lo deseara la persona.
- E-E-C otros: atribución de la soledad a causas externas, estables y controlables (p. ej. Pocas visitas de los hijos), pero que solo pueden modificar otras personas.
- E-E-I: atribución de la soledad a causas externas, estables e incontrolables (p. ej. Viudedad).
- I-E-C: atribución de la soledad a causas internas, estables y controlables (p. ej. Elección personal).

*Experiencia de soledad* pre y post:

- Objetiva: Describen su experiencia de soledad en ese momento en términos objetivos, centrándose en el hecho de estar solos pero sin valencia emocional asociada.
- No: Describen que NO se sienten solos, es decir, aunque estén solos niegan el sentimiento de soledad en ese momento.
- Sí: Describen que SÍ se sienten solos, es decir, están solas y además sienten soledad en ese momento.
- Variable: Describen variaciones en su experiencia actual de soledad. Con momentos en los que sí se sienten solos y otros que no.

*Cambios atribucionales* observados en el post test: cuando hubieron cambios en las atribuciones de la soledad en el post test se registraron indicando las siglas referidas a los perfiles atribucionales anteriores.

- S/C: sin cambios, es decir, cuando la persona explica las causas de su soledad en el post test siguiendo el mismo estilo atribucional del pre test.



## Capítulo 7. *Discusión*

---

### 7. Discusión de los resultados

Este capítulo se ha organizado en tres apartados con el fin de facilitar su lectura:

1. En primer lugar se interpretan los resultados de la intervención psicosocial aplicada a través del Programa Acompaña-Té sobre la **soledad** de los participantes. Particularmente, se analiza la integración de los hallazgos encontrados en el **nivel de soledad**, la **soledad percibida** y la **autoeficacia para manejar la soledad** con los resultados obtenidos sobre:
  - El **significado de soledad** de los participantes.
    - Se comentan las dimensiones del término soledad que resultaron del análisis temático y se realizan algunas consideraciones sobre su conceptualización.
  - El **perfil atribucional** de la soledad de los participantes.
2. Se explica el impacto de la intervención sobre el **control percibido** (*autoeficacia para envejecer y competencia personal*) y la **participación social** de los participantes.
3. Se valora la **satisfacción** de los participantes con la intervención recibida y los **beneficios** que han obtenido tras su participación en el Programa Acompaña-Té.

#### 7.1. Impacto del Programa Acompaña-Té sobre la soledad de los participantes

Como se explicaba al inicio del estudio empírico, para conocer en profundidad el impacto que ha tenido el Programa Acompaña-Té en la soledad de las personas que han participado en la primera edición del Programa, se ha desarrollado un estudio mixto con

un diseño anidado cuasiexperimental y secuencial que perseguía responder la siguiente cuestión:

¿Cuál es el impacto que ha tenido la intervención, a través del Programa Acompaña-Té, sobre la soledad de las personas mayores que viven solas y de qué manera el significado y la experiencia de soledad de estas personas influye en dichos resultados?

Los hallazgos del estudio primario mostraron que los participantes mejoraron de manera significativa e importante su *autoeficacia para manejar la soledad en el futuro*, tras la intervención. Sin embargo, también se confirmó que no se produjeron cambios significativos en el *nivel de soledad* y la *soledad percibida* de éstos. Así pues, se puede afirmar que la intervención psicosocial de acompañamiento aplicada con el Programa Acompaña-Té mejora el control percibido de los participantes para manejar su soledad en el futuro, pero no produce cambios en la soledad que sienten éstos valorada a través de la escala UCLA (Velarde-Mayol et al., 2016) y del ítem ad hoc de autovaloración del grado de soledad (adaptado de Newall, 2010).

No obstante, cuando se tiene en cuenta el *significado* y el *perfil atribucional* de la soledad de los participantes (primer estudio anidado), se ha observado que el impacto del programa sobre la soledad muestra resultados distintos a los obtenidos en el análisis cuantitativo descrito. Estos datos parecen apoyar la idea de que el modo de experimentar la soledad que tienen los participantes ha influido en los resultados encontrados en esta variable.

En este sentido, el aspecto más llamativo de los resultados sobre la variable soledad ha sido la estabilidad de las medidas antes y después de la intervención, tanto en las pruebas objetivas utilizadas para su evaluación como en la experiencia de soledad narrada por los participantes.

Cuando se aplica una intervención orientada a reducir y/o prevenir la soledad lo primero que se espera es obtener resultados sobre esta variable, por lo que estos resultados no fueron los esperados y precisaban un análisis más profundo. Entonces, ¿Por qué no se produjo ninguna variación significativa en el *nivel de soledad* y en la *soledad percibida* de los



participantes?, ¿qué podría estar explicando que no cambie la soledad de las personas que han participado en el Programa Acompaña-Té?

A continuación se discute de qué manera ha podido influir la experiencia previa de la soledad, esto es, el *significado* y el *perfil atribucional* de la soledad de los participantes en los resultados sobre su soledad tras la intervención de acompañamiento recibida.

### **Relación entre el SIGNIFICADO de la soledad y la SOLEDAD de los participantes.**

Al organizar a los participantes en función del significado que tenían de la soledad (*positivo, neutral o negativo*) se comprobó que el único grupo que mostró una tendencia a mejorar globalmente la soledad (porque mejoraban el *nivel de soledad* y no *experimentaban soledad* tras la intervención) y a aumentar el “control percibido sobre la soledad” (*autoeficacia para manejar la soledad*) fue el que tenía un significado **positivo** de la soledad.

Por su parte, los que tenían una visión **neutral** sobre la soledad no presentaron niveles clínicos de soledad en ningún momento temporal y destacaron por mejorar notablemente en la variable “control percibido para sobre la soledad” después de la intervención.

Por último, aquellos participantes que tenían una visión **negativa** de la soledad antes de la intervención, tuvieron como resultado un estado clínico de soledad moderado antes y después de la misma y fueron los que menos mejoraron el “control percibido de la soledad” tras la intervención.

Una posible explicación de estos resultados es que en este estudio pudimos observar que la **visión negativa** de la soledad se asociaba a la ausencia de compañía provocada por diferentes eventos relacionados con la vejez (viudedad, nido vacío, pérdida funcional, déficit en la frecuencia de contacto con hijos, etc.). Esta manera de comprender la soledad puede generar una imagen estereotipada negativa de ésta, como algo implícito a la vejez, lo que podría tener una influencia perniciosa en la forma de ver y vivir la soledad en estas personas. Esta idea se apoya en los hallazgos del estudio de Pikhartova et al. (2016), donde demuestran que el estereotipo de que “la vejez es una etapa de soledad” y

la expectativa de tener soledad en el futuro influye en el desarrollo de la soledad a largo plazo. Así pues, esta forma de entender la soledad estereotipada y negativa, además de influir en el desarrollo de la soledad a largo plazo, podría estar influyendo en el mantenimiento de la soledad de esas personas tras el programa. A su vez, parece que la interpretación que los participantes hacen de la soledad podría estar influyendo a modo de “filtro cognitivo” facilitando o dificultando la manera de procesar la información e influyendo también en el impacto de la intervención de acompañamiento sobre la soledad.

Es interesante destacar el hecho de que antes de la intervención, el único grupo que no tenía un nivel clínico de soledad fue el que entendía la soledad de forma *neutral*, por lo que se puede pensar que este tipo de visión parece proteger a los individuos de tener sentimientos de soledad. Además, esta forma de entender la soledad coincide con la delimitación conceptual que se ha realizado en este estudio sobre los términos relacionados con la soledad, es decir, las personas que definen de una manera neutral u objetiva la soledad, son personas que están solas y no experimentan ninguna emoción por ello, por lo tanto, se refieren concretamente a la situación de estar solo, lo que en inglés se ha denominado <<*aloneness*>> (Tzouvara et al., 2015).

No obstante, también hay que considerar que en la evaluación inicial había personas que experimentaban sentimientos de soledad con independencia del significado que tuviesen de ésta (*positiva, neutra o negativa*), esto podría estar indicando que el significado de la soledad, aunque como se ha acaba de afirmar puede influir en la experiencia de soledad, sería solo un factor entre los múltiples que explican la experiencia de sentirse solo en la vejez (Cohen-Mansfield et al., 2016). Así pues, la forma de ver la soledad puede influir en la soledad, pero también existen otros factores que podrían tener una mayor influencia en el desarrollo de este sentimiento. Para poder saber más acerca del valor predictivo del significado de la soledad en la vejez, en el futuro se debería estudiar la contribución de esta variable en la explicación del desarrollo y mantenimiento de la soledad en esta población.

## **El SIGNIFICADO de la soledad de los participantes del estudio.**

En este trabajo se ha podido constatar que la visión más popular de la soledad era la negativa. Esta forma de interpretar la soledad concuerda fundamentalmente con las definiciones referidas en el estudio de la soledad de la personas mayores (CIS, 1998) en el que entienden ésta, principalmente, como un “*sentimiento de vacío y tristeza*” o “*haber perdido a las personas*”, y en el estudio de Díez y Morenos (2015) que la definen como “*falta de comunicación, aislamiento, falta de compañía*”, “*carencia de afecto, falta de cariño*” y “*nostalgia de algo o alguien, tristeza, depresión*”.

En ambos estudios también se daban otras opciones de respuesta para definir la soledad que no han sido referidas por ninguno de los participantes de nuestra investigación (p. ej. Estudio del CIS, 1998, “*carecer de un grupo estable de amigos*”, “*se acabó el tiempo de hacer proyectos*”, “*carecer de razones para vivir*”, “*es no sentirte útil para nadie*”; Estudio de Díez y Morenos, 2015, “*fracaso personal*”, “*ideas suicidas*”, “*fracaso profesional, estar en paro*”) y, del mismo modo, en el análisis narrativo se han referido temas que no están representados en las opciones de estos estudios. Estas diferencias sugieren que la interpretación de la soledad es algo muy personal.

A raíz de ello, se puede considerar que el modo de estudiar el significado de la soledad en las personas mayores debería estar basado en la experiencia personal de éstas, en lugar de hacerlo a través de la elección de diferentes opciones de respuesta que, además, están basadas en una definición exclusivamente negativa y estereotipada de la soledad. Sería necesario realizar un estudio cualitativo del significado de la soledad en las personas mayores o, a través de los hallazgos de estudios como el que aquí se presenta, ampliar las opciones de respuesta para evaluar las distintas dimensiones del significado de soledad que tienen estas personas. Tal y como afirma Gajardo (2015), se deben entender los escenarios culturales y las representaciones de la soledad en el abordaje de ésta, para así adecuar los apoyos asistenciales necesarios y combatir este sentimiento de acuerdo a la cultura y a la historia de vida de las personas. En este sentido, la visión negativa y estereotipada de la soledad en España que representan estos estudios puede estar influyendo en la imagen que tenemos de la soledad y en el modelo de intervención de la soledad en la vejez, basado fundamentalmente en el asistencialismo y orientado a atender

la soledad de personas muy mayores, aisladas socialmente y/o con dependencia funcional.

Y es que si algo ha quedado constatado en el análisis que se ha realizado del significado de la soledad en este estudio, es que también hay personas mayores que entienden y experimentan una soledad neutra u objetiva (*aloneness*) y una soledad positiva (*solitude*). Además, el número de personas que tenían esta visión diferente de la soledad (40% de los participantes) no era despreciable. Por ello, es necesario, para un abordaje integral de la soledad en las personas mayores, reconocer que hay otros modos y formas de interpretar la soledad en la vejez, más saludables, que se deberían reforzar y promover. Estas realidades permitirán, a su vez, desarrollar intervenciones adaptadas a la experiencia de soledad de las personas mayores.

#### **Necesidad futura: conceptualización unificada de la soledad en la vejez.**

Este estudio también ha servido para tomar conciencia de la necesidad de llegar en un futuro no muy lejano a un consenso para discriminar las distintas dimensiones de la soledad en la vejez y evitar la confusión conceptual de la soledad con otros conceptos relacionados (aislamiento social).

La complejidad de la definición de la soledad en esta población queda bien reflejada en palabras de Iglesias de Ussel, (2001, p. 109) cuando afirma:

“si hay un rasgo capaz de definir bien a la soledad, éste es su complejidad, sus múltiples facetas y significados. Según lo interpretan los mayores, soledad puede ser sinónimo de falta de pareja, de indefensión, de hogar unipersonal... y, por supuesto, de sentimiento subjetivo. Pero también es asociada a rasgos positivos, sobre todo cuando es deseada”.

Al iniciar esta investigación, se asumió la distinción de soledad objetiva y soledad subjetiva que Díez y Morenos (2015) utilizaron en su estudio, basándose en la definición realizada por Rubio y Aleixandre (2001). Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se piensa que es preciso discutir algunos aspectos de esta clasificación.

Díez y Morenos (2015) refieren que la *soledad objetiva* “hace referencia a la inexistencia de compañía, bien sea temporalmente o permanente” y la *soledad subjetiva* “se refiere a la soledad sentida” (p.12). Asimismo, continúan:

Desde esta perspectiva, el significado de “**estar solo**” implicaría el **aislamiento social**, la falta de compañía, la carencia de redes sociales, que no siempre se vive como una experiencia desagradable, sino que también puede darse desde la **búsqueda personal** como algo **enriquecedor**. No obstante, el sentimiento que realmente se asocia a la **soledad** más **perjudicial** y **negativa** es el “**sentirse solo**”, al representar un sentimiento no buscado y en el que aun contando con una red de apoyo social, el individuo puede experimentar sensaciones de tristeza, nostalgia, miedo o dolor (IMSERSO, 2008) (p.12).

Si se presta atención a la descripción de la dimensión objetiva, “*estar solo*”, ésta se equipara con el concepto de aislamiento social e, incluso, se considera que no necesariamente tiene que ser algo desagradable, sino que puede estar motivado por la “*búsqueda personal como algo enriquecedor*”. Así, se observa que en el mismo concepto (soledad objetiva) los autores están incluyendo lo que en el presente estudio, tras realizar la revisión del concepto tal y como se ha visto en el capítulo 2 (figura 9), se han definido con tres términos distintos: soledad neutral o “estar solo” (*aloneness*), aislamiento social (*social isolation*) y soledad positiva (*solitude*).

Por otro lado, los autores entienden la dimensión subjetiva como la soledad negativa o el sentimiento de soledad que es perjudicial para la salud, coincidiendo con lo que aquí se ha considerado soledad negativa (*loneliness*). Sin embargo, cuando se apela a la experiencia “subjetiva” de la soledad, se debería precisar que no necesariamente tiene que ser negativa, ya que al estar basada en los sentimientos también puede tener una valencia positiva.

López-Doblas (2005) define también dos dimensiones de la “soledad problemática” de las personas mayores que viven solas (nótese que el autor llama “soledad problemática” a lo que los autores anteriores llamaban “soledad subjetiva” y en esta investigación se propone como “soledad negativa o *loneliness*”):

- La primera, es una *dimensión material* de la soledad, que se refiere a la indefensión que sienten las personas mayores por estar solas y tener miedo de que les pueda ocurrir algo estando sin compañía, y,
- la segunda, una *dimensión subjetiva*, que el autor considera de un carácter mucho más subjetivo y centrado en la esfera de los sentimientos. Según reconoce el autor: “en el plano físico o material, por encima del emocional, es donde las personas mayores reconocen sufrir la soledad, de forma que lo verdaderamente grave de la soledad de las personas que viven solas tiene más que ver con el estado objetivo que con el sentimiento interno” (López-Doblas, 2005, p. 188).

En esta descripción la “dimensión subjetiva” coincidiría con la soledad subjetiva definida por los autores anteriores. Sin embargo, la delimitación de la “dimensión material” podría llevar a alguna persona inexperta en el tema a engaño y confundirlo con el binomio “subjetivo/objetivo” propuesto por Rubio y Aleixandre, ya que podría entender que la “dimensión material” es una “dimensión objetiva” que tiene que ver con el hecho de estar solo. Sin embargo, se piensa que el autor realmente se está refiriendo en ambas dimensiones a aspectos subjetivos de la vivencia de la soledad de las personas mayores que una se relaciona con los sentimientos de indefensión y miedo que provoca la situación de estar físicamente solo y que le ocurra algo (dimensión material) y la otra con los sentimientos de soledad y tristeza que surgen al carecer de compañía (dimensión subjetiva).

Atendiendo a estas observaciones, se considera que utilizar la delimitación de dos dimensiones o tipos de soledad: objetiva o subjetiva, genera confusión al lector y no es suficiente para representar los matices que existen en la experiencia de soledad en la vejez.

Por ilustrarlo con un ejemplo, imaginemos que dos personas están en una situación en la que carecen de compañía en el hogar, una persona interpreta que esta situación es positiva porque al estar sola puede hacer cosas que disfruta haciendo en solitario, por lo que experimenta una emoción agradable de tranquilidad (soledad positiva). En sentido opuesto, otra persona interpreta que esta situación es negativa para ella, porque al estar

sola no tiene con quién hablar o desahogarse, de ese modo vive la situación con una emoción desagradable de tristeza (soledad negativa). En ambos ejemplos se está haciendo referencia a una experiencia de soledad subjetiva. Es decir, ante un déficit social (estar solo) una persona lo interpreta como un momento placentero y otra como un momento displacentero. Las dos experiencias de soledad surgen de una valoración psicológica y de los sentimientos subjetivos del individuo.

Por ello, se considera más apropiado acercarnos a la descripción de Iglesias de Ussel (2001) en la que la soledad de las personas mayores se puede referir a aspectos objetivos, como vivir en un hogar unipersonal; se puede referir al “sentimiento subjetivo” (que se entiende que se refiere a un sentimiento negativo) y, también, a “rasgos positivos”, sobre todo cuando es deseada. Es decir, tiene en cuenta la heterogeneidad en la forma de entender la soledad de las personas mayores que también ha sido observada y descrita en el presente estudio, donde se han establecido tres dimensiones de soledad según su valencia emocional (soledad *positiva, neutral y negativa*).

Además, en la definición de Iglesias de Ussel (2001) también se incluye un aspecto fundamental que ha sido referido en la delimitación conceptual realizada en el presente estudio que tiene que ver con la capacidad de controlar o elegir la soledad. Concretamente, el autor alude al “deseo de soledad”, es decir, a la voluntad de estar solo que se refiere al hecho de si la soledad se experimenta por elección o por obligación. También Díez y Morenos (2015) incluyen con gran acierto esta dicotomía en su estudio para distinguir entre la soledad elegida y la soledad no deseada. En la presente investigación se ha podido comprobar que las personas que consideraban que vivían solas por elección personal, pese a haber sido una circunstancia derivada de la viudedad y otros motivos, no se sentían solas o experimentaban la soledad de un modo neutro. Así pues, se considera que la elección de vivir en solitario no implica necesariamente experimentar una soledad deseada, sino más bien conlleva a estar más preparado para asumir la ausencia de compañía. Esto podría explicar la ausencia de soledad de estas personas, ya que puede ayudar a prevenir que surja la discrepancia cognitiva que precipita la aparición de sentimientos de soledad negativos tal y como sugieren Peplau y Perlman (1979).

Por ello, tras el análisis realizado del concepto soledad se propone que en la delimitación conceptual de la soledad en la vejez se considere tanto la valencia emocional que resulta de esta experiencia como el grado de control o elección que tiene la persona sobre la soledad, lo que se traduce en distinguir tres tipos o dimensiones de la soledad: positiva, neutra y negativa. Además, es importante tener precaución para no confundir la soledad neutral u objetiva con el aislamiento social: no es lo mismo estar solo que estar aislado socialmente, y por tanto no se pueden utilizar como sinónimos. De hecho, aquí se ha podido corroborar cómo la experiencia neutra u objetiva de soledad de los participantes, no tenía nada que ver con el hecho de no tener una red de apoyo social o no recibir ninguna visita, sino con el hecho de estar solos, porque viven solos. Nada más.

Sintetizando lo anterior, el análisis del significado de la soledad de los participantes, no solo ha servido para confirmar el modelo utilizado para la aclaración conceptual que se ha propuesto en el capítulo 2 de este estudio, sino también para observar que las personas con un significado negativo de la soledad se benefician menos de la intervención que las que tienen un significado positivo o neutro.

### **Relación entre el PERFIL ATRIBUCIONAL y la soledad de los participantes.**

Tras analizar las atribuciones causales de la soledad de los participantes, se considera que uno de los factores que podría estar explicando que no se produjesen cambios significativos en la soledad de los participantes es la dimensión <<estabilidad>> de las causas atribuidas a la soledad ya que los cuatro *perfiles atribucionales* descritos compartían esta característica: eran estables.

Todas las personas que han participado en el estudio consideraron que su soledad se debía a **causas duraderas y estables** en el tiempo. Así, la dimensión <<estabilidad>> podría estar explicando la tendencia observada de mantener constante los resultados en la variable soledad (*nivel de soledad* y *soledad percibida*) y en la *experiencia de soledad* narrada tras la intervención.

Como ocurre en el estudio de Newall et al. (2014) la mayoría de los participantes mostraron un nivel de soledad estable en los dos momentos temporales. Estos datos



parecen confirmar la idea de que existen perfiles continuos de soledad que se relacionan con factores disposicionales (Victor et al., 2005), lo que iría en la línea de lo que proponían de Jong-Gierveld y Raadschelders (1982) cuando definieron empíricamente cuatro tipologías de personas solitarias (referido en de Jong-Gierveld, 1987, p. 120).

Los perfiles atribucionales que se han descrito en este estudio caracterizan diferentes estilos a la hora de experimentar la soledad, que se relacionan con un estado de soledad persistente (véase los resultados del perfil 2 y 3) o de ausencia de soledad persistente (véase los resultados del perfil 1). Además, se ha podido observar que el perfil atribucional interno (perfil 4) es el único que cambia en positivo, ya que es el que más se beneficia de la intervención. Sin embargo, no es un perfil frecuente entre las personas mayores que viven solas. Todos estos hallazgos ayudan a describir la variabilidad que existe en la experiencia de soledad durante la vejez (Victor et al., 2005) e, igualmente, a comprender por qué no se producen cambios en la soledad de las personas que han participado en el programa tras la intervención.

Para Weiner (1992), la **estabilidad** influye en las expectativas de cambio tras un resultado de éxito o fracaso. Según el autor, las causas duraderas (estables) indican que los resultados del pasado serán repetidos otra vez en el futuro, mientras las causas inestables indican que en el futuro podría cambiar respecto al resultado pasado. Asimismo, Weiner considera que la influencia de la estabilidad sobre las expectativas de cambio y la conducta motivada, dependerá también de la interpretación de la situación como un éxito o un fracaso. Bajo esta premisa, cuando la “soledad” es interpretada como un éxito (circunstancia deseable) y se atribuye a causas estables, en el futuro se tenderá a repetir este resultado, que seguirá siendo positivo y seguramente se mantenga un estado ausente de soledad. Asimismo, cuando se considera que la “soledad” es un fracaso (circunstancia indeseable) y debido a causas estables, los resultados también se repetirán en el futuro, manteniéndose la experiencia de soledad negativa. De este modo, conocer cómo explican las causas de su soledad las personas mayores es importante, ya que permite observar la influencia de la estabilidad de las causas que la originan en la experiencia de soledad futura y en su mantenimiento a largo plazo.

Otra característica del proceso atribucional realizado por los participantes que podría ayudar a explicar estos resultados fue que la gran mayoría de participantes atribuía su soledad a **causas externas**, por lo que creían que la situación de soledad no dependía de ellos sino de las circunstancias o de otras personas. De este modo, aquellos perfiles con atribución externa se caracterizaron por mantener su soledad estable. Este resultado es coherente con las observaciones de Rokach et al. (2002) sobre la soledad en la cultura española, quienes afirman que se tiende a atribuir la soledad a factores externos y no se asume responsabilidad personal sobre esta experiencia, a diferencia de que ocurre en otros países con culturas más competitivas e individuales (p. ej. Estados Unidos).

Por otro lado, el perfil que explicaba la soledad por **causas internas** (perfil 4, atribuciones internas, estables y controlables, como la elección personal), fue el único que mostró una tendencia a mejorar la soledad tras la intervención. Estos resultados se podrían relacionar con los descubrimientos de Newall et al. (2009), que comprobaron que las personas mayores que realizaban atribuciones internas y controlables (esfuerzo) sobre el hecho de hacer nuevas relaciones eran las que menos soledad tenían a largo plazo y, al contrario, las que realizaban atribuciones externas e incontrolables (suerte) eran las que tenían más soledad. Salvando las diferencias entre ambos estudios (ellos preguntaban las causas atribuidas al hecho de hacer nuevas relaciones y en este se preguntaba cuál eran las causas de su soledad), en esta investigación también se ha observado que las personas con un perfil atribucional interno y controlable son las únicas que mostraron una tendencia a mejorar la soledad.

Sin embargo, habría que matizar que en el estudio anterior la causa interna y controlable atribuida a para hacer nuevas relaciones era el esfuerzo, que es una causa <<inestable>>, y en el presente estudio la causa atribuida a la soledad interna y controlable fue la decisión personal, que es <<estable>>. Aunque Newall et al. (2014) no comprobaron la influencia de las atribuciones internas, estables y controlables en su estudio, según lo que se ha observado en este estudio se puede afirmar que atribuir la soledad a una causa interna no es algo común en las personas mayores, pero este modo de atribución es beneficioso cuando la causa es controlable por la persona, como el esfuerzo o la decisión

personal, ya que son causas que refuerzan la autoestima y el sentimiento de la persona de poder manejar su soledad.

En relación a la autoestima, es interesante destacar la influencia de las atribuciones causales en el sentimiento de valía personal. Weiner (1992) comprobó que la dimensión <<**lugar de la causalidad**>> influye en la autoestima de las personas, según afirma, cuando se atribuye externamente las causas de un resultado (por ejemplo: la soledad) no se asume responsabilidad de la situación por lo que la autoestima de estas personas no se ve afectada. Aunque en este estudio no se ha evaluado la autoestima, Wallston (1989) reconoció que su escala de *Competencia personal* tenía una correlación muy alta con la escala de Autoestima de Rosenberg. Así pues, las consideraciones que realiza Weiner sobre el lugar de causalidad y la autoestima podrían ayudar a entender por qué los participantes tuvieron un nivel medio-alto de *competencia personal* al inicio de la intervención y no mostraron cambios significativos después de ésta. Por su parte, en el caso de las tres personas que atribuyeron su soledad a causas internas se observó que aumentaron entre 4 y 15 puntos su nivel de *competencia personal*, mejorando su control percibido en general, es decir, mejorando la creencia en su capacidad para interactuar eficazmente en su entorno. Aunque no se pueden extraer conclusiones al respecto, esta tendencia observada coincidiría con la tesis de que las atribuciones internas generan un impacto positivo en la autoestima y orgullo personal (Weiner, 1992).

Por su parte, en la dimensión <<**controlabilidad**>> (la posibilidad de cambio de la causa asociada a la soledad) se observó mucha heterogeneidad entre los perfiles atribucionales, ya que había personas con consideraban que la causa de su soledad era controlable por ellos (ya fuese ésta una causa interna o externa), otras que consideraban que eran causas incontrolables y algunas que consideraron que era controlable por otras personas. Según se pudo observar, *la autoeficacia para manejar la soledad* mejoró sobre todo en los perfiles que atribuían causas controlables y no tuvo ningún cambio en el perfil que consideraba que su soledad era causada por factores que estaban bajo el control de otras personas. Así, la <<controlabilidad>> de la causa de la soledad parece que influía en los resultados obtenidos sobre el control de la soledad, esto es, en la medida que los participantes consideraban que la causa de la soledad se podía cambiar, después de la

intervención sentían más control para manejar la soledad en el futuro, coincidiendo con la idea de que percibir control puede ser un factor protector contra la soledad (Newall et al., 2014).

En este sentido, sin consideramos las tres opciones de control que fueron referidas por los participantes se observaron tendencias distintas en los resultados sobre la soledad y el control percibido para manejar la soledad.

Los que consideraron que las causas de su soledad eran **controlables por ellos mismos**, no tuvieron soledad y mejoraron su control percibido para manejar la soledad tras la intervención. No obstante, se observó algunas diferencias entre los que atribuían externamente su soledad y los que lo hacían internamente. Las personas con el perfil de atribución externo y controlable fueron las que tenían menos control sobre la soledad antes de la intervención, pero al finalizar la misma fueron las que más aumentaron su control sobre ésta. Por su parte, los que atribuían causas controlables e internas, fueron los que más control sobre su soledad percibían antes de la intervención y también mejoraron su control sobre la soledad. Estos hallazgos apoyan la idea de que las atribuciones causales que la persona realiza tienen un papel mediador importante en el desarrollo de su autoeficacia (Stajkovic y Sommer, 2000). En este grupo todas las personas consideraban controlable la causa de su soledad, sin embargo, las que tenían una atribución externa tenían menos autoeficacia para controlar la soledad al inicio de la intervención que las que tenían una atribución interna. Al recibir la intervención y entrenar las atribuciones basadas en el esfuerzo personal (internas, inestables y controlables) puede que las personas de este grupo, sobre todo, las que tienen un perfil de atribución externo, reforsen la idea de que las causas de la soledad pueden manejarse y modificarse personalmente (controlabilidad personal), aumentando así su *autoeficacia para manejar la soledad*, así, tal y como se defiende desde la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1986,1997), se desarrolla una dinámica de retroalimentación entre la actuación y la autoeficacia mediada por las atribuciones causales del individuo.

Por otro lado, las personas que consideran que las causas de su soledad son **controlables por otros**, reconocían sentirse solas y tuvieron un estado clínico moderado de soledad antes y después de la intervención. Además, no mejoraron su control percibido para

manejar la soledad. Estos hallazgos muestran el efecto negativo que tiene dar el control o la responsabilidad de las causas de la situación de soledad a otras personas. Tal y como subrayó Weiner (1992), la dimensión controlabilidad se asocia con la culpa, en esta línea, las personas de este grupo culpaban a otros de la situación de soledad, provocando sentimientos de rencor y enfado hacia esas personas (Peplau y Perlman, 1979). No obstante, después de aplicar la intervención, se observó que estas personas cambiaban sus atribuciones, justificando su soledad por causas externas e incontrolables, concretamente se pasaba de responsabilizar a los hijos a responsabilizar a las circunstancias laborales que les rodeaban. Este *cambio atribucional* se puede considerar un modo de resolver la disonancia cognitiva que genera la idea de responsabilizar a los hijos de la situación de soledad. Por ejemplo, una señora que piensa -quiero que vengan más a visitarme mis hijos- y a la vez piensa -mis hijos no quieren venir a verme, porque si quisieran lo harían igual que van a visitar a su suegra los fines de semana-. Ambos pensamientos generan una tensión y malestar en la señora y ésta debe resolverla introduciendo un tercer elemento que mejore su estado emocional, por ejemplo, podría pensar -es que no pueden venir porque trabajan mucho y están muy ocupados-. De este modo, se elimina la disonancia a través de la atribución de causas externas e incontrolables y desaparecen los sentimientos negativos asociados a las otras personas. Así pues, este modo de resolver la situación, aunque no mejora la soledad ni el control sobre la soledad, protege las relaciones familiares que son fundamentales para las personas mayores y tienen un papel protagonista en la soledad de las personas mayores en nuestro país (Iglesias de Ussel, 2001; López-Doblas, 2005).

Finalmente, las personas que atribuyen las **causas** de la soledad a circunstancias externas e **incontrolables** fue el grupo más representado entre los participantes (9 personas), resultado que coincide con la hipótesis de Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) sobre la estabilidad de la soledad en la vejez, en la que afirman que ésta podría deberse a que las personas mayores probablemente atribuyen su soledad a causas más estables, externas e irreversibles (referido en Pinguart y Sorensen, 2001). Estos datos apuntan en la misma línea, ya que estas personas mantuvieron en un estado clínico moderado de soledad tras la intervención. Sin embargo, después de aplicar la intervención de

acompañamiento, se observaron distintas trayectorias en los resultados de la soledad de este grupo, que se considera que podrían estar relacionadas con los cambios en la *autoeficacia para manejar la soledad* que experimentaron los participantes tras la intervención.

Así, se observó que las personas que aumentaban su autoeficacia para manejar la soledad también mejoraban su soledad y, al contrario, las que disminuían su autoeficacia para manejar la soledad empeoraban su situación de soledad. Estas trayectorias de la soledad coinciden con las que encontraron Newall et al. (2014). Por un lado, los autores comprobaron que las personas que no se sentían solas de manera estable eran las que tenían más control percibido, tendencia que también ha sido observada y descrita en los resultados de este estudio y, por otro lado, que las personas que cambiaban su estado de soledad y con el paso del tiempo se sentían más solas, lo hacían porque su control percibido había disminuido, justamente la tendencia que se aprecia en este grupo que muestra trayectorias distintas en función del control percibido sobre la soledad.

Por otro lado, también se ha observado que las personas mayores describían fluctuaciones en su experiencia de soledad. Es lo que aquí se ha considerado una soledad situacional debida a causas secundarias de la soledad, que cuando ocurren suelen empeorar la soledad de las personas mayores. Así, los participantes han reconocido que existen circunstancias externas inestables (la noche), internas inestables (estado de ánimo, problemas transitorios de salud) o internas estables (personalidad, enfermedades crónicas, diversidad funcional) que influyen en la intensidad de su experiencia de soledad. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios que se han hecho sobre la soledad de las personas mayores en nuestro país, donde la soledad relacionada con la noche y con la pérdida de salud son discursos muy extendidos entre las personas mayores, sobre todo las que viven solas (Díez y Morenos, 2015; Iglesias de Ussel, 2001; IMSERSO, 2010; López-Doblas, 2005; Victor et al., 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, y para sintetizar lo que se ha discutido en esta sección, en esta investigación se ha podido observar que la estabilidad en las puntuaciones de soledad de los participantes ocurre en aquéllas que atribuyen su soledad a causas externas, estables e incontrolables o controlables por otros. Igualmente, se ha observado que las personas que mejoraron su nivel de su soledad tras la intervención eran las que

realizaban atribuciones internas, estables y controlables de su soledad. Además, con independencia del perfil atribucional, se ha observado que las personas que tenían mayor control percibido sobre la soledad (*autoeficacia para manejar la soledad*) no experimentaban este sentimiento y mejoraban sus niveles de soledad tras la intervención. Asimismo, aunque no se han encontrado cambios significativos en la soledad con el grupo completo, las dinámicas observadas al organizar a los participantes por grupos (en función del significado o perfil atribucional de la soledad) apoyarían la tesis de que el control percibido influye en el mantenimiento o desarrollo de la soledad en la vejez (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Fry y Debats, 2002; Moore y Schultz, 1987; Newall et al., 2014).

Todos estos hallazgos se ajustan al Modelo de Discrepancia Cognitiva que se ha seguido en el enfoque teórico de la soledad adoptado en esta investigación (Peplau y Perlman, 1979; Perlman y Peplau, 1981). Desde este enfoque se afirma que las personas están motivadas para superar su soledad sólo si perciben que su soledad se debe a razones controlables, como ha ocurrido en el caso de las personas que han mejorado tras la intervención. Además, Peplau, Bikson, Rook y Goodchilds (1982) indican que las creencias de que la soledad es algo ineludible o incontrolable puede convertirse en una profecía autocumplida que impide que algunos ancianos solitarios tomen medidas para aliviar su soledad (referido en Moore y Schultz, 1987, p.221), lo que explicaría el mantenimiento de la soledad en las personas que la atribuyen externamente y consideran que las causas son inmodificables.

## **7.2. Impacto del Programa Acompaña-Té sobre el control percibido y la participación social de los participantes**

Respecto al impacto que ha tenido la intervención realizada sobre el control percibido y la participación social, se puede afirmar que este programa tuvo un impacto positivo e importante sobre las **creencias de control específico**, es decir, sobre la *autoeficacia para*

*envejecer*, sin embargo no tuvo efectos significativos sobre las **creencias de control general** (*competencia personal*).

### **Control percibido.**

En cuanto a las **creencias de control específico**:

Tras la intervención mejoró significativamente la **autoeficacia para envejecer** y la **autoeficacia específica de cada dimensión** del envejecimiento evaluada (salud, físico y funcional, cognitivo y socioemocional), y, asimismo, se comprobó que la magnitud el efecto de la intervención sobre estas variables fue importante. Estos hallazgos indican que el Programa Acompaña-Té es efectivo para aumentar las creencias de autoeficacia para controlar la vejez en los participantes, que tras la intervención, se ven más capaces de controlar diferentes aspectos de su envejecimiento futuro como su salud, sus habilidades funcionales y físicas, su funcionamiento cognitivo y sus problemas socioemocionales.

La **dimensión de autoeficacia** donde mayor impacto ha tenido el programa ha sido sobre la **autoeficacia para manejar problemas socio-emocionales** (tamaño del efecto  $r = .61$ ;  $r^2 = .372$ ), estimándose que un 37,2% de los cambios en esta variable eran debidos al impacto de la intervención. De este modo, el Programa Acompaña-Té ha aumentado las creencias para manejar eficazmente su relación con familiares y amigos, las creencias para manejar los cambios anímicos que puedan sufrir durante la vejez y, especialmente, las creencias de autoeficacia personal para manejar su soledad en los participantes. Confirmando que la intervención tiene un fuerte impacto en la autoeficacia para manejar aspectos psicológicos y sociales. Igualmente, este resultado indica que mejoran las expectativas de resultado y eficacia para manejar la soledad en el futuro, lo que en términos de la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1997) y de la Teoría Atribucional (Weiner, 1992) se traduce en que aumentará la probabilidad de realizar conductas orientadas a manejar la soledad en la vejez. Así pues, estos hallazgos indican que la intervención actúa sobre su principal objetivo: prevenir la aparición de los sentimientos de soledad en la vejez, sin embargo, estas predicciones se deberían corroborar en un estudio a largo plazo.



Teniendo en cuenta que la autoeficacia es uno de los predictores más relevantes de la soledad de las personas mayores (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Fry y Debats, 2002), los hallazgos encontrados sobre la autoeficacia para envejecer y las dimensiones de autoeficacia son muy esperanzadores puesto que apuntan que se está interviniendo sobre las variables psicológicas que determinan la soledad en la vejez, por lo que el Programa Acompaña-Té satisface la necesidad manifestada de algunos autores de diseñar intervenciones para combatir la soledad de las personas mayores dirigidas a intervenir sobre las variables psicológicas (autoeficacia y control percibido) relacionadas con la soledad (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Fry y Debats, 2002; Newall et al., 2014).

Asimismo, puesto que se ha comprobado que aumentar el control percibido sobre la propia vida y sobre el envejecimiento es una de las condiciones psicológicas que permiten predecir un buen envejecimiento y una buena salud (Fernández-Ballesteros, 2008), los resultados confirman que con el Programa de intervención realizado, también se interviene en la promoción del envejecimiento activo y saludable de los participantes.

En cuanto a las **creencias de control general**:

No se han encontrado cambios significativos en la *competencia personal* de los participantes. Esto puede deberse a que realmente el programa trabaja aspectos muy específicos que no repercuten en las creencias generales de control de los participantes. Aun así, el nivel de competencia personal de los participantes tras la intervención fue bastante bueno ( $M_{post}=35.9$ ), ya que superó la puntuación media ( $M=35.4$ ) del estudio de validación de la escala que se hizo con estudiantes universitarios (Fernández-Castro et al., 1998). Por lo que los participantes tuvieron una valoración positiva de sí mismos tras la intervención (recuérdese que Wallston (1989) afirma que la competencia personal puede interpretarse también como indicador de autoestima por su gran correlación).

Tras analizar los hallazgos obtenidos con ambas pruebas de evaluación del control percibido, se ha podido comprobar que la intervención tiene efectos sobre las creencias de control específico. Durante esta investigación se ha referido la necesidad manifestada en la literatura científica de desarrollar intervenciones dirigidas a aumentar el control percibido y la autoeficacia de las personas mayores para prevenir la soledad (Cohen-

Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Fry y Debats, 2002; Newall et al., 2014). Así pues, se considera que se ha logrado cumplir con esta necesidad, puesto que los hallazgos de la presente investigación indican que la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-té puede ser una herramienta de intervención efectiva para mejorar la autoeficacia para envejecer y manejar algunos retos que pueden surgir en el envejecimiento, como la soledad.

### **Participación social.**

A pesar de que se intuía que el indicador sobre la participación social subjetiva no daría una medida real de esta variable, como el objeto de este estudio era la soledad se consideró que era pertinente tener una valoración subjetiva de la participación social, ya que, siguiendo el Modelo de Discrepancia Cognitiva (Peplau y Perlman, 1979), se podía asumir que la evaluación que los participantes hiciesen de su participación social en el entorno podría ser un factor que aumentase o disminuyese su discrepancia cognitiva, provocando así la aparición de sentimientos de soledad.

Los hallazgos de este estudio han demostrado que la participación social subjetiva no mostró ningún cambio significativo tras la intervención. Este resultado podría deberse a que la prueba utilizada para evaluar esta variable mide la percepción de la participación social de la persona en general (Rubio et al., 2010) incluyendo preguntas relativas a aspectos de la participación bastante estables (*¿le resulta fácil hacer amigos?* o *¿le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?*) que se vinculan más con disposiciones o preferencias personales. Así pues, como los ítems no se orientan al grado de participación que realiza la persona en el momento presente de la evaluación, se asume que este hecho podría limitar la observación de cambios a corto plazo en esta variable.

Esta prueba de evaluación fue utilizada por Coll-Planas et al. (2017), sin embargo, la aplicaron telefónicamente dos años después de haber finalizado la intervención y sí encontraron cambios en la participación social de las personas mayores que habían recibido el programa. Estos cambios probablemente se produjeron porque en la

intervención vincularon a los participantes del estudio en recursos de ocio del entorno y la participación en recursos sociales es una de las cuatro preguntas de la escala, que es más susceptible de cambiar con el aumento de la participación a largo plazo (*¿va a algún parte, asociación u hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?*). En el presente estudio, aunque el indicador no mostró cambios en la participación social de los participantes, en las entrevistas los participantes sí reconocieron su intención de participar en nuevas actividades sociales en el futuro tras haber recibido la intervención. Por tanto, sería recomendable realizar un seguimiento a largo plazo para comprobar si los participantes del Programa Acompaña-Té se implicaron en las actividades que refirieron que iban a realizar al finalizar la intervención y si efectivamente ha sido así.

Otro aspecto que puede afectar la valoración de la participación social de los participantes es que se observó que ésta estaba condicionada por múltiples factores, coincidiendo con lo observado en otros estudios sobre la participación social de personas mayores (Galenkamp et al., 2016; Goll et al., 2015). En este caso, variables externas como la oferta de actividades y opciones de ocio en el entorno, que en verano se reducía significativamente o el calor/frío que hiciese en la calle en el momento de la evaluación y/o variables internas como los problemas de salud eran aspectos que limitaban la participación social de las personas del estudio. Por este motivo, se considera que los resultados en esta variable podrían estar informando más bien de la existencia de condicionantes que limiten o faciliten la participación social de los participantes, más que informar de un cambio en la participación producido por la intervención. Esto permitiría explicar por qué en la evaluación final se redujo de una manera no significativa la participación social subjetiva de los participantes, ya que la mayoría de personas fueron evaluadas en verano y en ese momento no podían participar en actividades sociales organizadas en centros sociales u otros recursos del entorno.

Asimismo, es interesante destacar la disposición negativa de algunos participantes cuando se les planteaba la opción de participar en nuevas actividades, como por ejemplo los talleres de los centros sociales o las escuelas de adultos que se ofrecen desde dependencias municipales. El principal motivo de su negativa a participar en ese tipo de actividades era que implicaban un compromiso y una asistencia continua que los

participantes no sabían si podrían cumplir. Esta resistencia a plantearse participar en actividades a largo plazo se puede explicar desde la Teoría de la Selectividad Socioemocional Carstensen et al., (1999), ya que las personas mayores están orientadas hacia el presente y prefieren dedicar su tiempo en actividades presentes, no a largo plazo. Este hallazgo podría ser interesante para que, a la hora de plantear actividades de ocio y tiempo libre, se planteen actividades que faciliten la participación de las personas mayores sin exigir un compromiso a largo plazo o diseñar actividades que no sean de muy larga duración.

### **7.3. Satisfacción y beneficios experimentados por los participantes del Programa Acompaña-Té**

La satisfacción de los participantes con la intervención recibida fue muy alta, ya que la puntuación media casi alcanzó los 10 puntos. Como este dato cuantitativo de la satisfacción no permitía saber por qué los participantes estaban realmente tan satisfechos con la intervención, es decir, qué beneficios habían obtenido con el Programa se realizó el segundo estudio cualitativo anidado en el diseño mixto, estando de acuerdo con la idea de Cabrera et al. (2010) de que la evaluación de los programas se debe hacer desde las perspectivas y significados de las personas que han participado en él.

En relación a los beneficios del Programa Acompaña-Té, los participantes reconocieron que aprendieron aspectos de la soledad y de su afrontamiento a través del visionado de los vídeos de entrenamiento atribucional. En estos vídeos se mostraban modelos que realizaban adaptaciones proactivas para aumentar el contacto con familiares y amigos y para participar en los recursos sociales del entorno, por lo que se les ofrecía un modelo de afrontamiento activo de la soledad (Kahana et al., 2003). Los participantes identificaron los modelos y afirmaron que describían una realidad muy similar a la que vivían ellos y, en general, las personas mayores que viven solas. Así pues, estos datos parecen indicar que, efectivamente, las actividades de entrenamiento atribucional

facilitaron el aprendizaje observacional (Bandura, 1986, 1997) de nuevos modelos de afrontamiento de la soledad en los participantes.

Además de ese aprendizaje, los participantes informaron que la compañía que recibían era una fuente de bienestar que les brindaba alegría, motivación e ilusión. Todos destacaron los beneficios de mantener una buena conversación, en la que podían hablar libremente de aspectos íntimos de forma recíproca, sintiéndose respetados y escuchados. Esta valoración positiva del beneficio que aportan las conversaciones durante el acompañamiento coincide con los resultados observados por Andrews et al. (2003). Estos datos también apoyan la idea de que la motivación principal de las personas mayores a la hora de relacionarse socialmente es lograr la regulación emocional, para encontrar la intimidad y sentirse integrados socialmente (Carstensen et al., 1999).

Es evidente que para ofrecer una buena dinámica de conversación y realizar un buen acompañamiento es fundamental formar a los voluntarios. Este es un aspecto que se ha cuidado mucho en el Programa y, según han informado los participantes, parece que se ha realizado correctamente. Por ello, tras realizar la primera edición del programa se refuerzan y aceptan las recomendaciones de González (2011) sobre la formación del voluntariado en el acompañamiento, que debe ser una formación flexible y promover el aprendizaje reflexivo y transformador, para promover la empatía y el respeto del voluntario hacia la persona que acompaña, y también de Hernández (2010) sobre el poder de la “conversación liberadora”, que se debe utilizar como una herramienta que fomente la autonomía y control de las personas mayores.

Además de ofrecer la oportunidad de conversar y crear vínculos, el Programa Acompaña-Té ha facilitado un espacio para el encuentro intergeneracional, que ha contribuido a romper estereotipos y superar prejuicios por razón de edad. Por tanto, el Programa también enriquece la convivencia entre generaciones, el aprendizaje mutuo y la superación de barreras mentales que, en definitiva, son aspectos que contribuyen a hacer una sociedad para todas las edades, beneficios que están vinculados a los programas intergeneracionales (Pinazo y Kaplan, 2007).

Respecto al área socioemocional de los participantes, en este estudio se han encontrado hallazgos que apoyan los axiomas de la teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen et. al., 1999). Por un lado, al igual que Goll et al., (2015), se observó que a las personas mayores que fueron entrevistadas inicialmente no se sentían motivadas por establecer nuevas relaciones sociales y por aprender sobre los recursos sociales disponibles en el entorno. Además, muchas rechazaban la idea de hacer amistades porque consideraban que era algo muy difícil a esas edades. Así pues, es posible que esta predisposición negativa explicase por qué los participantes se sorprendieron tan positivamente al haber creado un nuevo vínculo con la persona voluntaria, que era una persona desconocida y suponía una nueva experiencia para ellos.

Además, después de la intervención, participar socialmente y relacionarse más con el entorno ha sido un beneficio muy valorado por los participantes, sobre todo, por aquellos que no podían salir de casa solos. Así pues, gracias a la activación conductual y la estimulación de la participación social en el entorno cercano el programa promueve el envejecimiento activo y saludable de estas personas (Fernández-Ballesteros, 2008). En la misma línea, también se ha observado que algunas personas reconocían que el programa les había motivado a superar la apatía o dificultad inicial para tomar la iniciativa de contactar con otras personas y para participar en nuevas actividades, lo que parece indicar que el programa también ha ayudado a romper dinámicas de interacción negativa con el entorno social que fomentan el aislamiento en algunos participantes, lo que contribuiría a romper el círculo vicioso de la soledad que describen Cacioppo y Hawkley (2009) en su modelo explicativo.

En lo que respecta a las personas que tenían problemas funcionales que limitaban su autonomía para salir, cuando pudieron hacer salidas a la calle (siempre que el estado de salud lo permitiese), agradecieron mucho la posibilidad de salir de casa e interactuar con el entorno. Sin embargo, considerando que la participación social minimiza los efectos negativos que tiene la salud sobre la soledad (Burholt y Scharf, 2014), se piensa que estas personas son las que más acusarían la pérdida de la compañía tras finalizar el Programa, ya que por sus características tienen menos oportunidades para participar socialmente. Así pues, a partir de estos resultados sería recomendable que esta población recibiese un

tipo de acompañamiento distinto que facilite su participación social en el entorno de manera continuada. Tal y como fue diseñado el Programa Acompaña-Té se debería aplicar en personas con autonomía funcional, porque son quienes puede aprovechar al máximo las actividades diseñadas en la intervención y porque, si lo desean, pueden continuar haciendo actividades sociales fuera de casa sin la necesidad de tener la compañía de la persona voluntaria.

Por otro lado, y en línea también con lo que proponen Carstensen et al. (1999), se ha observado que la familia, como elemento principal de satisfacción socioemocional en las personas mayores, era el pilar fundamental en el que se apoyaban los participantes y era una de las cosas que más valoraban, incluso llegando a reconocer que era lo que realmente daba sentido a sus vidas. Por tanto, se corrobora la importancia que tiene la familia para estas personas y para la satisfacción de sus necesidades socioemocionales. Asimismo, estos hallazgos ayudan a entender la influencia que las relaciones familiares tienen en la experiencia de soledad de los participantes, puesto que ésta puede actuar como amortiguador o como facilitador de la aparición de sentimientos de soledad. Todo dependerá, en cierta medida, del apoyo instrumental y emocional que reciban de su entorno y de lo que ellos esperan recibir de sus familiares. Estas observaciones sobre la importancia de la familia en la génesis o mantenimiento de la soledad coinciden con lo que se ha informado en otras investigaciones que analizan la soledad de las personas mayores en España y en otros países que comparten patrones culturales similares de solidaridad familiar (p. ej. Díez y Morenos, 2015; Gajardo, 2015; Iglesias de Ussel, 2001; López-Doblas, 2005; Sánchez, 2009).

En este sentido, los hallazgos de las investigaciones científicas deben servir para desarrollar intervenciones para reducir la soledad, pero también para sensibilizar y promocionar buenas dinámicas de apoyo y protección de las familias a sus mayores. Esta necesidad de trabajar desde diferentes ámbitos y perspectivas para prevenir la soledad de las personas mayores es lo que se plantea acertadamente en las recomendaciones del Marco de Actuación de las personas mayores (MSSSI, 2015).

Como mejora, y para adaptar el Programa Acompaña-Té a personas con dependencia funcional, se podría considerar desarrollar una modalidad del programa que no implicase

realizar salidas al exterior para conocer recursos, sino que dé recursos a la persona para que pueda estar conectada con la sociedad desde su casa. En este sentido, se podría diseñar sesiones de acompañamiento orientadas a ayudarles a usar de manera eficaz las nuevas tecnologías de información, ya que la mayoría de los participantes reconoció en las entrevistas que tenían problemas para usar el teléfono móvil. Tal y como afirma Bazo (1989, p. 205) “los ancianos no constituyen un grupo homogéneo” y los hallazgos que aquí se han discutido muestran, en cierta medida, la heterogeneidad de las personas mayores que viven solas, lo que implica que el diseño de los programas ha de adaptarse en la medida de lo posible a cada individuo.

En este sentido, la primera edición del Programa Acompaña-Té se ha aplicado a un grupo de personas con características muy diversas, hecho que ha permitido valorar la viabilidad de aplicar el programa en diferentes perfiles (p. ej. personas con diversidad funcional vs personas sin diversidad funcional). De hecho, a pesar a la reflexión realizada sobre la idoneidad del perfil del futuro “beneficiario” del programa, se debe reconocer que el programa se ha podido aplicar casi en su totalidad en todos los acompañamientos realizados porque se ha adaptado a las capacidades individuales de los participantes. De este modo, el desarrollo de esta primera experiencia con el Programa Acompaña-Té ha permitido confirmar que la intervención diseñada ofrece grandes posibilidades para ser ajustada a cada persona, respetando de ese modo el principio de individualidad que exige la intervención gerontológica desde el enfoque de la atención centrada en la persona (Martínez, 2011).

#### 7.4. Limitaciones y prospectiva

Finalmente es preciso analizar algunos aspectos del diseño de la investigación que pueden limitar el alcance de los hallazgos de este estudio.

- La dificultad encontrada en la **selección de participantes** ha condicionado que se haya dispuesto de una muestra pequeña para el estudio que, además, está representada casi al completo por mujeres. De este modo, el **tamaño** de



la **muestra**, aunque no ha afectado a la validez estadística de los datos descritos, puede haber limitado el hallazgo de resultados con relevancia significativa en los análisis cuantitativos. Por otro lado, la **escasa participación** masculina en la muestra (un hombre) no permite representar en los datos cualitativos analizados la diversidad de hombres que viven solos. Sin embargo, para los objetivos del presente estudio haber analizado cualitativamente datos de un grupo tan heterogéneo en cuanto al resto de variables (edad, estado de salud, diversidad funcional, estado civil) ha generado una riqueza de datos que se considera que pueden ser suficientes para entender el significado y la experiencia de soledad de las personas que viven solas y para conocer los beneficios del Programa Acompaña-Té. A pesar de ello, sería recomendable en el futuro ampliar el estudio incluyendo hombres con características diversas que participen en el programa.

En el presente estudio, tras el “fracaso inicial” que se sufrió durante el proceso de selección aleatorio estratificado, se ha constatado que la selección telefónica no es un buen modo de llegar a las personas mayores que viven solas. Aunque el muestreo intencional por bola de nieve facilitó la selección del resto de participantes, no fue suficiente para dar a todos los voluntarios formados la opción de acompañar a una persona mayor. Por tanto, existe un problema real para llegar a las personas mayores que viven solas. De hecho, en el desarrollo de la investigación se ha podido ver que los motivos que limitan la participación en el programa son, principalmente, la desconfianza, el miedo a ser engañados y el rechazo que produce abrir las puertas de casa a alguien extraño (el voluntario universitario).

Desde SABIEX y el Ayuntamiento de Elche se ha dado la máxima difusión posible al Programa Acompaña-Té a través de los medios de comunicación y, aunque se debe seguir en ese empeño, se considera preciso plantear una alternativa viable en el proceso de selección de participantes. Una opción posible podría ser la de implicar a profesionales de la salud que trabajen en servicios de atención primaria, de esta manera, podrían detectar las personas mayores que viven solas y recomendar su participación en el programa, a modo de “receta de actividades”. Esto es lo que hicieron Coll-Planas et

al. (2017) al reclutar de manera pragmática a personas que se sentían solas en los centros de atención primaria de Cataluña y consiguieron una muestra de 38 personas. Sin embargo, tuvieron el mismo problema con la participación masculina, puesto que el 95% de los participantes fueron mujeres. Estos hallazgos señalan también la conveniencia de explorar en el futuro las diferencias de sexo en la soledad y en la participación en este tipo de programas de intervención.

De acuerdo con Cattán, Kime y Bagnall (2011) desde las instituciones se deben mejorar las oportunidades para acceder a los servicios de acompañamiento, ya que algunas personas buscan ayuda por sí mismas, pero existe una gran mayoría que no lo hace de manera autónoma. Por ello, sensibilizar e informar sobre este recurso a los técnicos que coordinan los servicios sociales y a los profesionales que tienen atención directa con las personas mayores son tareas que se podrían desarrollar para facilitar que las personas mayores puedan participar en el programa.

- Otra limitación del estudio podría venir del uso de **pruebas de evaluación objetivas**, ya que están diseñadas para una población con un nivel de alfabetización más alto que el que tenía la muestra que se evalúa en la investigación presente. En este estudio los participantes tenían un nivel educativo muy bajo, incluyendo incluso una persona que no sabía leer que, precisamente, fue la única persona en la que se registró un dato atípico en la escala del nivel de soledad (de 30 puntos en el pre test a 15 en el post test, pasando de un estado moderado a severo de soledad) y, sin embargo, en su narrativa reconocía que no se sentía sola. Por tanto, la validez de la evaluación con las pruebas objetivas en estos participantes podría estar limitada por este motivo.

En esta investigación se tuvo presente la influencia del nivel educativo en la cumplimentación de pruebas de papel y lápiz, se cuidó al detalle la recogida de datos y se realizó un cuadernillo con los tipos de respuesta distintos que se utilizaban durante la aplicación de las escalas para facilitar la elección de la respuesta de los participantes. Sin embargo, en algunos casos, resultaba verdaderamente tedioso que la persona eligiese una opción de respuesta en las escalas con respuesta tipo Likert, puesto que tendían a

responder dicotómicamente. Esta limitación, justificaría, aún más, la necesidad de recoger información cualitativa en la investigación con personas mayores que ayuden a entender mejor los resultados de las variables que se intentan medir objetivamente.

Fernández-Ballesteros (2008) sugiere algunas recomendaciones en la evaluación gerontológica, como cuidar la relación entre evaluador y evaluado y, a la hora de trabajar con autoinformes, controlar las posibles fuentes de error que provoca la deseabilidad social de las personas mayores. En esta investigación se siguieron estas recomendaciones y, para ello, se establecía un clima de confianza con la persona mayor, se le ofrecía siempre la oportunidad de dejar la entrevista y retomarla posteriormente si se sentía cansada y, además la mayoría de escalas se administraron de forma heteroaplicadas, respetando el tiempo para responder de la persona mayor y controlando el efecto del entrevistador sobre el instrumento.

- En el estudio primario de esta investigación se ha realizado un diseño cuasiexperimental pre-post sin grupo control, así pues, no se dispone de un **grupo de** comparación para comprobar que los cambios observados en los participantes se deben a la intervención recibida y tampoco se ha realizado un **seguimiento** para probar cuáles son los efectos del programa a largo plazo.

En el meta-análisis de Masi et al. (2011) se comprobó que la calidad metodológica de los estudios influía en la efectividad de las intervenciones para reducir la soledad, de manera que los estudios con poco rigor metodológico tendían a sobreestimar la efectividad de sus intervenciones. Al respecto, Stephanie Cacioppo et al. (2015) sugieren que se deben controlar las variables confundidoras (tiempo, efectos esperados, efecto Hawthorne, diferencias individuales) a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones para evitar sobreestimar la eficacia de los tratamientos. Pero ¿cómo se podría controlar todas estas variables para investigar los efectos de la intervención que se ha aplicado en este estudio de tesis doctoral?

La intervención que aquí se ha aplicado es una intervención compleja, que interviene sobre diferentes componentes y se aplica con voluntarios en el contexto real de las

personas mayores, por lo que no se pueden evaluar con los mismos criterios ni usar los mismos métodos de investigación (Campbell et al., 2000; Campbell et al., 2017).

Así, siendo conscientes de que no se podía realizar un control exhaustivo en la evaluación de los resultados del Programa Acompaña-Té, este estudio se ha desarrollado con el máximo rigor metodológico que fue posible, tal y como se ha manifestado en el método. Así pues, la investigación que se ha presentado aquí, aunque puede tener aspectos que limiten su validez interna, sí tiene una validez externa innegable, puesto que se ha desarrollado en el entorno real de las personas mayores que viven solas.

Por ello, se valora positivamente el debate sobre la validez de este tipo de intervenciones que plantean Cohen-Mansfield y Perach (2015) en su revisión sistemática, porque es necesario valorar la validez ecológica de estas investigaciones que son útiles, pragmáticas y, si usan métodos mixtos, aportan una riqueza informativa sobre la efectividad del programa que no se alcanzaría con otro tipo de diseños.

Con respecto a disponer de un **grupo control**, inicialmente, se intentó realizar un diseño completamente aleatorizado con un grupo control (en lista de espera para ser beneficiarios de la segunda edición del Programa Acompaña-Té) a fin de cumplir con los criterios éticos y de validez interna que se exigen en este tipo de investigaciones y extraer mejores conclusiones sobre la efectividad del programa. Sin embargo, esta pretensión inicial se vio frustrada enseguida cuando surgió el verdadero conflicto entre investigar desde un enfoque positivista e intervenir en el contexto real de las personas mayores, donde surgen miles de contratiempos que limitan las pretensiones metodológicas iniciales. En ese momento, surgió un verdadero conflicto motivacional entre la creación y aplicación de un programa de intervención para ayudar a reducir o prevenir la soledad en personas mayores que viven solas y, al mismo tiempo, realizar una investigación con el mayor rigor metodológico para demostrar si el programa es efectivo.

Con esta reflexión se quiere hacer explícito la dificultad de la investigación en un entorno real y quizás esto explique la escasa cantidad de publicaciones que existen en nuestro país sobre la efectividad de los programas de acompañamiento para reducir la soledad de las personas mayores (Coll-Planas et al., 2017; InterSocial, 2012).

Pese a las dificultades, desde SABIEX se está trabajando actualmente en la recogida de datos de un grupo control sobre el que luego se aplicará la intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té.

Respecto al análisis de **resultados a largo plazo**, realizar un estudio longitudinal de seguimiento de los efectos del Programa Acompaña-Té sobre los participantes de este estudio se considera también algo primordial. Primero, porque el programa se orienta a intervenir sobre el control percibido y la participación social, ambos predictores de la soledad en personas mayores (Newall et al., 2014; Newall, 2010; Newall et al., 2009), y, segundo, porque en este estudio ya se ha comprobado que el programa aumenta la autoeficacia de las personas para manejar su soledad en el futuro, por lo que se prevé que el programa tendrá un impacto en los niveles de soledad y participación social en los participantes a largo plazo. Esto únicamente se podría comprobar realizando un evaluación de seguimiento de los participantes, que permita contrastar dichas hipótesis para poder confirmar si se ha creado una herramienta que previene la soledad de las personas mayores que viven solas. De este modo, se estaría contribuyendo, como sugiere Bolton (2012), en la creación de intervenciones preventivas (no paliativas) de la soledad que fomenten el envejecimiento activo y saludable. Para lograr tal fin, en los próximos meses se espera continuar con este estudio y realizar el seguimiento de los participantes y, con ello, se espera aportar más datos sobre la efectividad del Programa Acompaña-Té.

Además de estas limitaciones y propuestas de mejora para continuar estudiando en el futuro la efectividad del Programa Acompaña-Té, también sería recomendable realizar un estudio para validar las herramientas que han sido creadas (vídeos y folleto) para aplicar el componente del **Entrenamiento Atribucional** (EA) en esta intervención psicosocial. Esto ayudaría a confirmar su validez y justificar la utilidad de estas herramientas para crear atribuciones más realistas y útiles, orientadas a realizar un afrontamiento positivo de la soledad en la vejez. Asimismo, permitiría disponer de una herramienta de intervención fácilmente aplicable en contextos similares, por ejemplo, a través de programas de acompañamiento en entidades de voluntariado, o probar su efectividad en otros contextos de intervención grupal con personas mayores.



## **Capítulo 8. Conclusiones**

---

A partir de los resultados derivados de los estudios integrados en esta investigación de tesis doctoral y del análisis pormenorizado de los mismos en la discusión, se puede concluir que:

1. Con el estudio mixto de los resultados del Programa sobre la soledad de los participantes, se ha podido observar que la forma de interpretar la soledad de los participantes y las causas a las que atribuyen su soledad son factores que pueden estar influyendo en los resultados encontrados. Las personas que tienen una visión positiva o neutral de la soledad y aquellas que atribuyen su soledad a factores internos y/o a factores controlables son las que mejoraron su soledad y/o su control percibido para manejar la soledad tras la intervención. Por lo que se puede concluir que la experiencia previa de soledad influye en los resultados tras la intervención sobre esta variable y por lo tanto se deberían tener en cuenta estos aspectos en el diseño y la valoración de la efectividad de las intervenciones sobre la soledad.
2. Gracias a la integración de los datos cuantitativos y cualitativos se ha podido complementar, explicar y mejorar la comprensión del impacto del Programa Acompaña-Té en la soledad de los participantes, por lo que se confirma la utilidad del diseño mixto de investigación en la evaluación de los resultados de los programas de intervención en soledad.
3. La intervención psicosocial de acompañamiento del Programa Acompaña-Té es efectiva para mejorar el control percibido sobre la soledad de los participantes y para manejar otros aspectos del envejecimiento. Se ha obtenido un impacto significativo y relevante tras la intervención en la autoeficacia para envejecer y en la dimensiones de autoeficacia para envejecer de los participantes, aumentando

sus creencias para afrontar los desafíos que supone el envejecimiento en cuatro áreas: salud, cognitiva, física y funcional y socioemocional. Así, se ha constatado que las personas que han participado en el Programa se ven más capaces de resolver los problemas socioemocionales que puedan surgirles en la vejez, como los problemas de soledad, por lo que se puede concluir que el Programa Acompaña-Té es efectivo para intervenir sobre este predictor psicológico de la soledad.

4. Las personas mayores prefieren no implicarse en actividades sociales a largo plazo, sin embargo, tras recibir la intervención de acompañamiento manifestaban más interés por participar en nuevas actividades adaptadas a sus necesidades. Se puede concluir que las actividades de ocio y tiempo libre tienen que adaptarse a las preferencias de las personas mayores y también que el Programa Acompaña-Té ayuda a estas personas a conocer mejor los recursos que tienen disponibles y les motiva a participar en ellos.
5. La soledad es una experiencia compleja y su significado es particular en cada individuo. El análisis sobre la soledad ha permitido observar que los participantes del estudio distinguen tres dimensiones de la soledad: negativa, neutra y positiva, además reconocen que la interpretación puede variar en función de la persona. Aunque la visión negativa de la soledad era la más extendida entre los participantes, las otras formas de interpretar la soledad también estaban representadas por un número de personas importante. Estos hechos invitan a reflexionar que se deben incluir todas las dimensiones del significado de la soledad de las personas mayores que viven solas en el diseño de los programas de intervención que se realicen para abordar la soledad en esta población.
6. Las causas que precipitan la experiencia de soledad de los participantes son muy variadas, pero el análisis temático realizado ha permitido identificar cuatro perfiles atribucionales de la soledad. Se ha observado que los perfiles que atribuyen la causa de la soledad a factores externos, estables e incontrolables, conciben que esta circunstancia no es susceptible de ser cambiada por ellos mismos y experimentan soledad de manera constante. Por otro lado, los perfiles que



atribuyen la soledad a causas internas o a causas controlables, perciben control sobre la situación de soledad y no experimentan este sentimiento o, si lo hacen, es susceptible de ser cambiados por ellos mismos. Por lo que se puede concluir que existen perfiles atribucionales de la soledad que facilitan o protegen de la aparición de este sentimiento en la vejez.

7. Los participantes agradecieron mucho la oportunidad de participar en el Programa y tuvieron una satisfacción muy alta con la intervención de acompañamiento recibida aportándoles beneficios psicológicos, sociales y relacionales. El análisis temático de las narraciones ha permitido clasificar los beneficios experimentados en cuatro áreas temáticas: 1) aprendizaje y desarrollo personal a través de las actividades del Programa, 2) beneficios psicológicos y emocionales gracias a la compañía recibida, 3) oportunidades para aumentar la participación social en el entorno y 4) establecimiento de nuevos vínculos a través de la relación establecida con la persona voluntaria. Se puede concluir que para conocer en profundidad los beneficios de un programa de intervención como este el mejor método para valorar y entender de forma holística la satisfacción y los beneficios del programa es a través de análisis mixto de la experiencia personal de sus participantes.

Para finalizar se puede concluir que la intervención psicosocial de acompañamiento aplicada a través del Programa Acompaña-Té sirve para mejorar el control de los participantes para manejar su soledad en el futuro y su sentimiento de autoeficacia para envejecer. Así pues, se puede afirmar que el Programa interviene sobre los predictores psicológicos de la soledad en la vejez y del envejecimiento activo y saludable de las personas mayores.

Con la continuación y ampliación de esta investigación se espera obtener suficientes datos para que el Programa se pueda aplicar a contextos similares a través de las universidades españolas, las entidades de voluntariado y/o las administraciones públicas, con el fin de que podamos trabajar en red y juntos logremos vencer la soledad negativa que afecta a las personas mayores que viven solas.



## **CONCLUSIONS**

---

Based on the results derived from the studies integrated in this doctoral thesis research and their detailed analysis in the discussion, it can be concluded that:

1. Through the mixed study of the results of the Program over participants' loneliness, it has been observed that the participants' way of interpreting their loneliness and the causes to which they attribute it are factors that may be influencing these outcomes. People with a positive or neutral view of loneliness and who attribute their loneliness to internal and/or controllable factors improved their loneliness and/or their perceived control to deal with it after the intervention. Thus, it can be concluded that previous experience of loneliness influences the post-intervention outcomes of this variable, and therefore, these aspects should be taken into account when designing and evaluating the effectiveness of interventions on loneliness.
2. The integration of the quantitative and qualitative data allowed supplementing, explaining, and improving our understanding of the impact of the Acompaña-Té (Accompany-You) Program on the participants' loneliness, thereby confirming the usefulness of the mixed research design in the evaluation of the outcomes of intervention programs on loneliness.
3. The psychosocial accompaniment intervention of the Acompaña-Té Program is effective to improve participants' perceived control of loneliness and to cope with other aspects of aging. A significant and relevant impact was obtained after the intervention in self-efficacy for aging and in the dimensions of the participants' self-efficacy for aging, increasing their beliefs in their capacity to face the challenges posed by aging in four areas: health, cognitive, physical-functional, and the socio-emotional areas. Thus, it was observed that the people who participated

in the program felt more capable of solving socio-emotional problems that may arise in old age, such as problems of loneliness, so it can be concluded that the Acompaña-Té Program is effective to intervene in this psychological predictor of loneliness.

4. Older people prefer not to engage in long-term social activities but, after receiving the accompaniment intervention, they expressed more interest in participating in new activities adapted to their needs. It can be concluded that leisure and free time activities must be adapted to older people's preferences, and also that the Acompaña-Té Program helps these people to learn more about the available resources and encourages them to participate.
5. Loneliness is a complex experience, and its meaning is unique to each individual. The analysis of loneliness showed that the study participants distinguish three dimensions of loneliness: negative, neutral, and positive; they also acknowledge that the interpretation can vary depending on the person. Although the negative view of loneliness was the most widespread among the participants, the other ways of interpreting loneliness were also present in a significant number of people. These events led to the reflection that all the dimensions of the meaning of the loneliness of older people living alone should be included in the design of intervention programs to address loneliness in this population.
6. The causes of the participants' experience of loneliness are varied, but the thematic analysis carried out has identified four attributional profiles of loneliness. It was observed that people with profiles attributing the cause of loneliness to external, stable, and uncontrollable factors think that they cannot change this circumstance and they experience loneliness constantly. On the other hand, people with profiles attributing loneliness to internal or controllable causes perceive control over the situation of loneliness and do not experience this feeling or, if they do, they can change it. So, one can conclude that there are attributional profiles of loneliness that facilitate or protect from the onset of this feeling in old age.

7. The participants were very thankful for the opportunity to participate in the program and were highly satisfied with the accompaniment intervention received, which provided them with psychological, social, and relational benefits. The thematic analysis of the narrations has allowed classifying the benefits experienced in four thematic areas: 1) learning and personal development through the activities of the program, 2) psychological and emotional benefits thanks to the company they enjoyed, 3) opportunities to increase social participation in the environment, and 4) establishment of new links through the relationship with the volunteer. It can be concluded that the best way to holistically assess and understand the participants' satisfaction and the benefits of the program is through the mixed analysis of the participants' personal experience.

Lastly, it can be concluded that the psychosocial accompaniment intervention applied through the Acompaña-Té Program helps to improve the participants' control to deal with their loneliness in the future and their feelings of self-efficacy for aging. Thus, it can be stated that the program intervenes in the psychological predictors of loneliness in old age and in active and healthy aging.

Through the continuation and expansion of this research, we hope to obtain sufficient data to apply the program in similar contexts through the Spanish universities, volunteerism entities, and/or public administrations, so that we can network and cooperatively overcome the loneliness that affects older persons living alone.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. (2017, febrero 6). Comisionado para el Reto Demográfico. Recuperado el 8 de marzo de 2017, de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2017/02/06/comisionado-para-el-reto-demografico/>
- Abellán, A., Ayala, A. y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos* (No. Informes Envejecimiento en red nº 15.) (p. 48). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abellán, A. y Pujol, R. (2016). Las personas mayores viven fundamentalmente en pareja o en soledad. *Blog Envejecimiento [en-red]*. Recuperado de <http://bit.ly/1REgolw>
- Abizanda-Soler, P., Gómez-Pavón, J., Martín-Lesende, I. y Baztán-Cortés, J. J. (2010). Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Medicina Clínica*, 713-719. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.028>
- Adam, E. K., Hawkey, L. C., Kudielka, B. M., & Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience–cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(45), 17058-17063. <https://doi.org/10.1073/pnas.0605053103>
- Ajuntament d'Elx (2016). Población. Informes estadísticos anuales Elche 2016. Ajuntament d'Elx. Recuperado de <http://elche.es/wp-content/uploads/download-manager-files/Poblacion2016.pdf>

- Andersson, L. (1992). Loneliness and Perceived Responsibility and Control in Elderly Community Residents. *Journal of Social Behavior and Personality; Corte Madera, CA*, 7(3), 431–443.
- Andrews, G. J., Gavin, N., Begley, S., & Brodie, D. (2003). Assisting friendships, combating loneliness: Users' views on a «befriending» scheme. *Ageing & Society*, 23(3), 349-362. <https://doi.org/http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1017/S0144686X03001156>
- Área de Envejecimiento Activo del IMSERSO. (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1991). Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. Centro de Información de las Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.cinu.mx/eventos/46\\_91.pdf](http://www.cinu.mx/eventos/46_91.pdf)
- Ayuntamiento de Elche (2014). Informe Censos de Población y Vivienda 2011 Elche. Recuperado de [http://www.elche.com/media/tinyimages/file/Censos\\_de\\_Poblaci%C3%B3n\\_y\\_vivienda2011.pdf](http://www.elche.com/media/tinyimages/file/Censos_de_Poblaci%C3%B3n_y_vivienda2011.pdf)
- Badowski, R. (2009). *The effect of podcasted review sessions on accounting i students' performance* (Tesis Doctoral). Robert Morris University, Pennsylvania. Recuperado de <http://search.proquest.com/publicaciones.umh.es:8080/psycinfo/docview/754058075/47CF7DF45D1345B7PQ/8>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York : W.H. Freeman.
- Bazo, M. T. (1989). Personas ancianas: Salud y soledad. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (47), 193-223.



- Bieniek, E. J. (2013). *The effectiveness of video modeling on vocational skill development for high school students diagnosed with autism spectrum disorder* (Tesis Doctoral). Robert Morris University, Pennsylvania. Recuperado de <http://search.proquest.com/publicaciones.umh.es:8080/psycinfo/docview/1449308711/47CF7DF45D1345B7PQ/11>
- Bolton, M. (2012). *Loneliness-the state we're in. A report of evidence compiled for the Campaign to End Loneliness* (Campaign to End Loneliness - Conexions in older age). Oxon: Age UK Oxfordshire. Recuperado de <http://campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-The-State-Were-In.pdf>
- Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burholt, V., & Scharf, T. (2014). Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources, and Rural Environments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 311-324. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt121>
- Cabrera, F. A., Donoso, T., Aneas, A., del Campo, J. y Pi i Murugí, A. (2010). Valoración de la satisfacción de usuarios de programas sociales: propuesta de un modelo de análisis. *Revista de Educación*, 351(Enero-Abril), 311-336.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annual review of psychology*, *66*, 733-767. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends in cognitive sciences*, *13*(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, *25*(2), 453-463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *321*(7262), 694-696.
- Campbell, R., Shaw, J., & Gregory, K. A. (2017). Giving voice-And the numbers, too: Mixed methods research in community psychology. En M. A. Bond, I. Serrano-Garc, C. B. Keys, & M. Shinn (Eds.), *APA handbook of community psychology* (Vol. 2, pp. 139-153). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cárdenas, M. y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, *5*(2), 210-224.
- Cáritas. (2009). Qué hacemos - Programas de acción social. Recuperado 5 de marzo de 2017, a partir de [http://www.caritas.es/qhacemos\\_programas\\_info.aspx?Id=31](http://www.caritas.es/qhacemos_programas_info.aspx?Id=31)

- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *The American Psychologist*, *54*(3), 165-181.
- Castiello, M. S., García, A. A., Ortiz, L. P. y Polo, J. A. M. (2002). *Envejecer en España: II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Abril 2002*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=544676>
- Castillo-Espitia, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos [Versión Electrónica]. *Investigación y Educación en Enfermería*, *18*(1), 2735-2735.
- Cattan, M., Kime, N., & Bagnall, A.-M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people-an evaluation. *Health & Social Care in the Community*, *19*(2), 198-206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x>
- Cattan, M., & White, M. (1998). Developing evidence based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion and Education*, *13*, 1-9.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, *25*(1), 41-67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*, *18*(3), 191-198. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.3.191>

- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (1998). *La soledad de las personas mayores* (No. Estudio 2.279). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2260\\_2279/2279/Es2279mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2260_2279/2279/Es2279mar.pdf)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. London : L. Erlbaum Associates.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-125. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Cole, S. W., Hawkley, L. C., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., & Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8(9), R189. <https://doi.org/10.1186/gb-2007-8-9-r189>
- Cole, S. W., Levine, M. E., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Weir, D. R., & Crimmins, E. M. (2015). Loneliness, eudaimonia, and the human conserved transcriptional response to adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 11-17. <https://doi.org/http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1016/j.psyneuen.2015.07.001>
- Collins, K. (2010). Advanced Sampling Designs in Mixed Research: Current Practices and Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences. En A. Tashakkori & C. Teddlie

- (Eds.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd ed., pp. 353-378). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Coll-Planas, L., Del Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T. y Monteserin, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 145-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12284>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design* (4th Edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Plano-Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Cruz Roja Elche. (s. f.). Personas Mayores. Recuperado 2 de febrero de 2017, a partir de <http://www.cruzrojaelche.org/index.php/que-hacemos/intervencion-social-sup/personas-mayores>
- Cruz Roja Española. (2017). Intervención Social - Mayores - Cruz Roja. Recuperado 5 de marzo de 2017, a partir de <http://www.cruzroja.es/principal/web/intervencion-social/mayores/>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., & Reynolds, C. F. (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*, 79(2), 160-169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.027>
- de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>

- de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80.
- del Barrio, É., Castejón, P., Sancho-Castiello, M., Tortosa, M. Á., Sundström, G. y Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 189-195.  
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Denscombe, M. (2008). Communities of Practice: A Research Paradigm for the Mixed Methods Approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(3), 270-283.  
<https://doi.org/10.1177/1558689808316807>
- Diario Oficial de la Unión Europea. (2011). *DECISIÓN No 940/2011/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 14 de septiembre de 2011 sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012)* (p. 6). Estrasburgo: Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado de [http://www.envejecimientoactivo2012.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/decision940\\_2011.pdf](http://www.envejecimientoactivo2012.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/decision940_2011.pdf)
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Díez, J. y Morenos, M. (2015). *La Soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA. Recuperado de [http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad\\_en\\_espana.pdf](http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf)
- Donaldson, J. M., & Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 952-959.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02931.x>

- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2016). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- EUROSTAT. (2015). *People in the EU: who are we and how do we live?* Luxembourg: European Union. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf/8b2459fe-0e4e-4bb7-bca7-7522999c3bfd>
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(4), P231-239.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la Vejez: Una Psicogerontología Aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). El Envejecimiento Activo: algunas consideraciones básicas. En Grupo de población del CSIC (Ed.), *Informe Una vejez activa en España* (pp. 83-88). EDIMSA Editores Médicos S. A. Recuperado de <https://digital.csic.es/handle/10261/69327>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez, N., López, M. D., Montero, P. y Mañanes, V. (2006). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)* (Estudios I+D+I No. 38). Madrid: IMSERSO. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52209>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, N., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal de Walston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 31-41.
- Fernández-Castro, J. y Edo-Izquierdo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de psicología*, 10(2), 127-133.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5), 647-658.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
- Flaquer, L. (2004). La articulación entre familia y Estado de bienestar en los países de la Europa del sur. *Papers: revista de sociología*, (73), 27-58.
- Försterling, F. (1985). Attributional retraining: A review. *Psychological Bulletin*, 98(3), 495-512.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.3.495>
- Fry, P. S., & Debats, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *International Journal of Aging & Human Development*, 55(3), 233-269. <https://doi.org/10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26>
- Fundació Amics de la Gent Gran. (2017, Marzo 30). Noticia: Presentamos el Observatorio de la Soledad. Recuperado 6 de abril de 2017, a partir de <http://www.amicsdelagentgran.org/index.php/es/actualidad/noticias/640-presentem-lobservatori-de-la-soledat>
- Fundación Adopta un Abuelo. (2017). Recuperado 6 de abril de 2017, a partir de <https://www.adoptaunabuelo.org/>
- Fundació Amics de la Gent Gran. (2016). Memoria Anual 2015. Recuperado en [https://issuu.com/amicsdelagentgran/docs/agg\\_memoria\\_2015\\_castellano\\_issue](https://issuu.com/amicsdelagentgran/docs/agg_memoria_2015_castellano_issue)
- Fundación Amigos de los Mayores. (2016). Memoria Anual 2015. Recuperado en <https://www.amigosdelosmayores.org/images/memorias/memoria2015def.PDF>



- Fundación Amigos de los Mayores. (2017). Acompañamiento. Recuperado 6 de abril de 2017, a partir de <https://www.amigosdelosmayores.org/quehacemos/acompaniamiento.html>
- Fundación dasyc. (2016). Resumen e Impacto Social de la Fundación dasyc. Recuperado 2 de febrero de 2017, a partir de <http://fundaciondasyc.org/resumen-impacto-social/>
- Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica*, 21(2), 199-205. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>
- Galenkamp, H., Gagliardi, C., Principi, A., Golinowska, S., Moreira, A., Schmidt, A. E., ... Deeg, D. J. H. (2016). Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *European Journal of Ageing*, 13, 129-143. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0375-2>
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(3), 266-290. <https://doi.org/10.1007/s12124-008-9078-3>
- Gitlin, L. N., Roth, D. L., & Huang, J. (2014). Mediators of the impact of a home-based intervention (beat the blues) on depressive symptoms among older African Americans. *Psychology and Aging*, 29(3), 601-611. <https://doi.org/http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1037/a0036784>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Gobierno de Navarra. (2009). Guía para medir la satisfacción respecto a los servicios prestados. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5A006CFC-7EBC-4A3F-9FA5-4574ADA817D8/0/GuiaPARAMEDIRLASATISFACCION2012.pdf>

- Gobierno Provincial de Alicante. (2017a). Datos demográficos de Elche/Elx - Diputación de Alicante. Recuperado 2 de marzo de 2017, a partir de <http://documentacion.diputacionalicante.es/3demogr.asp?codigo=03065>
- Gobierno Provincial de Alicante. (2017b). Indicadores Sociales de Elche/Elx - Diputación de Alicante. Recuperado 2 de marzo de 2017, a partir de <http://documentacion.diputacionalicante.es/2sociales.asp?codigo=03065>
- Goll, J. C., Charlesworth, G., Scior, K., & Stott, J. (2015). Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. *PLOS ONE*, *10*(2), e0116664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116664>
- González, A. (2011). El papel del voluntariado en la lucha contra la exclusión social: el valor del acompañamiento. *Documentación social*, (160), 171-188.
- Gorard, S. (2010). Research design, as independent of methods. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd ed., pp. 237-252). United States of America - Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, *32*(3), 468-478.
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(11), 1801-1809. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016>
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, *21*(1), 152-164. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.152>

- Hawkley, L. C., Preacher, K. J., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Impairs Daytime Functioning But Not Sleep Duration. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(2), 124-129. <https://doi.org/10.1037/a0018646>
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: Five-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and aging*, 25(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>
- Haynes, T. L., Perry, R. P., Stupnisky, R. H., & Daniels, L. M. (2009). A Review of Attributional Retraining Treatments: Fostering Engagement and Persistence in Vulnerable College Students. En J. C. Smart (Ed.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research* (pp. 227-272). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9628-0\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9628-0_6)
- Hernández, M. D. G. (2010). Conversaciones liberadoras en la intervención psicosocial: resiliencia y terapia narrativa de acción. *Servicios sociales y política social*, (91), 67-78.
- Herrera, E., Muñoz, I., Martín, V. y Cid, M. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 25, Supplement 2, 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.016>
- Hirigoyen, M.-F. (2013). *Las nuevas soledades: El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós Contextos.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado de

<http://www.camfpozoblanco.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/5006lasoiedad.pdf>

IMSERSO. (2008). *La participación social de las Personas Mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>

IMSERSO. (2010). Encuesta sobre personas mayores. Recuperado 22 de marzo de 2017, a partir de: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>

IMSERSO. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)

IMSERSO. (2015). *Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales: Informe Anual 2015*. Recuperado 5 de marzo de 2017, a partir de: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/el\\_imserso/informes\\_anuales/informe2015/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2015/index.htm)

INE. (2004) ¿Cuántos somos en casa? *Cifras INE. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 6, 8. Recuperado de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>

INE. (2016a). *Encuesta Continua de Hogares. Año 2015* (No. ECH-2015) (p. 10). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>

INE. (2016b). *Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2016. Datos por municipios*. Recuperado 2 de marzo de 2017, a partir de:

<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p05/a2016/10/&file=00003001>.

px

INE. (2016c). «*Proyecciones de Población, 2016-2066*» (p. 20). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>

InterSocial. (2012). *Evaluación del Proyecto Piloto «CERCA DE TI»*. Recuperado de <http://www.intersocial.es/publicaciones/item/267-evaluaci%C3%B3n-del-proyecto-piloto-cerca-de-ti.html>

Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., & Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: the Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 325-329. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x>

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>

Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-180. <https://doi.org/10.1007/s12126-003-1022-8>

Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 7-12; discussion 6. <https://doi.org/10.1177/0894318404272483>

Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. En K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7<sup>th</sup> edition, pp. 175-190). United States of America: Academic Press. Recuperado de <http://aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/1010.pdf>

Ley de Voluntariado. (Ley 45/2015, 14 de octubre). En Boletín Oficial del Estado n<sup>o</sup> 247, 2015, 15 octubre. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-11072](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-11072)

- Ley Orgánica. (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). En Boletín Oficial del Estado *n*º 298, 1999, 14 diciembre. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/archives/mtas0093.dir/mtas0093.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0093.dir/mtas0093.pdf)
- Lorente, R. y Sitges, E. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. En *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor, Vol. 1, 2015*, (Vol. I, pp. 229-237). Almería: ASUNIVEP. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5695845>
- Lorente, R. y Sitges, E. (2016). «Acompaña-TÉ»: Programa de formación específica de voluntariado para realizar acompañamiento domiciliario a personas ancianas que viven solas. En ASUNIVEP (Ed.), *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud* (Vol. II, pp. 681-688). Almería: ASUNIVEP.
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology, 146*(3), 277-292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine (1982), 74*(6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Martín-Lesende, I. (2005). Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. *Atención Primaria, 273-277*. <https://doi.org/10.1157/13079149>

- Martin, P., Hagberg, B., & Poon, L. W. (1997). Predictors of loneliness in centenarians: a parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12(3), 203-224.
- Martínez de la Iglesia, J., Vilches, O., C, M., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.
- Martínez de la Iglesia, Jorge, DueñasHerrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C. y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Medicina Clínica*, 117, 129-134.  
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
- Martínez, T. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.  
 Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradae nlapersona.pdf>
- Martínez-Querol, C., Pérez-Martínez, V. T., Roselló Leyva, A., Brito Rodríguez, G., & Gil Benzant, M. (2005). La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 0-0.
- Martínez-Salgado, C. (2012). Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

- Martín-Lesende, I., Gorroñoigoitia, A., Gómez-Pavón, J., Baztán-Cortés, J. J. y Abizanda-Soler, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria*, 388-393. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.022>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Matia Instituto Gerontológico y Centro de Ciencias Humanas y Sociales. (2017). Estudio Longitudinal Envejecer en España. Recuperado 18 de abril de 2017, a partir de <http://proyectoeles.es/>
- McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: A Review of Current Literature, With Implications for Counseling and Research. *Journal of Counseling & Development*, 68(4), 417-422. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x>
- Mira, J. J. y Aranaz, A. J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moore, D., & Schultz, N. R. (1987). Loneliness among the Elderly: The Role of Perceived Responsibility and Control. *Journal of Social Behavior and Personality; Corte Madera, CA*, 2(2), 215-224.
- Morris, M. E., Adair, B., Ozanne, E., Kurowski, W., Miller, K. J., Pearce, A. J., ... Said, C. M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australasian Journal on Ageing*, 33(3), 142-152. <https://doi.org/10.1111/ajag.12154>



- MSSSI. (2015). *Marco de Actuación para las Personas Mayores. Propuestas y recomendaciones para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mappm\\_m\\_doc\\_20151009.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mappm_m_doc_20151009.pdf)
- Nastasi, B. K., Hitchcock, J. H., & Brown, L. M. (2010). An inclusive framework for conceptualizing mixed methods design typologies. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd ed., pp. 305-338). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Neimeyer, R. A. (2006). *Lessons of loss : a guide to coping*. Memphis, Tennessee: Center for the Study of Loss and Transition.
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., & Bailis, D. S. (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, *31*(3), 335-351. <https://doi.org/10.1177/0265407513494951>
- Newall, N. E. (2010). *Predictors and consequences of loneliness in older adults and the power of positive emotions* (Tesis Doctoral) University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada. Recuperado de <http://dissertation.com/abstracts/1871789>
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal Beliefs, Social Participation, and Loneliness among Older Adults: A Longitudinal Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, *26*(2-3), 273-290. <https://doi.org/http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1177/0265407509106718>
- Observatorio de Personas Mayores. (2010). «Cerca de Ti»: *interviniendo con las personas mayores para paliar su soledad* (Boletín sobre envejecimiento: perfiles y tendencias No. 45) (p. 25).

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletino\\_pm45.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletino_pm45.pdf)
- Observatorio del Voluntariado. (2016). Hechos y cifras del voluntariado en España 2015. Plataforma del Voluntariado de España (PVE). Recuperado de [http://www.plataformavoluntariado.org/ARCHIVO/documentos/recursos/1463586086\\_hechos\\_y\\_cifras\\_del\\_voluntariado.pdf](http://www.plataformavoluntariado.org/ARCHIVO/documentos/recursos/1463586086_hechos_y_cifras_del_voluntariado.pdf)
- O’Cathain, A. (2010). Assessing the quality of mixed methods research. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd ed., pp. 531-555). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The Validity Issues in Mixed Research. *Research in the Schools*, 13(1), 48-63.
- Op het Veld, L. P. M., van Rossum, E., Kempen, G. I. J. M., de Vet, H. C. W., Hajema, K., & Beurskens, A. J. H. M. (2015). Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatrics*, 15, 77. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0078-0>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Envejecimiento activo: un marco político\*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, Abril). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado 4 de marzo de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

- Ortman, J. M., Velkoff, V. A., & Hogan, H. (2014). *An Aging Nation: The Older Population in the United States* (No. P25-1140). United States of America: U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration. U.S. CENSUS BUREAU. Recuperado de <https://www.census.gov/library/publications/2014/demo/p25-1140.html>
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19(1), 53-60. <https://doi.org/10.1017/S0959259809990074>
- Pavón, M., y Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 74-80. <https://doi.org/doi:10.5872/psiencia/5.2.23>
- Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P., & Comijs, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.033>
- Peplau, L. A., Miceli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and Self-Evaluation. En D. Perlman & L. A. Peplau (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 135-151). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Peplau, L., A., & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. En M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction: an international conference* (First, pp. 101-110). Oxford: Pergamon Press Ltd. Recuperado de [https://books.google.co.uk/books?hl=es&lr=&id=rfRFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA101&dq=perlman+y+peplau+1979&ots=8tkNo3RtZA&sig=Hm8t6y6KtQWGHd2bbvX\\_Qpt96pA&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.uk/books?hl=es&lr=&id=rfRFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA101&dq=perlman+y+peplau+1979&ots=8tkNo3RtZA&sig=Hm8t6y6KtQWGHd2bbvX_Qpt96pA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on Loneliness. En D. Perlman & L. A. Peplau (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. En S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships: Personal Relationships in Disorder* (Vol. 3, pp. 31-56). London: Academic Press. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/52d9/6cedd5fc0a7658e6e0a8a17d0dcab428850b.pdf>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 571-581). San Diego, CA: Academic Press.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pikhartova, J., Bowling, A., & Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, 20(5), 543-549. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>
- Pinazo, S. y Kaplan. (2007). Los beneficios de los programas intergeneracionales. En M. Sánchez (Ed.), *Programas Intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 70-101). Barcelona: Fundación «La Caixa». Recuperado de [http://www.aepumayores.org/sites/default/files/Programas\\_Intergeneracionales\\_Coleccion\\_Estudios\\_Sociales\\_vol23\\_es.pdf](http://www.aepumayores.org/sites/default/files/Programas_Intergeneracionales_Coleccion_Estudios_Sociales_vol23_es.pdf)

- Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S. y Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo, *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de buenas prácticas* (pp. 3-10). Madrid: Médica Panamericana.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
- Pinson, M. W. (2010). *Effect of loneliness on older adults' death anxiety* (Tesis Doctoral). University of North Texas, Texas. Recuperado de <http://gradworks.umi.com/34/36/3436569.html>
- Plataforma de ONG de Acción Social. (2010). Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales - Plataforma ONG. Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social. Recuperado 14 de enero de 2017, a partir de <http://www.plataformaong.org/planestrategico/fichaBibliotecaPE.php?id=195>
- RAE. (2017). Definición de Soledad. Recuperado 23 de marzo de 2017, a partir de <http://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>
- Ramos, A. M., Yordi, M. y Miranda, M. Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Ramos, J. L. (2011). Problemas, hipótesis y variables. En S. Cubo, B. Martín y J. L. Ramos (Eds.), *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud* (p. 91-109). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodín, J., & Langer, E. (1980). Aging Labels: The Decline of Control and the Fall of Self-Esteem. *Journal of Social Issues*, 36(2), 12-29. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02019.x>
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

- Rokach, A. (1988). The Experience of Loneliness: A Tri-Level Model. *The Journal of Psychology*, 122(6), 531-544. <https://doi.org/10.1080/00223980.1988.9915528>
- Rokach, A., Orzeck, T., Moya, M. C., & Expósito, F. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist*, 7(1), 70-79. <https://doi.org/10.1027//1016-9040.7.1.70>
- Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, 39(12), 1389-1407. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.12.1389>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Rozek, E. K. (2013). *The Effect of Loneliness on Executive Functioning in Young and Older Adults* (Tesis Doctoral). University of Kansas, Kansas. Recuperado de <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/12995>
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Rubio, R. (2011). La influencia de la soledad en las formas de vida y convivencia de los mayores. En *Envejecimiento Activo Libro Blanco* (pp. 527-533). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/lbea\\_c14.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/lbea_c14.pdf)
- Rubio, R., Pinel, M. y Rubio, L. (2011). Tres interrogantes sobre la soledad en los adultos mayores de granada, España. *Revista de Psicología*, 13(2), 30-37.

- Rubio, R., Rubio, L. y Pinel, M. (2010). *Un instrumento de medición de la soledad social: Escala ESTE II*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (3ª). Madrid: Desclee de brouwer.
- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis*, 32(4), 194-203. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000079>
- Rurup, M. L., Pasma, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis*, 32(4), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Sadler, G. R., Lee, H.-C., Lim, R. S.-H., & Fullerton, J. (2010). Research Article: Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 369-374. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00541.x>
- Saibara-Cook, K. (2009). *The role of relational competence as a predictor of loneliness in older adults* (Tesis Doctoral). University of Utah, Salt Lake (Utah).
- Sánchez, M. M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/21179>
- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis: Herramientas para la Práctica Profesional. *Papeles del Psicólogo* 31(1) 7-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441002>

- Sargent-Cox, K. (2017). Ageism: we are our own worst enemy. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001939>
- Sarkisian, C. A., Prohaska, T. R., Davis, C., & Weiner, B. (2007). Pilot test of an attribution retraining intervention to raise walking levels in sedentary older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1842-1846. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01427.x>
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- Schmitt, J. P., & Kurdek, L. A. (1985). Age and Gender Differences In and Personality Correlates of Loneliness in Different Relationships. *Journal of Personality Assessment*, 49(5), 485-496. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4905\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4905_5)
- Schultz, N. R., & Moore, D. (1984). Loneliness: Correlates, Attributions, and Coping among Older Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), 67-77. <https://doi.org/10.1177/0146167284101007>
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(4), 377-385. <https://doi.org/10.1037/a0022826>
- Sitges, E., Lorente, R. y Saorín, M. J. (2017). Promoción y formación del voluntariado con personas mayores en la universidad española. Manuscrito pendiente de publicación. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, España.



- Smith, J. M. (2011). *An exploration of loneliness in community-dwelling older adults* (Tesis Doctoral). Saint Louis University, Saint Louis (Misuri). Recuperado de <http://gradworks.umi.com/34/34/3434895.html>
- Stajkovic, A. D., & Sommer, S. M. (2000). Self-Efficacy and Causal Attributions: Direct and Reciprocal Links. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 707-737. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02820.x>
- Stephoe, A. (1989). The significance of personal control in health and disease. En A. Steptoe & A. Appels (Eds.), *Stress, personal control & health* (pp. 309-318). Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Stolz, E., Fux, B., Mayerl, H., Rásky, É, & Freidl, W. (2016). Passive Suicide Ideation among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries (SHARE). *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 947-958. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw041>
- Tashakkori, A. M., & Teddlie, C. B. (2010). *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd Ed.). United States of America - Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 387-396. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836-842. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181b40efc>

- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, 2011, 534781. <https://doi.org/10.4061/2011/534781>
- Tovar-Pineda, M. Á. (2001). *Psicología Social Comunitaria: Una Alternativa Teórico-Methodológica*. México: Plaza y Valdes.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, 20(7), 329-334. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.7.329>
- United Nations. (2014). Concise Report on the World Population Situation in 2014. United Nations. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/en.pdf>
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. Data Booklet. ST/ESA/SER.A/377. United Nations. Recuperado de [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015\\_DataBooklet.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_DataBooklet.pdf)
- Universidad Miguel Hernández. (2009). *Acuerdo de aprobación del compromiso de responsabilidad social corporativa de la Universidad Miguel Hernández de Elche*. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche. Recuperado de <http://rectorado.umh.es/files/2011/09/Compromiso-Responsabilidad-Social-UMH.pdf>
- van-der Hofstadt, C. J., Moncho, E., López, J. L., Abellán, C., Pérez, E., Tirado, S. y Rodríguez-Marín, J. (2012). Medida de la satisfacción del paciente e identificación de oportunidades

- de mejora en la preparación de pacientes de cirugía bariátrica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(5), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.01.003>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN - Medicina de familia*, 42, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(6), 357-375. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>
- Wallston, K. A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe & A. Appels (Eds.), *Stress, personal control and health*. (pp. 85-105). West Sussex-UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199. <https://doi.org/10.1007/BF01173488>
- Weinberg, L. E. (2001). *The effects of attributional retraining, age, and perceived control on health-related cognitions: A longitudinal field study of older adults attending geriatric day hospitals* (Tesis Doctoral). University of Manitoba, Canada. Recuperado de [http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape4/PQDD\\_0025/NQ51675.pdf](http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape4/PQDD_0025/NQ51675.pdf)
- Weiner, B. (1992). *Human motivation : metaphors, theories, and research*. (2nd Ed.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Ageing & Society*, 16(3), 333-358. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>

- Whisman, M. A. (2010). Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(5), 550-554.  
<https://doi.org/10.1037/a0020760>
- Zapata, J. M. (2001). Voluntariado y personas dependientes. *Documentación social*, (122), 305-318.
- Zhang, W. (2011). *Mixed methods embedded design in medical education, mental health and health services research: A methodological analysis* (Tesis Doctoral). The University of Nebraska, Lincoln, (Nebraska) Recuperado de <http://search.proquest.com/publicaciones.umh.es:8080/docview/918696026/citation/B0B5068CF4164F3DPQ/1>



## Apéndices

<b>Apéndice A.</b> Aprobación del curso específico de voluntariado por parte del Consejo de Gobierno de la Universidad Miguel Hernández de Elche. ....	369
<b>Apéndice B.</b> Convenio entre SABIEX y la Cruz Roja Española. ....	372
<b>Apéndice C.</b> Convenio entre SABIEX y el Ayuntamiento de Elche. ....	377
<b>Apéndice D.</b> Actividad sesión 2 y 3: Folleto Entrenamiento Atribucional.....	385
<b>Apéndice E.</b> Actividad sesión 4: Listado de actividades que le gusta realizar. ....	386
<b>Apéndice F.</b> Información sobre recursos: Universidad de Mayores y SABIEX. ....	387
<b>Apéndice G.</b> Información sobre recursos: Ocio y tiempo libre en Elche. ....	388
<b>Apéndice H.</b> Información sobre recursos: Cruz Roja Española. ....	392
<b>Apéndice I.</b> Información sobre recursos: Listín números telefónicos.....	395
<b>Apéndice J.</b> Actividad sesión final: Carta de despedida. ....	396
<b>Apéndice K.</b> Autoevaluación de las sesiones de acompañamiento (ej. Sesión 9). ....	397
<b>Apéndice L.</b> Carnet del voluntario del Programa Acompaña-Té.....	398
<b>Apéndice M.</b> Protocolo de selección telefónico. ....	399
<b>Apéndice N.</b> Entrevista semiestructurada PRE.....	401
<b>Apéndice O.</b> Entrevista semiestructurada POST. ....	408
<b>Apéndice P.</b> Escala de Soledad (UCLA) validada por Velarde-Mayol et al. (2016)...	414
<b>Apéndice Q.</b> Escala de Competencia Personal (ECP) validada por Fernández-Castro et al. (1998).....	415
<b>Apéndice R.</b> Escala de Autoeficacia para Envejecer (AEE) de Fernández-Ballesteros (2008).....	416
<b>Apéndice S.</b> Aprobación del estudio por la Oficina Evaluadora de Proyectos de la UMH.....	417
<b>Apéndice T.</b> Hoja de información del participante.....	418
<b>Apéndice U.</b> Hoja de consentimiento informado. ....	420
<b>Apéndice V.</b> Hoja de revocación del consentimiento informado. ....	421



**Apéndice A.** Aprobación del curso específico de voluntariado por parte del Consejo de Gobierno de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

COGO16/03.44



SECRETARÍA GENERAL

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ  
SECRETARÍA GENERAL

FECHA: 22.03.16

SALIDA: 124

A: Sra. Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria.

De: Sra. Secretaria General.

**NOTIFICACIÓN DE ACUERDO**

Acuerdo de aprobación de la realización de la actividad de extensión universitaria "Curso de voluntariado específico para el acompañamiento de ancianos que viven solos", dentro del Programa SABIEX.

Visto el informe de la Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria;

Y vista la propuesta que formula la Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria de la Universidad, el Consejo de Gobierno, reunido en sesión de 21 de marzo de 2016, ACUERDA:

Aprobar la realización de la actividad de extensión universitaria "Curso de voluntariado específico para el acompañamiento de ancianos que viven solos", organizado por el Vicerrectorado de Cultura y Extensión Universitaria dentro del Programa SABIEX de la Universidad Miguel Hernández, en los términos que se reflejan a continuación:

*Andrés*



SECRETARIA GENERAL

*Miguel Hernández*  
 UNIVERSITAS Miguel Hernández  
 SECRETARÍA GENERAL

TÍTULO		CURSO DE VOLUNTARIADO ESPECÍFICO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE ANCIANOS QUE VIVEN SOLOS Campus de Elche			
OBJETIVOS		CONTENIDOS			
<p>Dotar a los participantes del programa de conocimientos, habilidades y herramientas para acompañar a personas ancianas que vivan solas y se encuentren en riesgo de sentir soledad.</p>		<p>1. ENVEJECIMIENTO</p> <p>1.1 Envejecimiento Poblacional</p> <p>1.2 Vivir solo en la vejez: Aumento del número personas mayores de 65 años que viven solas.</p> <p>1.3 Desarrollo biopsicosocial en el envejecimiento.</p> <p>1.4 Factores psicosociales que facilitan la aparición de soledad en el anciano.</p> <p>2. LA SOLEDAD EN LA VEJEZ</p> <p>2.1 Definición de la soledad.</p> <p>2.2 Efectos individuales y sociales de la soledad de los ancianos.</p> <p>2.3 Intervenciones desarrolladas para aliviar la soledad de los ancianos.</p> <p>3. ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO</p> <p>3.1 ¿Por qué realizar Acompañamiento?</p> <p>3.2 Ventajas y desventajas del acompañamiento.</p> <p>3.3 Factores que intervienen en el acompañamiento.</p> <p>3.4 Buenas y malas prácticas en el acompañamiento de ancianos.</p> <p>4. VOLUNTARIADO</p> <p>4.1 Marco normativo del Voluntariado.</p> <p>4.2 La Universidad en la promoción del voluntariado.</p> <p>5. ENTIDADES Y ADMINISTRACIONES QUE GESTIONAN EL VOLUNTARIADO DE MAYORES EN LA PROVINCIA</p> <p>5.1 Cruz Roja. Voluntariado de Mayores.</p> <p>5.2 Ayuntamiento Elche. Política de Mayores.</p> <p>6. PRÁCTICA DEL ACOMPAÑAMIENTO</p> <p>6.1 Asignación de los participantes al curso a un domicilio para realizar el acompañamiento.</p> <p>6.2 Entrega de Documentación y Guía de actividades y seguimiento para el acompañamiento.</p>			
		DIRIGIDO A:		Toda la comunidad universitaria.	
CRITERIOS DE SELECCIÓN		Orden de inscripción y adecuación al perfil de la actividad			
NÚMERO DE PARTICIPANTES		MÍNIMO	20	MÁXIMO	40

Edificio Rectorado y Consejo Social  
 Campus de Elche. Avda. de la Universidad s/n - 03202 Elche  
 c. electrónico: [secretaria.general@umh.es](mailto:secretaria.general@umh.es)





SECRETARIA GENERAL

<b>DURACIÓN</b>	50 HORAS (25 teóricas y 25 prácticas)	<b>FECHAS</b>	Inicio: 15/04/2016 Fin: 1/07/2016	<b>HORARIO</b>	viernes de 16.00 a 20.00h. sábados de 10.00 a 14.00h.
<b>LUGAR REALIZACIÓN</b>	Aula 0.3ª, 1ª planta. Edificio Altamira				
<b>INSCRIPCIÓN</b>	Mandar un mail a <a href="mailto:sabiex@umh.es">sabiex@umh.es</a> o a través del enlace <a href="https://docs.google.com/forms/d/19Q6e_FkRXYMRZ0hRL_EAHwqf52OGAMjHOlxwZs-p47g/viewform">https://docs.google.com/forms/d/19Q6e_FkRXYMRZ0hRL_EAHwqf52OGAMjHOlxwZs-p47g/viewform</a>				
<b>EVALUACIÓN</b>	No procede				
<b>MATRÍCULA COMPLETA</b>	No procede				
<b>PROFESORADO</b>	Raquel Lorente ( <a href="mailto:rlorente@umh.es">rlorente@umh.es</a> )				
<b>COORDINADOR/A</b>	Esther Sitges ( <a href="mailto:esther.sitges@umh.es">esther.sitges@umh.es</a> )				
<b>OBSERVACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La realización de la actividad exige que se cubra el número mínimo de inscripciones</li><li>• En caso de cancelación del curso se comunicará al interesado/a previamente por teléfono desde Sabiex.</li><li>• La cancelación del curso se puede producir hasta 24h. antes de su comienzo.</li><li>• La actividad, conlleva 9 salidas a los domicilios de los beneficiarios por lo que notificará de estas salidas al seguro que cubre por ser alumnos oficiales de la UMH.</li><li>• Se ofertan 50 plazas en total</li><li>• Se seguirá un riguroso orden de inscripción</li></ul>				

Lo que comunico para su conocimiento y efectos oportunos.

En Elche, a 22 de marzo de 2016

  
Prof.ª M.ª Mercedes Sánchez Casanova  
SECRETARIA GENERAL

Edificio Rectorado y Consejo Social  
Campus de Elche. Avda. de la Universidad s/n - 03202 Elche  
c. electrónico: [secretaria.general@umh.es](mailto:secretaria.general@umh.es)

## Apéndice B. Convenio entre SABIEX y la Cruz Roja Española.



UNIVERSIDAD MIGUEL  
HERNÁNDEZ  
REGISTRO DE CONVENIOS

N.º 40.14  
Elche, 21/03/2014



### ACUERDO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE Y LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN MATERIA DE VOLUNTARIADO Y FORMACIÓN PARA LOS MAYORES DE 55 AÑOS

En Elche, a 18 de marzo de 2014

#### REUNIDOS

De una parte, la Universidad Miguel Hernández de Elche (en adelante UMH), CIF nº Q-5350015C, con domicilio social en Avda. de la Universidad, s/n C.P. 03202 Elche (Alicante), en representación de la misma, D. Jesús Tadeo Pastor Ciurana, en calidad de Rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en virtud del Decreto 46/2011, de 6 de mayo (DOCV nº 6516, de 9 de mayo de 2011), por el que se le nombra Rector y del Decreto 208/2004, de 8 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana (DOGV nº 4861, de 13 de octubre), por el que se aprueban los Estatutos de la UMH de Elche, modificados por el Decreto 105/2012, de 29 de junio, del Consell (DOCV nº 6808, de 2 de julio).

Y de otra, Cruz Roja española, en adelante CRE, con CIF Q-2866001C y con domicilio social en Alicante Glorieta de la Solidaridad, nº 1, y en su nombre y representación, D. Francisco Javier Gimeno, en calidad de Presidente del Comité Provincial de Cruz Roja Española en Alicante, actuando de acuerdo con las contribuciones conferidas.

#### EXPONEN

1º Que ambas entidades tienen objetivos e intereses comunes en los campos académico, científico, cultural y social.

2º Que la Universidad es una institución llamada, por razón de esencia, finalidad y objetivos, a establecer los canales de comunicación que permitan el intercambio de conocimiento científico, cultural y tecnológico en favor del desarrollo comunitario.



3º Que la Cruz Roja como organización humanitaria y de formación, tiene como objetivo principal, el trabajar con los colectivos más vulnerables de la sociedad, para la mejora de su calidad de vida y su desarrollo humano.

4º Que por todo lo anterior, las dos instituciones consideran conveniente acrecentar su vinculación, en materia de voluntariado y formación, estableciendo los mecanismos e instrumentos, que a continuación se acuerdan.

Al efecto, deciden suscribir el presente convenio singularizado de voluntariado y formación de acuerdo a con las siguientes cláusulas.

#### CLÁUSULAS.

##### PRIMERA. FINALIDAD DEL ACUERDO ESPECÍFICO.

La UMH y la CRE, se comprometen a fomentar el desarrollo de proyectos y experiencias en el campo del voluntariado y la formación, en el colectivo de mayores de 55 años de la UMH, mediante la ejecución de programas mutuos en las áreas correspondientes al ámbito de actuación mencionado, respecto a colectivos vulnerables en el área social, empleando el intercambio de personal especializado en los campos de la docencia, la investigación, el bienestar social, y la cultura en general.

##### SEGUNDA. DATOS SOBRE LA ACCIÓN.

Con el objeto de desarrollar lo establecido en la cláusula anterior, ambas partes se comprometen a establecer, en la medida de los medios de que puedan disponer, y conforme a las normas de cada Entidad, en su caso, a:

- La realización de acciones formativas y voluntarias conjuntas en las áreas en las que ambas Entidades se tienen reconocidas por el presente convenio, y dirigidas al colectivo de mayores de 55 años de la UMH.

- Desarrollar campañas de sensibilización sobre el voluntariado entre los miembros del colectivo anteriormente citado.



#### TERCERA. COMISIÓN MIXTA DE SEGUIMIENTO.

Al objeto de la aplicación del siguiente acuerdo, se creará una comisión mixta de seguimiento conformada por:

Presidencia, compartida a cargo de la Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria, y a cargo del Sr. Presidente del Comité Provincial de Cruz Roja Española en Alicante, o en quien delegue.

Dos profesores de la UMH, especializados en programas formativos de mayores de 55 años: Dña. Esther Fuentes Marhuenda y Dña. Beatriz Bonete López.

Dos técnicos de la CRE especializados en materia de voluntariado y formación.

#### CUARTA. FUNCIONES DE LA COMISIÓN MIXTA.

La Comisión Mixta en Voluntariado y Formación para mayores de 55 años, tendrá las siguientes funciones y competencias propias de esta materia:

- Elaborar los proyectos propios de voluntariado y formación que se establezcan de mutuo acuerdo.
- Encargar la ejecución de dichos proyectos a las personas seleccionadas o designadas para tal fin a aquellas que se consideren oportunas.
- Promover las campañas de sensibilización y divulgación en materia de voluntariado y formación.
- Cualesquiera otras que pudieran surgir del desarrollo o evolución de las actividades propias de esta materia.

#### QUINTA. VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONVENIO.

El presente Acuerdo Específico, entrará en vigor en el momento de su firma y su vigencia será de dos años prorrogable, automáticamente por períodos iguales, salvo denuncia de las partes.



#### SEXTA. MODIFICACIÓN Y RESCISIÓN.

El presente convenio constituye la manifestación expresa de la voluntad de las partes en relación con su objeto y contenido. Cualquier modificación del mismo deberá ser efectuada por escrito y firmada por ambas partes.

#### SÉPTIMA. CAUSAS DE RESOLUCIÓN.

Serán causa de resolución del presente convenio:

- a. El mutuo acuerdo de las partes intervinientes. En este caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros, entendiéndose que deberán continuar, hasta su conclusión, las acciones ya iniciadas.
- b. El incumplimiento por cualquiera de las partes de alguna de las obligaciones asumidas en virtud del presente convenio. En este caso, la parte incumplidora habrá de reparar los daños y perjuicios que por tal motivo hubiere causado a la otra parte.
- c. Cualesquiera otras que, en su caso le fueran de aplicación conforme a la legislación vigente.

#### OCTAVA. JURISDICCIÓN.

Las partes se comprometen a intentar resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pudiera surgir en el desarrollo del presente convenio.

En caso de conflicto por divergencias en la interpretación o ejecución del presente convenio, ambas partes acuerdan someterse a la normativa procesal específicamente aplicable.

El presente Convenio tendrá naturaleza administrativa debiéndose acudir al Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse en su aplicación.



Y, en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman por triplicado el presente documento en el lugar y fecha arriba indicada.

POR LA UNIVERSIDAD MIGUEL  
HERNÁNDEZ DE ELCHÉ

Fdo.: D<sup>a</sup>. Esther Sitges Macià

Vicerrectora de Cultura y Extensión  
Universitaria

(Delegación RR 730/11, de 19 de mayo  
DOCV núm. 6530, de 27 de mayo de  
2011)

POR EL PRESIDENTE PROVINCIAL DE LA  
CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN ALICANTE

Fdo.: D. Francisco Javier Gimeno

Presidente del Comité Provincial de la Cruz  
Roja Española en Alicante

Apéndice C. Convenio entre SABIEX y el Ayuntamiento de Elche.



Ajuntament d'ELX

ACUERDO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE Y EL AYUNTAMIENTO DE ELCHE PARA LA CONTRIBUCIÓN A LOS SERVICIOS DE LA CONCEJALÍA DE BIENESTAR SOCIAL CON EL PROGRAMA ACOMPAÑA-TÉ

En Elche, a 19 de mayo de 2016

REUNIDOS

De una parte, el Excmo. Ayuntamiento de Elche con domicilio social en Elche, Plaça de Baix, nº 1. CIF P-0306500-J, y en su nombre y representación, a la Sra. Dña. M<sup>a</sup> Teresa Maciá Milla, Teniente de Alcalde de Bienestar Social, y el Sr. D. Carlos Sánchez Heras, Concejal de Política de Mayores, autorizados para este acto de conformidad con el acuerdo adoptado por la Junta de Gobierno Local de la Corporación, en sesión celebrada el 13 de mayo de 2016 y asistidos por el Secretario General, D. Antonio Izquierdo Garay

De otra parte, la Universidad Miguel Hernández de Elche (en adelante UMH) CIF nº Q-5350015C, con domicilio social en Avda. de la Universidad, s/n C.P. 03202 Elche (Alicante), en representación de la misma, Dña. Tatiana Sentamans Gómez, en calidad de Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cargo que ostenta en virtud de la Resolución Rectoral de nombramiento 644/2015 del 29 de abril de 2015, actuando por delegación del representante legal de la Universidad, el Rector, en virtud de la Resolución Rectoral 646/2015, de 29 de abril de 2015 (DOCV núm. 7522, de 11/05/15) en relación con la Resolución Rectoral 730/2011 de 19 de mayo (DOCV núm. 6530, de 27 de mayo de 2011).

Interviniendo ambos en nombre de la Institución que representan y reconociéndose ambos capacidad legal para suscribir el presente Convenio

EXPONEN

1º Que la UMH es una Entidad de Derecho Público que tiene, entre sus objetivos, fomentar programas de investigación, formación y difusión como apoyo científico y técnico al desarrollo cultural y social, objetivos que se enmarcan dentro de las



## Ajuntament d'ELX

funciones investigadoras, docentes, científicas, y de servicio público previstas en el Artículo 1º de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, modificada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril.

2º Que la UMH tiene entre sus fines la organización de cursos, seminarios y actividades de interés cultural y científico, contando, cuando ello sea conveniente, con la colaboración de otras entidades públicas o privadas.

3º Que el Ayuntamiento de Elche, en cumplimiento de los fines de interés general y social que tiene encomendados, estima necesario desarrollar programas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de los colectivos sociales a los que se dirige esta acción.

4º Que el Ayuntamiento de Elche ha emprendido y mantiene en la actualidad diversas acciones conjuntas con la UMH.

5º Que la UMH se ocupa de la coordinación del programa Acompaña-té, acción dirigida a eliminar los sentimientos de soledad y promover la participación social y la salud de las personas ancianas que viven solas.

6º Que el Ayuntamiento de Elche muestra su interés por colaborar en el Programa Acompaña-té.

Por ello, ambas partes acuerdan suscribir el presente convenio de Colaboración, que se registrá por las siguientes:

### CLÁUSULAS

#### PRIMERA. FINALIDAD DEL CONVENIO.

El presente convenio tiene por objeto establecer la colaboración entre el Ayuntamiento de Elche y la UMH para la contribución en los proyectos y/o programas que se realizan por parte del Ayuntamiento, a través de la Concejalía de Bienestar Social, destinados a personas mayores que vivan solas con el Programa de Formación de Voluntariado Específico para el Acompañamiento de Personas Ancianas que viven solas "ACOMPAÑA - TÉ".



## SEGUNDA. DATOS SOBRE LA ACCIÓN.

El Programa de formación de Voluntariado Específico para el Acompañamiento de Personas Ancianas que viven solas organizado por SABIEX (Programa Integral de Mayores de 55 años de la UMH) surge como iniciativa investigadora y formativa de la Universidad y diseñado con el objetivo de eliminar

los sentimientos de soledad y promover la participación social y la salud de las personas ancianas que viven solas en la ciudad de Elche.

Para lograr dicho objetivo se desarrolla un Curso de Voluntariado Específico para el acompañamiento de personas ancianas que viven solas. Con este curso se pretende complementar los proyectos y/o programas destinados a mayores que ofrece el Ayuntamiento de Elche formando a los voluntarios de conocimientos, habilidades y herramientas para acompañar a personas ancianas que vivan solas y sientan soledad.

Los objetivos específicos del curso son:

- Analizar los factores que intervienen en el envejecimiento y en la soledad de los ancianos.
- Enumerar los efectos que tiene en el individuo y en la sociedad esta problemática social.
- Explicar las principales intervenciones que se llevan a cabo para aliviar la soledad de los ancianos.
- Discriminar buenas y malas prácticas en el acompañamiento de ancianos.
- Definir el concepto de voluntariado según las normativas estatales y autonómicas que regulan este tipo de participación social.
- Realizar el acompañamiento de una persona anciana en su domicilio siguiendo los modelos de buenas prácticas y la guía de actuación facilitados durante el curso.
- Dar a conocer las diferentes actuaciones y recursos sociales que desde la Concejalía de Bienestar Social se ofrece a las personas mayores para la mejora de su calidad de vida

Con este programa se complementa los proyectos y/o programas que se realizan por parte del Ayuntamiento, destinados a personas mayores que viven solas, que no participan regularmente en actividades sociales y que no disfrutan de otro servicio de ayuda complementaria, a través de la formación de voluntariado específico para el acompañamiento de dichas personas. Así, al voluntario y al mayor, se les dota de un punto de unión en el que podrán experimentar cómo pequeños gestos pueden ayudar a que los ancianos reduzcan sus sentimientos de soledad y aprendan a resolver esa situación, motivados por la confianza, los recursos y el

refuerzo que el acompañamiento les facilita. A su vez con este Programa el colectivo de personas mayores conocerá los Recursos Sociales que el Ayuntamiento pone a su disposición y en beneficio de la Comunidad.

El curso tiene una duración total de 50h., de las cuales un total de 25 horas serán de teoría y 25 horas de prácticas de voluntariado en acompañamiento domiciliario.

La distribución es la siguiente:

<p>Teoría (25 h)</p>	<p>Desarrollo teórico en seis sesiones de 4h en el Campus de Elche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sesión 1 (de 16-20h.): Envejecimiento.</li> <li>. Sesión 2 (de 10-14h.): Soledad en la vejez.</li> <li>. Sesión 3 (de 16-20h.): Acompañamiento domiciliario.</li> <li>. Sesión 4 (de 10-14h.): Dinámicas para el acompañamiento eficaz.</li> <li>. Sesión 5 (de 16-20h.): Voluntariado socio-sanitario con personas mayores.</li> <li>. Sesión 6 (de 10-14h.): Guía para el acompañamiento.</li> </ul>
<p>Práctica (25 h)</p>	<p>Acompañamiento domiciliario durante nueve sesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. 9 tardes de 2,5 h. de duración (incluyendo dos sesiones donde se salga a conocer los Recursos sociales municipales disponibles en el entorno).</li> <li>. Una sesión evaluación final del curso con todo el grupo de voluntarios.</li> </ul>

### TERCERA. COMPROMISOS DE COLABORACIÓN QUE ASUME LA UMH.

La UMH impartirá un curso gratuito de 50 horas por curso académico y será la responsable de la gestión del mismo (selección del profesorado, contenidos docentes, gestión económica y seguro de accidentes y de responsabilidad civil de los alumnos asistentes al curso). Al finalizar el curso se entregará un diploma acreditativo a los alumnos que hayan superado con éxito el mismo. Las sesiones teóricas se impartirán en las instalaciones de la Universidad.

La UMH ofertará el programa a un máximo de 30 personas. Desde SABIEX se seleccionará la mitad de las mismas (15 plazas) de entre los solicitantes provenientes de la comunidad universitaria. La otra mitad, se cubrirá por las propuestas desde el área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Elche (15 plazas). Las plazas vacantes que pudieran quedar se cubrirán por las lista de espera de admisión al curso de cada una de las entidades participantes.

LA UMH se compromete a, con los voluntarios que hayan finalizado con éxito el curso, crear una "bolsa de voluntariado específico en acompañamiento a personas mayores que viven solas" del programa SABIEX de la UMH. Dicho listado se ofrecerá



Ajuntament d'ELX

al Ayuntamiento para incluirlos como voluntarios de la Concejalía de Bienestar Social y de Política de Mayores.

La UMH ofrecerá apoyo para la selección de los voluntarios que quieran realizar el curso de formación y que se propongan del Ayuntamiento y de las personas mayores que vivan solas y quieran participar beneficiándose de este Programa contactando con ellas telefónicamente y estableciendo las citas de los voluntarios para realizar la intervención en los domicilios. Estas últimas serán seleccionadas de las personas mayores que viven solas, que han solicitado los servicios

de dicha concejalía por dicha condición sin que tengan otros servicios de ayuda complementaria.

La UMH se compromete a que la información facilitada para el desarrollo de este programa (datos sociodemográficos, psicosociales y de salud de los sujetos de los participantes), será tratada cumpliendo con la LOPD 15/1999, de 13 de diciembre.

#### CUARTA. COMPROMISOS QUE ASUME EL AYUNTAMIENTO.

El Ayuntamiento de Elche se compromete a:

- 1.- Difundir el curso entre las personas que quieran participar como voluntarios para el acompañamiento de personas mayores, las personas mayores que vivan solas y que soliciten y/o ya disfruten del servicio de ofrecidos desde la Concejalía de Bienestar Social y a la sociedad ilicitana en general
- 2.- Proponer y seleccionar los participantes que asistirán al curso de voluntariado para cubrir la mitad de las plazas que se ofertan en el mismo.
- 3.- Facilitar la labor de los participantes del curso, a través de SABIEX, posibilitando que éstos realicen las sesiones prácticas de acompañamiento en los domicilios de las personas mayores que viven solas y que manifiesten su consentimiento a recibir en sus domicilios a dichos participantes.
- 4.- Informar, en la penúltima sesión teórica del curso, de la oferta de actividades y recursos que el Ayuntamiento de Elche.
- 5.- El listado de voluntarios que remitirá la Universidad serán tratados por parte del Ayuntamiento cumpliendo con la LOPD 15/1999, de 13 de diciembre.

#### QUINTA. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO.

Para el adecuado seguimiento de las actividades a realizar sujetas a este Convenio, se establece una Comisión de seguimiento encargada de la supervisión de



Ajuntament d'ELX

la actividad objeto del presente Convenio compuesta por miembros de ambas instituciones.

Por parte de la UMH formará parte de la Comisión:

D<sup>a</sup> Esther Sitges Maciá, profesora titular de la UMH y directora del Programa SABIEX- UMH

D<sup>a</sup> Raquel Lorente Martínez, profesora asociada de la UMH y responsable del programa ACOMPAÑA-TÉ

Por parte del Ayuntamiento formará parte de la Comisión:

La persona responsable que se determine por la Concejalía de Bienestar Social.

La persona responsable que se determine por la Concejalía de Política de Mayores.

#### SEXTA. VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONVENIO.

La vigencia y duración del presente Convenio será de un curso académico y se extenderá desde la firma de éste hasta la finalización del curso 2016/2017. Se realizará un estudio piloto previo con 50 personas para validar la efectividad del programa durante los meses de mayo, junio y julio de 2016.

#### SÉPTIMA. MODIFICACIÓN Y RESCISIÓN.

Las partes podrán modificar o denunciar el presente documento en cualquier momento por mutuo acuerdo.

#### OCTAVA. CAUSAS DE RESOLUCIÓN.

Serán causa de resolución del presente acuerdo:

- a) El mutuo acuerdo de las partes intervinientes. En este caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros, entendiéndose que deberán continuar, hasta su conclusión, las acciones ya iniciadas.
- b) El incumplimiento por cualquiera de las partes de alguna de las obligaciones asumidas en virtud del presente convenio. En este caso, la parte incumplidora habrá de reparar los daños y perjuicios que por tal motivo hubiere causado a la otra parte.



Ajuntament d'ELX

- c) Cualesquiera otras que, en su caso le fueran de aplicación conforme a la legislación vigente.

#### NOVENA. JURISDICCIÓN.

Las partes se comprometen a intentar resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pudiera surgir en el desarrollo del presente convenio.

En caso de conflicto por divergencias en la interpretación o ejecución del presente convenio, ambas partes acuerdan someterse a la normativa procesal específicamente aplicable.

El presente Convenio tendrá naturaleza administrativa debiéndose acudir al texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, con carácter supletorio, para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse en su aplicación.

#### DÉCIMA. PUBLICIDAD.

En todas las actividades en relación al presente Convenio que conlleve divulgación, difusión o publicación, se hará constar expresamente que se realizan en virtud de la colaboración convenida entre el Ayuntamiento de Elche y la UMH.

#### UNDÉCIMA. TRANSPARENCIA

De conformidad con lo establecido en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, así como en la Ley de la Generalitat 2/2015, de 2 de abril, de Transparencia, Buen Gobierno y Participación Ciudadana de la Comunitat Valenciana, y para un adecuado cumplimiento de las exigencias de publicidad activa, en lo que a publicación de los convenios se refiere, este convenio será objeto de publicación en el portal de transparencia de la Universidad Miguel Hernández: <http://transparencia.umh.es/>



**Ajuntament d'ELX**

Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman por triplicado el presente documento en el lugar y fecha arriba indicada

**POR LA UNIVERSIDAD  
MIGUEL HERNÁNDEZ DE  
ELCHE**

**Fdo.: D<sup>a</sup> Tatiana Sentamans**  
Vicerrectora de Cultura y  
Extensión Universitaria  
(RR 646/2015, de 29 de abril de  
2015  
(DOCV núm. 7522, de 11/05/15) en  
relación con la RR 730/2011 de 19 de  
mayo, DOCV núm. 6530, de 27 de  
mayo de 2011)

**POR EL EXCELENTÍSIMO  
AYUNTAMIENTO DE ELCHE**

**Fdo.: D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Maciá  
Milla**  
Teniente de Alcalde de  
Bienestar Social

**Fdo.: D. Carlos Sánchez  
Heras**  
Concejal de Política de  
Mayores

**Fdo.: D. Antonio Izquierdo  
Garay**  
Secretario General del  
Ayuntamiento de Elche

Apéndice D. Actividad sesión 2 y 3: Folleto Entrenamiento Atribucional.

Sugerencias para cambiar los pensamientos que no nos ayudan y empezar a pensar de una manera más positiva para afrontar las situaciones de soledad	
⊗ No me ayuda tener pensamientos inadecuados y contraproducentes como...	En lugar de ello, es mejor intentar practicar pensamientos más deseables y que te ayuden a adaptarte como... ☺
“A mi edad, ya no sirvo para nada, soy un/a inútil” ⊗ →	Con el envejecimiento y las enfermedades algunas capacidades se limitan, pero seguro que puedes hacer muchas cosas para sentirte bien ☺ <b>¿Qué cosas puedes seguir haciendo para sentirte bien?</b>
“Me siento solo porque soy viejo, nadie quiere a los viejos porque somos un estorbo y todos estamos solos” ⊗ →	La edad no provoca el sentimiento de soledad, son otras causas las que facilitan que te sientas así, algunas son incontrolables (muerte de seres queridos, enfermedades...) pero otras se pueden controlar (evitar el aislamiento saliendo de casa para hacer actividades sociales, relacionarte más y mejor con amigos y familiares...). <b>El esfuerzo, la determinación y la persistencia son importantes para relacionarnos y no sentirnos solos, ¿te esfuerzas por estar en contacto con los tuyos? ☺</b>
“Soy muy viejo para participar en las actividades sociales del centro social o del barrio, esas cosas son para los jóvenes”.	A veces limitamos nuestras oportunidades poniéndonos barreras mentales de lo que debemos o no hacer a nuestra edad. Pero esas barreras las elegimos nosotros. Las personas eligen lo que quieren hacer a cualquier edad. Hay personas de 80 años que se casan, otras de 90 que terminan tesis doctorales y otras que se tiran de un paracaídas a esta edad. <b>¿Qué actividades te gustaría hacer? ¿Has intentado hacerlas? ☺</b>
“Yo no soy de salir, en casa estoy más seguro y si la gente me quiere vendrá a verme” ⊗ →	Recuerda que la gente puede quererte y no ir a visitarte porque tienen otras cosas que hacer o tareas que atender. El número de visitas no implica que alguien te quiera más o menos. Si quieres ver a alguien puedes llamarle o visitarle tú. Si tienes miedo de salir solo/a de casa puedes pedir ayuda a los tuyos o a los recursos que tienes en tu entorno. <b>¿Llamas y visitas a tus amigos y familiares? ☺ Si has sentido miedo a salir solo/a ¿Has intentado enfrentarte a él? O ¿Has pedido ayuda? ☺</b>
<p>☺ ☺ ☺ ☺ Muchas de las cosas que podemos hacer para reducir los sentimientos de soledad están bajo nuestro control ☺ ☺ ☺ ☺</p> <p>Por ejemplo, el esfuerzo por relacionarnos satisfactoriamente y por salir a la calle y participar en actividades sociales, puede ser cambiado y modificado. Si te interesas y esfuerzas por evitar el aislamiento y la falta de participación social disminuirás los sentimientos de soledad y mejorarás tu ánimo.</p>	

Apéndice E. Actividad sesión 4: Listado de actividades que le gusta realizar.

<b>¿QUÉ ACTIVIDADES SOCIALES ME GUSTABA HACER O ME GUSTARÍA HACER?</b>




## ACTIVIDADES SABIEX

para mayores de 55 años en la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH)

### 1.- PROGRAMA DOCENTE "AULAS UNIVERSITARIAS DE LA EXPERIENCIA" (AUNEX)

Programa de dos cursos de duración, para mayores de 55 años (sin límite de edad). Con asignaturas de diferentes áreas: Psicología, Derecho, Historia del Arte, Música, alimentación, Ciencias Políticas, etc.

**Clases:** dos tardes a la semana. De 4,30 a 19,30h.

**Precio por curso académico:** 110€ (100€ matrícula y 10 seguro). Hay opción de recibir Beca.

**Fecha de matriculación e inicio:** Octubre

2.- **ÚLTIMO MARTES DE CADA MES: Taller de lectura.** Encuentro: de 18 a 20h, en la Sala de Grados, del Edif. Torreblanca de la UMH, en la Avd. de la Universidad s/n 03202 Elche.

3.- **ÚLTIMO JUEVES DE CADA MES Desayunos- Coloquio del Café Marfil.**

Encuentro: a las 9,30h en la cafetería Marfil de Elche, plaza de las Flores, 9.

Por supuesto, pueden acudir a las conferencias, exposiciones...que son para todo el público.

Y por último: Para los ex alumnos de las AUNEx, existe la posibilidad de participar del Aula de Teatro, y de la Asociación de Poesía Caminos, así como de otras actividades de la Universidad, como el coro. Pero previamente deben haber participado de los dos cursos del programa de las AUNEx.

Para más información puede llamar por las mañanas al:

Teléfono **96 522 2547** o mandar un e-mail a [sabiex@umh.es](mailto:sabiex@umh.es)

**Recursos de ocio y tiempo libre que existen para personas mayores se ofrecen desde la Concejalía de Bienestar Social y la Concejalía de Política de Mayores que sita en calle Ánimes, 1, 03202 en Elche.**

**ACTIVIDADES:**

- **Talleres.** Son actividades gratuitas para hacer todo el año que se ofertan en **septiembre**, mes en el que la gente solicita su plaza al curso y luego se sortea. Si te cogen en un taller, puedes hacer la actividad elegida uno o dos días a la semana en el centro social pertinente desde octubre hasta mayo. Hay dos talleres ofertados exclusivamente para personas mayores:
  - o Taller de gimnasia para mayores.
  - o Taller de yoga.
- **Baile.** Los **sábados y domingos** para todos los públicos en algunos centros.

**CENTROS SOCIALES Y CÍVICOS URBANOS:**

**1. Centro Social Altabix.**

- Dirección: Calle Bernabé del Campo Latorre, 26, 03202.
- Teléfono: 96 665 8175.
- Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 21.00h. Sábados de 9.00h. a 13.00h.
- ¿Cuándo hace baile?: **SÁBADOS** a las 18h. (horario de verano).

**2. Centro Cívico San Antón.**

- Dirección: Calle Joan Fuster, s/n, Hort del Cabolo 03203.
- Teléfono: 96 665 9214
- Horario: Lunes a viernes de 8h. a 21h.

**3. Centro Social Palmerales.**

- Dirección: Calle Eucaliptus, 39, 03203.
- Teléfono: 96 665 9229
- Horario: Lunes a viernes de 8h. a 15h.

**4. Centro Cívico Candalix-Bailongo.**

- Dirección: Calle N<sup>a</sup> Señora de la Cabeza, 6, 03202.
- Teléfono: 96 661 1334
- ¿Cuándo hace baile?: **SÁBADOS y DOMINGOS** a las 18h.

**5. Centro Social Raval.**

- Dirección: Calle Boix i Rosario, 2, bajo. 03202.
- Teléfono: 96 665 8233.

- Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 21.00h.
- 6. Centro Social Pla de Sant Josep-Canal (Sector V).**
- Dirección: Avenida del Labradores, 1, 03204.
  - Teléfono: 96 663 0727.
  - Horario: Lunes a Jueves. Mañanas de 9.00h. a 13.00h. y tardes de 15.30h. a 20.00h. Viernes, mañanas de 9.00h- a 13.00h.
- 7. Centro Cívico Salvador Allende.**
- Dirección: Calle Espronceda, 98, 03204.
  - Teléfono: 96 663 4245
  - Horario: Lunes a viernes, mañanas de 9.30h. a 13h. y tardes de 15.30h- a 19.30h.
- 8. Centro Cívico Sector 5º.**
- ¿Cuándo hace baile?: DOMINGOS.
- 9. Centro Social Poeta Miguel Hernández.**
- Dirección: Calle Torres Quevedo, 14, 03201.
  - Teléfono: 96 665 8240
  - Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 21.00h.
  - ¿Cuándo hace baile?: SÁBADOS.
- 10. Centro Social Polivalente de Carrús (Carrús Oeste).**
- Dirección: Calle Antonio Brotons Pastor, 72, 03205.
  - Teléfono: 96 665 81 15/16
  - Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 22.00h. Sábados solo tarde de 16h. a 20h. y domingos, mañanas de 10 a 13h. y tardes de 16h. a 20h.
- 11. Centro Cívico Francesc Cantó (Barrio de Carrús).**
- Dirección: Calle Pedro Moreno Sastre, 36, 03205.
  - Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 22.00h. Sábados y Domingos, mañanas de 9h. a 13h. y tardes de 14h. a 20h.
  - ¿Cuándo hace baile?: DOMINGOS 18h.
- 12. Centro Social Plaza de Barcelona – Enric Valor.**
- Dirección: Calle Mario Pastor Sempere, 43, 03206.
  - Teléfono: 96 665 9213
  - Horario: Lunes a viernes de 8.00h. a 22.00h. Sábados y Domingos, mañanas de 9h. a 13h. y tardes de 15h. a 19h.
- 13. Centro Cívico Victoria Kent (Barrio Carrús).**
- Dirección: Calle José Javaloyes Orts, 80, bajo. 03205/6.
  - Teléfono: 96 665 8214
  - Horario: Lunes a sábado, mañanas de 9.30h. a 13h. y tardes de 16h. a 20h.
  - ¿Cuándo hace baile?: SÁBADOS 18h.

## **CENTROS SOCIALES Y CÍVICOS EN PARTIDAS RURALES:**

14. Centro Social Perleta.
  - ¿Cuándo hace baile?: SÁBADOS.
15. Centro Social Valverde.
16. Centro Social Torrellano.
17. Centro Social de El Altet.
18. Centro Cívico Balsares.
19. Centro Cívico Arenales del Sol.
20. Centro Social La Foia.
21. Centro Social La Baia.
  - ¿Cuándo hace baile?: SÁBADOS.
22. Centro Social La Marina.

## **TARJETA DORADA:**

Es una tarjeta que pueden solicitar las personas mayores de 65 años en las Oficinas Municipales de Atención a la Ciudadanía (OMAC) del Ayuntamiento, en los Centros Sociales y en la Web del Ayuntamiento y solo tiene el coste de la tarjeta 4,70 €uros.

### **VENTAJAS:**

- Acceso gratuito al bus urbano,
- Acceso gratuito a las instalaciones deportivas (piscinas, salas de gimnasia),
- Acceso gratuito a museos municipales y filmoteca, y
- Acceso gratuito los miércoles a los cines odeón.

## **ASOCIACIONES DE PERSONAS MAYORES:**

- Asociación de 3ª Edad Poeta Rafael Alberti.
  - o Dirección: Sita en calle Mario Pastor Sempere 24 bajo.
  - o Teléfono: 966210621.
- ACOTE-Asociación de Cultura y Ocio de la 3ª Edad.
  - o Dirección: Sita en Plaza de la Constitución 3-1.
  - o Teléfono: 965422707.
- AFRARTEE-Asociación en defensa de los ancianos residentes.
  - o Dirección: Sita en José Sánchez Sáez 26 (Residencia 3º Edad).
  - o Teléfono: 965455370.
  - o Correo electrónico: albentosa\_val@gva.es
- Asociación de 3ª Edad San Crispín.
  - o Dirección: Sita en la calle José Javaloyes Orts, 80 (Centro Social).
  - o Teléfono: 965439122.

- C.C.O.O. Sindicatos de Jubilados y Pensionistas.
  - o Dirección: Sita en Calle Illueca, 2-3º.
  - o Teléfono: 965463300.
  - o Correo electrónico: uc1504@pv.ccoo.es
- Centro Cultural de la 3ª Edad 1º de Mayo.
  - o Dirección: Sita en Calle Mariano Pérez Vives.
  - o Teléfono: 6965463300.
  - o Correo electrónico: uc1504@pv.ccoo.es
- Club de Pensionistas y Jubilados de "El Altet".
  - o Dirección: Sita en Calle Valencia, 20, (Centro Social).
  - o Teléfono: 965688211.
- Club de Pensionistas y Jubilados de Torrellano.
  - o Dirección: Sita en Calle La Paz.
  - o Teléfono: 64965680849.
- Comisión 3ª Edad de la Marina.
  - o Dirección: Sita en Avenida de la Alegría (Centro Social).
  - o Teléfono: 965419497.
- Hermanitas de Ancianos Desamparados (Asilo).
  - o Dirección: Sita en Calle Fernanda Santamaría 5.
  - o Teléfono: 966636316.
- Hogar del Pensionista del Altet.
  - o Dirección: Sita en Calle Valencia 6 Bajo.
  - o Teléfono: 965687739.
- Jubilados y Pensionistas Illicitanos.
  - o Dirección: Sita en la Travesía Les Barques, 5 7º.
  - o Teléfono: 689515251.
- Mayores de Valverde "PASSET A PASSET".
  - o Dirección: Sita en Calle Paco Viudes, 26 (Centro Social).
  - o Teléfono: 665503536.
- Ocio y Cultura de Adultos Victoria Kent.
  - o Dirección: Sita en Calle José Javaloyes Orts, 82 (Centro Social).
  - o Teléfono: 965439122.
- Tercera Edad Polivalente de Carrús.
  - o Dirección: Sita en Calle Antonio Brotons Pastor, Nº 72 (Centro Social).
  - o Teléfono: 966658115.
- UGT Sindicato de Jubilados y Pensionistas.
  - o Dirección: Sita en Plaza Constitución 3-1.
  - o Teléfono: 965422707.
- Vida Cristiana. Asociación de Jubilados de Elche.
  - o Dirección: Sita en Avenida del País Valenciano, 21-3.
  - o Teléfono: 965443546.

Apéndice H. Información sobre recursos: Cruz Roja Española.

**Actividades para las personas mayores disponibles en la CRUZ ROJA.**

Pedir información en el Servicio de Proximidad: **96 591 8600**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<b>Sesiones informativas</b>	<p>Sesiones puntuales dirigidas a personas usuarias del proyecto con el objetivo de sensibilizar o concienciar sobre uno o varios aspectos que inciden en los problemas recogidos en su perfil.</p> <p>Ejemplo: Una charla sobre la importancia de vacunarse de la Gripe.</p>
<b>Llamadas telefónicas</b>	<p>En este caso el objetivo y contenidos son los mismos que en las sesiones informativas, cambiando la metodología, que será a través de una llamada telefónica.</p>
<b>Visitas espacios informativos</b>	<p>En este caso el objetivo y contenidos son los mismos que en las sesiones informativas o las llamadas telefónicas, cambiando la metodología. En este caso será organizando una exposición en la que se dé la información o preparando y realizando la visita a una exposición o similar organizada por otros.</p> <p>Ejemplos: Visita a una vivienda adaptada para motivar la adaptación de los domicilios o la visita a la sede de una asociación de mayores para concienciar sobre los beneficios del asociacionismo.</p>
<b>Taller Competencias Personales</b>	<p>Con los que se pretenden mejorar, entre otros aspectos, la capacidad relacional de las personas mayores, la capacidad organizativa para la planificación de sus propias actividades de ocio, la capacidad para el afrontamiento de las nuevas circunstancias derivadas del proceso de envejecimiento, etc.</p>

<b>Taller Competencias. Técnicas</b>	Relacionados principalmente en cómo utilizar las nuevas tecnologías de la información para relacionarse virtualmente y para la búsqueda de recursos de participación, entre otros
<b>Intercambio de experiencias</b>	Actividades programadas, al menos una vez a la semana, centradas en mejorar la situación de la PM a través de su participación directa. Ej: Grupos de paseo saludables, grupos de Yoga, Club de Lectura...etc.
<b>Asesoramiento Individualizado</b>	El objetivo es adaptar la información a las necesidades/características de la persona mayor para ayudarla a tomar una decisión o para mejorar su proceso de envejecimiento, a través de pautas y/o consejos o refuerzos. La metodología será variada: presencial, web, telefónica... teniendo en cuenta que la atención siempre es individualizada.
<b>Acompañamiento para la realización de Trámites y gestiones</b>	Acompañamiento (normalmente puntual) con el objetivo de apoyar en la realización de trámites y gestiones necesarios para alcanzar los objetivos del proyecto. Ej: Bancos, administración pública...
<b>Acompañamiento para la realización de algunas actividades básicas y/o instrumentales</b>	Apoyo en actividades básicas e instrumentales para que la PM pueda hacer otras por sí misma que sin las primeras no podría hacer. Ej: Hacer compra para que pueda cocinar.
<b>Acompañamiento a Recursos Sanitarios y Recursos Sociales</b>	Acompañamiento a recursos sanitarios con el objetivo de apoyar en la cita (por ej. moverse por el Centro de Salud) y en el trayecto entre el domicilio y el centro.

<b>Acompañamiento para reducir el sentimiento de soledad</b>	Acompañamiento periódico para paliar la soledad (visitas en casa, en la residencia, el hospital...para charlar, salir a pasear...etc.)
<b>Movilizaciones</b>	Movilización para poder realizar una gestión necesaria. (Ej. a un Centro Sanitario, de un domicilio a otro, a espacios de ocio...)
<b>Respiro Familiar</b>	Sustitución temporal del cuidador en el cuidado de la persona dependiente para su descanso
<b>Entrega Producto Apoyo/ Producto Tecnológico</b>	Entrega de aquellos productos de apoyo (sillas de ruedas, andadores, muletas...) y productos tecnológicos (podómetros, tablets, terminales de Teleasistencia...) necesarios para que la PM pueda mejorar el problema identificado.
<b>Realización de trámites y gestiones</b>	Realización, por parte de personal de CRE, de los trámites necesarios (por ej. solicitar una prestación de la administración)
<b>Seguimiento Individualizado</b>	Contacto periódico con la PM con el objetivo de verificar y completar la información con la que se cuenta, así como de realizar un seguimiento conjunto de la evolución de su situación para prevenir situaciones de riesgo, atajar las existentes, detectar nuevas necesidades y motivar para la mejora.
<b>Actividades de promoción de la participación</b>	Actividades programadas, al menos una vez a la semana, centradas en mejorar la situación de la PM a través de su participación directa. Ej: Grupos de paseo saludables, grupos de Yoga, Club de Lectura...etc.



Apéndice I. Información sobre recursos: Listín números telefónicos.

<b>RECURSO</b>	<b>TELÉFONO</b>
Concejalía de Política de Mayores del Ayuntamiento de Elche.	96 665 8263
Servicio de Proximidad de la CRUZ ROJA	96 591 8600
Sabiex (Programa de Mayores) de la Universidad Miguel Hernández (UMH)	96 522 2547
Teléfono del Mayor	900 100 011
Teléfono de la Dependencia	900 100 880
Teléfono de la Defensora del Discapacitado	96 342 8502
Servicio “Menjar a Casa y Mayor a Casa”	900 123 103
Información al ciudadano "PROP" (Generalitat Valenciana)	012
Teléfono Dorado (Mensajeros de la PAZ, ofrecen compañía telefónica y es <a href="#">gratuito</a> )	900 222 223
Teléfono de la Esperanza ( <a href="#">gratuito</a> )	902 500 002 965 131 122 (Alicante)
<b>RAQUEL LORENTE</b> ( <a href="#">Coordinadora de Voluntariado de Sabiex y responsable del Programa Acompaña-TÉ</a> )	<b>965 222 547</b> <b>687 213 649</b>

Apéndice J. Actividad sesión final: Carta de despedida.

En las siguientes líneas escribe una breve carta dirigida a la persona voluntaria que te ha acompañado estos días:

Estimado/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

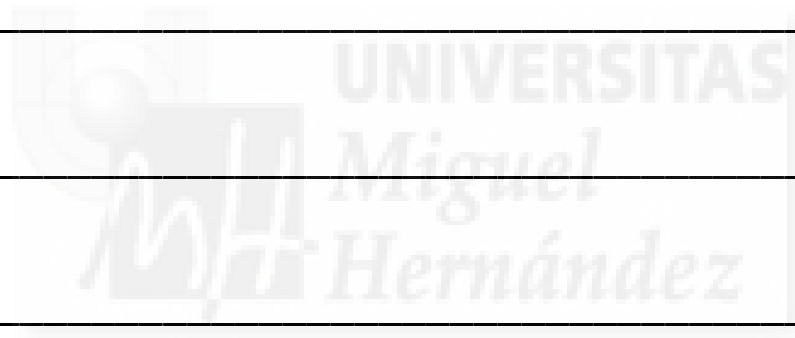
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Apéndice K.** Autoevaluación de las sesiones de acompañamiento (ej. Sesión 9).

SESIÓN 9	1	SESIÓN 9	1
<b>VALORACIÓN DEL VOLUNTARIO</b>	1	<b>VALORACIÓN PERSONAL DE LA SESIÓN</b>	1
Señala en qué medida estás satisfecho/a con el acompañamiento que has realizado en tu novena sesión.	1	Señale en qué medida está satisfecho/a con el acompañamiento recibido en la novena sesión.	1
<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	1	<input type="checkbox"/> Estoy muy satisfecho	1
<input type="checkbox"/> Satisfecho	1	<input type="checkbox"/> Estoy satisfecho	1
<input type="checkbox"/> Insatisfecho	1	<input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho	1
<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho	1	<input type="checkbox"/> Estoy muy insatisfecho	1
Indica ¿Qué te ha gustado más de la sesión?	1	En una frase escriba ¿Qué le ha gustado más de la sesión?	1
Indica ¿Hay algo que no te haya gustado de la sesión?	1		1
Indica ¿La persona ha realizado la actividad propuesta en la sesión anterior (escribir carta de despedida)?	1	¿Hay algo que no le haya gustado hoy? Indique en una frase qué ha sido.	1
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	1		1
Si no lo ha hecho explica ¿Por qué?	1		1

Apéndice L. Carnet del voluntario del Programa Acompaña-Té.

**M<sup>a</sup> Azucena PXXX MXXXXX**

**DNI: 20053XXXL**



**VOLUNTARIO de Acompaña-TÉ**

**Periodo de validez: 1/5/2016 a 7/7/2016**

**sabiex**  
UNIVERSITAS Miguel Hernández



Ayuntamiento de **Elche**

## Apéndice M. Protocolo de selección telefónico.

Nombre:

FECHA:   /   / 20  .

Código:

Teléfono:

### PROTOCOLO TELEFÓNICO SELECCIÓN PARTICIPANTES:

Hola Buenos días/Buenas tardes DÑA/ DON \_\_\_\_\_ mi nombre es Raquel Lorente y le llamo desde el Ayuntamiento de Elche. El motivo de esta llamada es informarle de que el Ayuntamiento está colaborando con la Universidad Miguel Hernández para **realizar un programa de acompañamiento a personas mayores que viven solas** y estamos informando sobre el programa a las personas que viven solas del servicio de Teleasistencia de Elche, por eso le he llamado a usted.

Yo soy profesora de la universidad y estoy coordinando el programa de acompañamiento con la colaboración del ayuntamiento.

**¿Quiere que le informe sobre el programa de acompañamiento?**

**SÍ**  **NO**

*(Si NO quiere, bueno sr/sra. \_\_\_\_\_ Gracias por atender mi llamada. Un saludo)*

**El programa se llama ACOMPAÑA-TÉ** y tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida y promover el bienestar de las personas mayores que viven solas.

- Consiste en recibir en su casa la visita de una persona voluntaria de la universidad para realizar actividades de acompañamiento.
- La persona voluntaria previamente ha sido seleccionada y formada en la universidad.
- Esta persona voluntaria va a acompañarle 9 veces a su casa durante un mes aproximadamente, le visitará una o dos veces por semana. Cada visita tendrá una duración de dos horas y media y en ese tiempo la persona que le acompañe y usted harán actividades (merendar/almorzar juntos, ver vídeos, conversar, pasear, participar en actividades sociales) dentro y fuera de su casa. Las actividades planificadas no supondrán, en ningún caso, un riesgo para su salud.

**¿Tiene alguna duda sobre lo que le acabo de explicar o le gustaría preguntar algo sobre el acompañamiento?**

**SÍ**  **NO**

Si usted quisiera participar en el programa, como forma parte de una investigación para probar la eficacia del programa, yo (Raquel Lorente) o Bárbara Antón, mi becaria de investigación, iremos a su casa a realizarle una entrevista y firmar una hoja para dar el consentimiento informado de su participación.

**¿Estaría dispuesto a participar?**

**SÍ**  **No**

(Si NO), Muy bien, D/Dña. \_\_\_\_\_. Le agradezco mucho la atención que me ha prestado. Si cambiase de opinión o quiere que le vuelva a informar puede llamarme al 687213649. Reciba un cordial saludo.

(Si responde SÍ), Muy bien D/Dña. \_\_\_\_\_. Entonces si le parece bien, podemos concretar una cita esta semana para ir a visitarle a su domicilio y realizarle la entrevista personalmente. Para poder ir a hacerle la entrevista necesito que me confirme su número de teléfono y su dirección para poder ir a visitarle.

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Finalmente me gustaría hacerle unas preguntas sobre sus preferencias para recibir las visitas:

- ¿Qué día podría recibir visitas?

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  TODOS

Aclaraciones: \_\_\_\_\_

- ¿Qué prefiere recibir la visita por la mañana, por la tarde o le da igual?

Mañana  Tarde  Me es indiferente (mañana y tarde).

- ¿A partir de qué hora la va bien que le visiten?

- o Mañanas a partir de las:
- o Tardes a partir de las:

Perfecto, qué le parece que vayamos a entrevistarle el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_. Muy bien, pues tome nota de ello. No obstante, previamente le llamaremos por teléfono para avisarle de que vamos hacia su domicilio y concretarle si voy yo (Raquel Lorente) o Bárbara Antón a entrevistarle, para que pueda comprobar nuestra acreditación, llevaremos un carnet para identificarnos.

**¿Tiene alguna duda al respecto?**

Sí  No

Muy bien, pues muchas gracias por su atención y por mostrar su interés en participar en el programa.

Nos vemos el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ (día de la cita para la 1ª entrevista).

Apéndice N. Entrevista semiestructurada PRE.

**Cuadernillo Entrevista PRE**

FECHA:   /   / 20  .

Código de identificación:

**Vamos a comenzar la entrevista preguntándole sobre algunos datos personales (Variables sociodemográficas):**

1. Género:  Hombre  Mujer
2. Edad ¿Cuántos años tiene?   años.
  1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?   /   / 19  .
3. Lugar de nacimiento ¿Dónde nació? \_\_\_\_\_
  1. Si no nació en Elche ¿Cuántos años lleva viviendo en Elche?  .
4. Estado civil ¿Cuál es su estado civil?:  
 Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_
5. Hijos ¿Tiene hijos?  Sí  NO  
¿Cuántos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Viven en Elche también?  Sí  NO \_\_\_\_\_
6. Nivel educativo ¿Fue a la escuela?  Sí  NO  
¿Qué estudios alcanzó durante sus años de escolarización?  
 Sin estudios (No sabe leer ni escribir)  
 Sin estudios (Sabe leer y escribir)  
 Estudios primarios  
 Estudios secundarios  
 Estudios superiores (universitarios)  
 Otro: \_\_\_\_\_  
(Si no sabe precisar la correspondencia de estudios con los actuales, especificar hasta que edad recuerda haber estado escolarizado/a o años que estuvo \_\_\_\_\_)
7. ¿Percibe algún tipo de pensión?  Sí  NO  
¿Qué tipo de pensión percibe?  
 Jubilación  Viudedad  Incapacidad  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál ha sido su ocupación o profesión? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo solo/a? (indicar si son meses o años) \_\_\_\_\_
10. ¿Por qué motivo vive solo/a?  
En relación al hecho de vivir solo/a, si usted se pudiera clasificar en uno de los siguientes grupos, ¿en cuál se incluiría?  
 Vive solo/a por elección, usted lo ha decidido así.  
 Vive solo/a por obligación, usted no lo ha decidido, sino que las circunstancias le han llevado a ello.

**A continuación le voy a hacer algunas preguntas en relación a su estado de salud:**

11. Me podría decir ¿Cuántas enfermedades crónicas tiene? .

Enfermedades: \_\_\_\_\_

12. ¿Toma alguna medicación para los nervios (ansiolíticos)?  Sí  No

1. Especificar tiempo de uso este medicamento:

Crónico

Agudo ¿Cuánto tiempo (en días o meses) lleva tomándolo?

13. ¿Toma alguna medicación para la depresión o el ánimo (antidepresivos)?  Sí  No

1. Especificar tiempo de uso este medicamento:

Crónico

Agudo ¿Cuánto tiempo (en días o meses) lleva tomándolo?

14. En general, usted diría que su salud es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

15. Por favor dígame si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.

a) Cree que se pone enfermo más fácilmente que otras personas:

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

b) Cree que está tan sano como cualquiera:

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

c) Cree que su salud va a empeorar:

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

d) Cree que su salud es excelente:

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

16. Las preguntas que siguen a continuación se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante el último mes (las 4 últimas semanas). En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante el último mes, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...

1. ... estuvo muy nervioso?

Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca



2. ... se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
3. ... se sintió calmado y tranquilo?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
4. ... se sintió desanimado y deprimido?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
5. ... se sintió feliz?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca

17. ¿Cómo diría usted que es su salud actual (Ahora), comparada con la de hace 1 año?

- Mucho mejor  Algo mejor  Más o menos igual  Algo peor  Mucho peor

**Teniendo en cuenta su estado de ánimo actual, es decir el que tiene ahora mismo, según como se ha sentido esta última semana, responda diciendo SÍ o NO a las siguientes cuestiones:**

18. ¿Está satisfecho con su vida?  Sí  No
- 
19. ¿Ha renunciado a muchas actividades?  Sí  No
- 
20. ¿Siente que su vida está vacía?  Sí  No
- 
21. ¿Se encuentra a menudo aburrido?  Sí  No
- 
22. ¿Tiene a menudo buen ánimo?  Sí  No
- 
23. ¿Teme que le pase algo malo?  Sí  No
- 
24. ¿Se siente feliz muchas veces?  Sí  No
- 
25. ¿Se siente a menudo abandonado/a?  Sí  No
- 
26. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?  Sí  No
- 
27. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?  Sí  No
- 
28. ¿Piensa que es maravilloso vivir?  Sí  No
- 
29. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?  Sí  No
- 
30. ¿Se siente lleno de energía?  Sí  No
- 
31. ¿Siente que su situación es desesperada?  Sí  No
- 
32. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?  Sí  No

**Ya hemos terminado las preguntas sobre su estado de salud, ahora me gustaría pedirle que respondiera los siguientes cuestionarios (entregarle el cuestionario y un boli para que lo cumplimente). Son muy sencillos. Tiene que leer detenidamente cada pregunta y responder la opción que considere que se acerca más a su opinión. Si le surge alguna duda puede preguntarme.**

**NOTA PARA EVALUADOR:** En este momento, si fuese necesario porque la persona tiene un historial médico complicado, podemos aprovechar para transcribir los datos relativos a las enfermedades y tratamientos que constan en el ABUCASIS mientras él/ella cumplimenta los cuestionarios.

### LIMITACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL:

Muy bien ahora, siguiendo con la entrevista, voy a realizarle algunas preguntas sobre su participación social. Con eso me refiero a que le voy a preguntar por las actividades sociales que realiza, por ejemplo, salir a tomar café con amigos, ir al parque, ir al centro cívico o al centro social, ir al cine, ir a alguna asociación, etc., es decir, actividades que impliquen salir de casa y estar con otras personas.

33. ¿Realiza alguna actividad social de este tipo actualmente?  Sí  No  
Si responde sí, ¿Qué actividad/es realiza? \_\_\_\_\_

Como usted bien sabe, a veces por diferentes motivos las personas dejan de hacer actividades sociales y se quedan más tiempo en casa. Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre **ALGUNOS MOTIVOS QUE LAS PERSONAS CREEN** que pueden limitarles a la hora de participar en actividades sociales fuera del domicilio.

34. ¿Usted cree que su EDAD le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido su EDAD le limita para salir de casa?*

35. ¿Cree que ser HOMBRE/MUJER (decir según el caso) le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido ser Hombre/Mujer le limita para salir de casa?*

36. ¿Cree que ser VIUDO/A (separado/a; etc.) le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido ser VIUDO (separado/a, etc.) le limita para salir de casa?*

37. ¿Cree que su ESTADO DE SALUD le limita a la hora de participar realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido su ESTADO DE SALUD le limita para salir de casa?*

38. ¿Cree que su NIVEL DE INGRESOS le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido su nivel de INGRESOS le limita para salir de casa?*

39. ¿Cree que la UBICACIÓN de su VIVIENDA le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido la UBICACIÓN de su CASA le limita para salir de casa?*

40. ¿Cree que VIVIR SOLO le limita a la hora de realizar actividades sociales fuera de casa?  Sí  No

*Si responde Sí, ¿En qué sentido VIVIR SOLO le limita para salir casa?*

### AISLAMIENTO Y APOYO SOCIAL:

Ahora me gustaría que se imaginase lo siguiente. Si pudiésemos dividir a las personas en 4 grupos en función del grado de soledad que sienten, por ejemplo:

En el 1º grupo: Las personas que no están solas.

En el 2º grupo: Las que están moderadamente (o un poco) solas.

En el 3º grupo: Las que están bastante solas.

En el 4º grupo: Las que están muy solas.

41. ¿En qué grupo se clasificaría o ubicaría usted? \_\_\_\_\_ ¿Por qué?
42. ¿Qué es para usted la soledad? (Nota aclaratoria: *queremos saber qué significa para él/ella la soledad*)
43. ¿Qué le provoca sentirse solo/a? (Nota aclaratoria: *queremos saber las atribuciones causales sobre las que la persona cree que le causan o provocan sentirse solo/a*)
44. ¿Cómo le afecta sentirse solo/a? (Nota aclaratoria: *queremos saber las consecuencias que le produce sentirse solo/a*)
45. ¿Cree que puede hacer algo para evitar sentirse solo/a? (Nota aclaratoria: *queremos saber las creencias de autoeficacia y expectativas de control sobre la soledad subjetiva y el afrontamiento que realiza de su soledad*)

**Le voy a hacer ahora algunas preguntas sobre sus relaciones sociales.**

46. ¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?
  3. Cinco o más
  2. Tres o cuatro
  1. Una o dos
  0. Ninguna
  - No responde
47. ¿Cuántas veces habló con amigos, familiares u otros por teléfono durante la última semana?
  3. Una vez al día o más
  2. Dos veces
  1. Una vez
  0. Ninguna
  - No responde
48. ¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?
  3. Una vez al día o más
  2. Dos veces
  1. Una vez
  0. Ninguna
  - No responde
49. ¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?
  1. Los ve tan a menudo como desea
  0. Algunas veces se siente triste por lo poco que van a verle.
  - No responde
50. ¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, algún familiar o amigo)?
  1. Sí
  0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarle
  - No responde

**Si responde afirmativamente**, preguntar:

- a) ¿Hay alguien que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o solo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?
- a. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente
  - b. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo
  - c. Alguien que me ayudaría de vez en cuando
- No responde
- b) ¿Quién es esa persona? Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

51. En general ¿Está satisfecho/a con el apoyo que recibe de su entorno?  Sí  No  
¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su satisfacción con el apoyo que recibe?

**Actualmente las nuevas tecnologías de la información (teléfono, ordenador, móvil, etc.) sirven como herramientas para ponernos en contacto con otras personas. Le voy a preguntar por el uso que hace de las tecnologías para relacionarse. Me gustaría que respondiera a las preguntas siguiendo esta escala de respuesta: SIEMPRE, A VECES y NUNCA. Dígame: Con qué frecuencia...**

52. ¿Utiliza el teléfono móvil?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

53. ¿Utiliza usted el ordenador u otro dispositivo similar?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

54. ¿Utiliza Internet?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

55. ¿Está satisfecho/a con el uso que hace de las nuevas tecnologías para relacionarse?

Sí  No

¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su satisfacción con las tecnologías?

**Finalmente conteste a las siguientes preguntas sobre sus relaciones sociales. Usando el mismo sistema de respuesta (SIEMPRE, A VECES o NUNCA) dígame (Índice de Participación social subjetiva): Con qué frecuencia...**

56. Durante la semana y los fines de semana, ¿le llaman otras personas para salir a la calle?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

57. ¿Le resulta fácil hacer amigos?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

58. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

59. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?

SIEMPRE  A VECES  NUNCA

60. ¿Está satisfecho con su grado de participación en actividades sociales?  Sí  No  
¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su participación en actividades sociales?

Muy bien, con esto ya hemos finalizado la primera entrevista.

¿Desea hacerme alguna pregunta o desea comentar algo más?

QUIERO AGRADECER SU TIEMPO PARA RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS FORMULADAS Y TAMBIÉN POR ACEPTAR FORMAR PARTE DEL PROGRAMA ACOMPAÑA-TÉ.

Le voy a dar la TARJETA la coordinadora del programa, Raquel Lorente, que es la persona que se encargará de llamarle para informarle de la persona que vendrá a su domicilio. Le puede llamar por si tiene alguna duda. Además, ella le dará una cita para que volvamos a hacerle otra entrevista más adelante.



Apéndice O. Entrevista semiestructurada POST.

**Cuaderno Entrevista POST.**

Código de identificación:

FECHA:   /   / 20  .

**ESTADO DE SALUD: Vamos a comenzar preguntándole sobre su estado de salud.**

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

2. Por favor dígame si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.

e) Cree que se pone enfermo más fácilmente que otras personas:

Totalmente cierta  
 Bastante cierta  
 No lo sé  
 Bastante falsa  
 Totalmente falsa

f) Cree que está tan sano como cualquiera:

Totalmente cierta  
 Bastante cierta  
 No lo sé  
 Bastante falsa  
 Totalmente falsa

g) Cree que su salud va a empeorar:

Totalmente cierta  
 Bastante cierta  
 No lo sé  
 Bastante falsa  
 Totalmente falsa

h) Cree que su salud es excelente:

Totalmente cierta  
 Bastante cierta  
 No lo sé  
 Bastante falsa  
 Totalmente falsa

3. Las preguntas que siguen a continuación se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante el último mes (las 4 últimas semanas). En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante el último mes, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...

1. ... estuvo muy nervioso?

Siempre     Casi siempre     Algunas veces     Solo alguna vez     Nunca

2. ... se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre     Casi siempre     Algunas veces     Solo alguna vez     Nunca

3. ... se sintió calmado y tranquilo?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
4. ... se sintió desanimado y deprimido?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
5. ... se sintió feliz?  
 Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Solo alguna vez  Nunca
4. ¿Cómo diría usted que es su salud actual (Ahora), comparada con la de hace 1 año?  
 Mucho mejor  Algo mejor  Más o menos igual  Algo peor  Mucho peor

**Teniendo en cuenta su estado de ánimo ACTUAL, es decir el que tiene ahora mismo, según como se ha sentido esta última semana, responda diciendo SÍ o NO a las siguientes cuestiones:**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 5. ¿Está satisfecho con su vida?                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Ha renunciado a muchas actividades?                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Siente que su vida está vacía?                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Se encuentra a menudo aburrido?                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Tiene a menudo buen ánimo?                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Teme que le pase algo malo?                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Se siente feliz muchas veces?                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Se siente a menudo abandonado/a?                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Se siente lleno de energía?                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18. ¿Siente que su situación es desesperada?                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

#### **AISLAMIENTO Y APOYO:**

Si pudiésemos dividir a las personas en 4 grupos, en función del grado de soledad que sienten, siendo:

*El 1º grupo: Los que no están solos.*

*El 2º grupo: Los que están moderadamente (un poco) solos.*

*El 3º grupo: Los que están bastante solos.*

*El 4º grupo: Los que están muy solos.*

20. ¿En qué grupo se clasificaría a usted en estos momentos? \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

**Le voy a hacer ahora algunas preguntas sobre sus relaciones sociales actuales.**

21. ¿Cuántas veces habló con amigos, familiares u otros por teléfono durante la última semana?

- 4. Una vez al día o más
- 3. Dos veces
- 2. Una vez
- 1. Ninguna
- No responde

22. ¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 4. Una vez al día o más
- 3. Dos veces
- 2. Una vez
- 1. Ninguna
- No responde

23. ¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Los ve tan a menudo como desea
- 1. Algunas veces se siente triste por lo poco que van a verle.
- No responde

24. En general ¿Está satisfecho/a con el apoyo que recibe de su entorno?  Sí  No  
¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su satisfacción con el apoyo que recibe?

**Y, siguiendo con tus relaciones sociales, indícame con qué frecuencia, "SIEMPRE", "A VECES" o "NUNCA" (Índice de Participación Social Subjetiva):**

25. Durante la semana y los fines de semana, ¿le llaman otras personas para salir a la calle?

- SIEMPRE  A VECES  NUNCA

26. ¿Le resulta fácil hacer amigos?

- SIEMPRE  A VECES  NUNCA

27. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?

- SIEMPRE  A VECES  NUNCA

28. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?

- SIEMPRE  A VECES  NUNCA

29. ¿Está satisfecho con su grado de participación en actividades sociales?  Sí  No  
¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su participación en actividades sociales?

**Le voy a preguntar por el uso que hace de las tecnologías para relacionarse. Me gustaría que respondiera a las preguntas siguiendo esta escala de respuesta: SIEMPRE, A VECES y NUNCA.**



**Dígame: Con qué frecuencia...**

30. ¿Utiliza el teléfono móvil?

SIEMPRE

A VECES

NUNCA

31. ¿Utiliza usted el ordenador u otro dispositivo similar?

SIEMPRE

A VECES

NUNCA

32. ¿Utiliza Internet?

SIEMPRE

A VECES

NUNCA

33. ¿Está satisfecho/a con el uso que hace de las nuevas tecnologías para relacionarse?

Sí  No ¿Por qué?

Si contesta que no... ¿Qué cree que podría hacer para mejorar su satisfacción con las tecnologías?

**Por último, me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia con el Programa Acompaña-TÉ:**

**Evaluación de la satisfacción general del programa:**

1. En una escala donde "0" significa "Nada satisfecho" y "10" significa "Muy satisfecho" ¿Cuál es su grado de satisfacción general con el acompañamiento que ha recibido?

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

*Nada satisfecho*

*Muy Satisfecho*

¿Recomendaría a sus amigos o conocidos el programa de acompañamiento?

¿Por qué?

**Satisfacción con diferentes aspectos del programa:**

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA:

2. ¿Por qué motivo decidió participar en el programa?

3. ¿Está satisfecha de haber participado en el programa?

¿Por qué?

COORDINACIÓN:

4. ¿Está satisfecha con el trato recibido por la coordinadora Raquel Lorente?  
(Si no, preguntar ¿por qué?)

5. *Como recordará, en la primera visita le avisábamos por teléfono cuando la voluntaria estaba debajo de su casa para que supiese seguro quién era la persona que le tocaba el timbre. Entonces usted comprobaba su nombre completo y comprobaba su carnet antes de dejarle entrar en casa. ¿Está satisfecha con esta forma de organizar la primera visita de la persona voluntaria?*

#### VOLUNTARIO/A:

6. ¿Está satisfecha con el trato recibido por el/la voluntario/a universitario asignado/a?
7. ¿Cree que el/la voluntario/a tenía suficientes conocimientos para realizar el acompañamiento?  
(Si no, preguntar por qué)
8. ¿Cree que el/la voluntario/a tenía buenas habilidades para conversar con usted?
9. ¿Qué es lo que más te ha gustado de la persona voluntaria que le hemos asignado?
10. Y ¿Qué es lo que menos?

#### VISITAS (Sesiones) DEL PROGRAMA

11. ¿La voluntaria ha cumplido las nueve visitas que le informamos que iban a hacerle?
12. ¿Está satisfecho con el número de visitas que ha recibido?  
(Si dice que no averiguar ¿Por qué?)
13. ¿Qué frecuencia de visitas le ha gustado más, que venga la voluntaria dos días a la semana o que venga uno a la semana?

#### ACTIVIDADES DEL PROGRAMA E IMPACTO (Resultados) DE LAS MISMAS

14. ¿Qué piensa sobre las actividades que le ha propuesto hacer la voluntaria durante estas nueve visitas de acompañamiento?
15. ¿Cuál es la actividad que más le ha gustado?
16. ¿Quitaría o cambiaría alguna actividad?
  - a. Los Videos.
  - b. Hacer la lista de actividades que te gustan.
  - c. Salir a conocer un centro social u otros recursos para personas mayores.
  - d. Salir de casa para hacer actividades sociales.
  - e. Hacer la carta despedida.
  - f. Hacer las evaluaciones
17. ¿Qué ha aprendido haciendo estas actividades?
18. ¿Ha conocido nuevos recursos donde se realizan actividades para personas mayores?
19. ¿Cuál de los recursos que le han enseñado cree que va a utilizar en el futuro?
20. ¿El programa le ha animado a salir más de casa?

#### ACCESIBILIDAD O BARRERAS PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA:

21. ¿Ha habido alguna situación que haya dificultado que pueda cumplir con las actividades propuestas en las visitas?  
Si es afirmativa la respuesta, ¿qué ha sido lo que le ha dificultado participar?  
Y ¿Qué cree que podríamos hacer para mejorarlo?
22. Cuando le llamamos para explicarle el programa o cuando le animó "X" persona a que participase en el programa (Según como hayamos dado con la persona, a través del informadores o por el muestreo aleatorio en el ayuntamiento):
  - a. ¿Se imaginaba que fuera así el programa?
    - i. Si no lo esperaba así, ¿Cómo esperaba que iba a ser el programa?
  - b. ¿Ha resultado ser mejor o peor de lo que se esperaba?

- i. ¿Por qué?
23. Al principio ¿Tenía miedo de recibir la visita de una persona extraña en su casa?
- a. ¿Cree que el miedo a los desconocidos puede provocar que otras personas rechacen el acompañamiento en su domicilio?
  - b. ¿Qué podríamos hacer nosotros para solucionarlo?

Con esto ya hemos finalizado la entrevista y programa.

¿Desea añadir o decir algo más?

Cuando tengamos los resultados de la investigación se los haremos llegar.  
Además Raquel Lorente estará en contacto con usted para hacerle el seguimiento.  
Quiero agradecerle su tiempo para responder a todas las preguntas formuladas y también por haber aceptado recibir el Programa Acompaña-té



**Instrucciones para cumplimentar las encuestas:**

**POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

- Es importante que sepa que NO hay respuestas correctas o incorrectas, solo debe responder lo que más se acerque a su modo de pensar, puesto que lo único que deseamos es saber su opinión sobre diferentes aspectos de su vida.
- Su participación es voluntaria, por lo que si no quiere responder alguna pregunta, está en su derecho de omitir las respuestas que considere.
- Si alguna pregunta no está bien expresada o le genera dudas, puede consultar a la persona que le está entrevistando para que le aclare la cuestión.

**Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Le solicitamos que señale con una cruz (“X”) el número del 1 al 4 que corresponda con su estado actual.**

- Indique el **1** si piensa: «*me siento así a menudo o siempre*».
- Indique el **2** si piensa: «*me siento así con frecuencia*».
- Indique el **3** si piensa: «*raramente me siento así*».
- Indique el **4** si piensa: «*nunca me siento de ese modo*».

	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo.	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar.	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo.	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o escriba.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía.	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos.	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás.	1	2	3	4
TOTAL				

Apéndice Q. Escala de Competencia Personal (ECP) validada por Fernández-Castro et al. (1998).

Indique en qué medida está de acuerdo con las ocho afirmaciones sobre usted que se le presentan a continuación. Señale con una cruz (“X”) el número que corresponda con su grado de acuerdo.

- Indique 1 si está “COMPLETAMENTE EN DESACUERDO”
- Indique 2 si está “BASTANTE EN DESACUERDO”
- Indique 3 si está “ALGO EN DESACUERDO”
- Indique 4 si está “ALGO DE ACUERDO”
- Indique 5 si está “BASTANTE DE ACUERDO”
- Indique 6 si está “COMPLETAMENTE DE ACUERDO”

**1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**2. Normalmente las cosas no salen como las he planeado.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**3. Me resulta difícil solucionar mis problemas.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

**8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo.**

Completamente en DESACUERDO			Completamente de ACUERDO		
1	2	3	4	5	6

Apéndice R. Escala de Autoeficacia para Envejecer (AEE) de Fernández-Ballesteros (2008).

**A continuación encontrará una serie de frases. Por favor, en la columna de la derecha, marque con una cruz (“X”) la casilla que mejor exprese lo que usted cree que ocurrirá en el futuro.**

- Indique **1** si cree que ocurrirá “Casi nada”
- Indique **2** si cree que ocurrirá “Algo”
- Indique **3** si cree que ocurrirá “Bastante”
- Indique **4** si cree que ocurrirá “Mucho”

<b>FRASES</b>	Lo creo Casi nada 1	Lo creo Algo 2	Lo creo Bastante 3	Lo creo Mucho 4
1. Cuando surja un problema de salud creo que lo podré resolver.				
2. Si tengo problemas en mis relaciones con la familia y los amigos seré capaz de resolverlos.				
3. Pienso que podré mantener mi rendimiento mental (intelectual) como hasta ahora.				
4. Creo que seré capaz de ser independiente.				
5. Si mi estado de ánimo sufre altibajos cuando envejezca, seré capaz de superarlos.				
6. Creo que voy a hacer cosas para prevenir la mayor parte de los problemas de salud.				
7. Creo que podré resolver los problemas de soledad que puedan surgir.				
8. En el futuro, creo que me podré valer por mí misma/o.				
9. Si en el futuro aparecen algunos problemas de memoria, creo que podré compensarlos.				
10. Creo que durante la vejez, podré mantener un buen estado físico.				
<b>TOTAL:</b>				

Apéndice S. Aprobación del estudio por la Oficina Evaluadora de Proyectos de la  
UMH.



Dña. Esther Sitges Maciá  
Dpto. Psicología de la Salud

Elche, 12 de abril de 2016

Por la presente, el Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos, constata que se ha depositado, en el Vicerrectorado de Investigación e Innovación, la solicitud de evaluación del Proyecto:

Proyecto	Referencia	Tipo Proyecto	Registro
Diseño, implementación y efectividad del programa Acompañate para reducir la soledad subjetiva, mejorar el control personal, el apoyo social percibido y la participación social de ancianos que viven solo en la población de Elche	DPS.ESM.01.16	Sin financiación	2016.121E.OEP

Ha sido admitido a trámite, para su estudio por el Órgano Evaluador de Proyectos, aprobado por el Consejo de Gobierno reunido en sesión de 30 de Octubre de 2013, y se someterá a las resoluciones que dicha Comisión dictamine.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos  
Vicerrectorado de Investigación e Innovación  
Universidad Miguel Hernández de Elche

  
Órgano Evaluador de Proyectos  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

## Apéndice T. Hoja de información del participante.



Estimado/a vecino/a de Elche.

Desde el Ayuntamiento de Elche, en colaboración con el Programa Integral de Mayores de 55 años, SABIEX, de la Universidad Miguel Hernández de Elche, estamos ofreciendo un servicio complementario para acompañar a las personas del Elche que viven solas y reciben servicios mínimos del ayuntamiento (Teleasistencia o Menjar a casa, etc.). Este servicio forma parte de un programa de acompañamiento ofrecido por voluntarios universitarios que ha sido diseñado por la coordinadora de voluntariado de SABIEX para ofrecer el servicio a los vecinos de Elche que lo deseen.

En estos momentos, para comprobar la efectividad del programa, se está llevando a cabo la primera edición del mismo, que va a formar parte de una investigación controlada por profesores e investigadores de la Universidad. Esta investigación ha sido aprobada por la Oficina de Evaluación de Proyectos de la Universidad, por lo que cumple todas las consideraciones éticas requeridas. Los datos recabados en el desarrollo del programa serán resumidos y discutidos en informes escritos, pero dichos resultados no podrán dar a conocer datos personales de los participantes en el estudio, cumpliendo lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos 15/1999.

Entre las llamadas que realizamos desde el ayuntamiento para solicitar la participación voluntaria en el programa Acompaña-Té, usted mostró su acuerdo inicial para participar. Por ello, le facilitamos esta hoja informativa explicando en qué consiste el programa de acompañamiento que va a recibir.

### **¿Qué es el programa ACOMPAÑA-TÉ que le ofrece el Ayuntamiento y la Universidad Miguel Hernández de Elche?**

Es un programa de acompañamiento domiciliario ofrecido por voluntarios universitarios. Para aplicar el programa, primero los voluntarios hacen un curso de 25 horas de teoría en la Universidad. Después tienen que hacer 25 horas de acompañamiento domiciliario en las casas de las personas interesadas en recibir acompañamiento.

La persona voluntaria que vaya a su casa, irá debidamente documentada con un carnet que le identifique como voluntaria del Programa Acompaña-TÉ avalada por SABIEX de la UMH y el Ayuntamiento de Elche.



La duración del acompañamiento será de un mes y recibirá un total de nueve visitas, a razón de una o dos visitas por semana, con una duración de dos horas y media cada visita. Durante el acompañamiento, las actividades que hará con el voluntario serán algunas como: merendar o almorzar juntos, conversar, salir del domicilio para visitar los recursos sociales del entorno (Centro cívico, hogar del pensionista, etc.), participar en actividades sociales en su entorno más próximo, ver videos informativos, etc.

Su participación en el programa implica:

- 1- Ser entrevistado/a en su domicilio, dos a tres veces según se le indique, por la coordinadora del programa, Raquel Lorente Martínez, o por su becaria de investigación, Bárbara Antón Haddu. En la entrevista se le preguntará sobre sus datos sociodemográficos, datos sobre su salud, calidad de vida y relaciones sociales. La duración de las entrevistas será de una hora y media cada una. Además, en la primera entrevista, se le leerá esta información y firmará el consentimiento informado para participar en el programa. Es importante aclarar que, ese documento, no le compromete a nada, puesto que su participación es voluntaria y podrá renunciar a participar en cualquier momento, si así lo desea.
- 2- Recibir la visita en su domicilio de una persona voluntaria de la Universidad. Recibirá 9 sesiones de acompañamiento durante un mes y, en esas visitas, la persona asignada irá a su domicilio para hacer actividades dentro y fuera de su casa. Las actividades planificadas no supondrán, en ningún caso, un riesgo para su salud.
- 3- Ser llamado/a telefónicamente por la coordinadora del programa, Raquel Lorente Martínez, para supervisar las actividades que van realizando los voluntarios y realizar un seguimiento telefónico para comprobar que todo está funcionando adecuadamente.
- 4- Ser grabado/a, mediante grabadora de voz (móvil), durante las entrevistas y en las sesiones 2 y 3 en un momento puntual de dichas sesiones. Y, también, ser fotografiado/a en la última sesión con el voluntario, para tener una foto de recuerdo del acompañamiento.
- 5- Ser informado/a, si así lo desea, del resumen de los resultados del programa, una vez se hayan obtenido y analizado todos los resultados.

Si le surge alguna duda que no se haya tratado en el presente documento, puede consultarnos llamando por teléfono a:

*Raquel Lorente Martínez* 687 213 649 **(Coordinadora del Programa)**

*Puri Caturla Martínez* 96 665 8000 Extensión: 2346 **(Ajuntament d'Elx)**

*Esther Sitges Maciá* 96 665 8528 **(Universidad Miguel Hernández)**



Ayuntamiento de Elche

## Consentimiento

sabiex

UNIVERSITAS Miguel Hernández

### Informado del Participante

#### Título del Proyecto: Programa Acompaña-TÉ: Programa para acompañar a las personas ancianas que viven solas en Elche

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

- ✓ He leído o me han leído la información que se me ha entregado sobre el Programa Acompaña-Té.
- ✓ He podido hacer preguntas y me han resuelto las dudas que me han surgido.
- ✓ He recibido suficiente información sobre el programa y el estudio que se va a realizar del mismo.
- ✓ He entendido que Raquel Lorente Martínez es profesora y doctoranda de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) y que está coordinando un programa de acompañamiento que organizan entre la Universidad y el Ayuntamiento de Elche.

He estado hablando con \_\_\_\_\_  
(investigadora/entrevistadora) y:

- ✓ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ✓ Comprendo que, si así lo deseo, puedo retirarme del programa y del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en los servicios del ayuntamiento que recibo ahora o en el futuro.
- ✓ He leído toda la información y acepto participar libremente en el programa y el estudio.
- ✓ ¿Quiere informe de resultados?  SI  NO Cód.ID: \_\_\_\_\_

FIRMA (Participante):

Yo, el abajo firmante, he explicado todos los detalles importantes del programa y del estudio al participante, mencionado previamente, comprometiéndome a mantener la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos cumpliendo con la Ley de Protección de Datos 15/1999.

Fdo: \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA (Investigadora)

En Elche, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Apéndice V. Hoja de revocación del consentimiento informado.



Ayuntamiento de Elche

## REVOCACIÓN

sabiex

UNIVERSITAS Miguel Hernández

### DEL CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA ACOMPAÑA-TÉ: “Programa para acompañar a las personas ancianas que viven solas en Elche”

D./D<sup>a</sup>.....  
como participante (o representante del participante  
D/D<sup>a</sup>.....) de  
..... años de edad, con domicilio en  
.....  
DNI. nº..... Revoco el consentimiento prestado en fecha  
....., que doy con fecha de hoy por finalizado, sin tener  
que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los servicios del  
ayuntamiento que recibo ahora o en el futuro.

En Elche a.....de.....de 2016.

Firma del participante  
DNI:

Firma de la Investigadora  
DNI:

Fdo.: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.....  
(Nombre y dos apellidos)



## Reflexiones

Existen actividades que requieren **soledad** para ser desarrolladas. Sin duda, la redacción de una tesis doctoral es una de ellas.

A lo largo de este proceso, he podido experimentar las distintas caras de la soledad. Una soledad, digamos objetiva, cuando eliges emprender este camino y estás solo investigando y realizando las múltiples tareas que requieren este tipo de trabajos. Simplemente trabajas, sin pensar o sentirte de ningún modo especial, únicamente lees, relees (y vuelves a leer), tomas decisiones, recoges datos, introduces datos...investigas. Otra soledad positiva, que es la que experimentas en aquellos momentos que eliges voluntariamente distanciarte de todo, aislarte y centrarte en la redacción de la tesis. Te concentras en la elaboración y creación de nuevas ideas que generan oportunidades para desarrollar tu propio potencial, y sientes el verdadero placer y satisfacción personal de creer que estás contribuyendo con tus esfuerzos a aportar más luz a un campo de investigación que te apasiona. Este tipo de soledad hace que te sientas verdaderamente feliz y dichoso. Creces profesionalmente y, sobre todo, personalmente. Sin embargo, también he podido experimentar la cara más triste de la soledad. Cuando tienes que recluirte obligado por la presión del tiempo y otros factores que condicionan tu vida y que te impiden conciliar tu vida personal con tu carrera de “doctorando”. Cuando te sientes solo, porque no tienes a nadie con quien compartir tus preocupaciones respecto a la tesis y, si lo tienes, pueden no entenderte y empatizar con tu situación. Cuando el apoyo real que tienes difiere del que esperas, cuando realmente surge esa discrepancia cognitiva en la que experimentas una soledad negativa.

Así pues, con el desarrollo de mi trabajo de tesis doctoral, no solo he podido sumergirme en la investigación de la soledad, sino que también he podido experimentarla en todas sus versiones y colores.

Tras culminar este trabajo, algo de lo que puedo estar orgullosa es que los momentos de “fluir” han sido más que los momentos de “bajón” o, dicho con los conceptos que se han manejado en este estudio de tesis doctoral, los momentos de soledad positiva (*solitude*) han sido más que los de soledad negativa (*loneliness*).

Sinceramente, espero que el trabajo que aquí se ha presentado refleje lo que, en su mayor parte, ha sido una práctica de investigación, productiva, creadora, genuina y dichosa, pero que también, ha costado sudor y lágrimas.

Nada es fácil.

La soledad tampoco.

*Raquel Lorente Martínez*

