



ESTUDIO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA SOLEDAD NO DESEADA

ESTUDIO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA SOLEDAD NO DESEADA



Elaborado por el Grupo de Investigación SOCIAL INNOVA-IIDL de la Universitat Jaume I.

AUTORÍA DEL INFORME:

Dirección:

M^a Raquel Agost Felip (IIDL-UJI)

Daniel Pinazo Calatayud (IIDL-UJI)

Equipo investigador:

Sonia Agut Nieto

Lorena Arahuete Ribes

Vicente Budí Orduña

Vanesa Fernández Galindo

Miguel Ángel Gimeno Navarro

Antonio Grandío Botella

Patricia Huedo Dordá

Francisco Lozano Nomdedeu

Cristina Monfort Escrig

Alejandro Moreno Sandoval

Rosana Peris Pichastor

Maria José Ruá Aguilar

Grisela Soto Personat

Colaboración:

Eva Gallén Granell

Diseño y maquetación:

Invitro estudio (www.invitroestudio.com)

Financiación: Diputació de Castelló

Modalidad: Contrato de investigación para el Estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada (22I066).

ISBN: 978-84-126590-6-1

PARA CITAR ESTE TRABAJO:

Agost-Felip, M.R. y Pinazo Calatayud, D. (Coord) (2022). Estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada. Informe de Investigación. Laboratorio de Servicios Sociales. Universitat Jaume I.

Agradecimientos,

A las personas que han facilitado el desarrollo de este estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada de la provincia de Castellón.

En especial a las personas mayores que gracias a sus aportaciones y el tiempo dedicado a este estudio han propiciado el análisis de la realidad de la que forman parte.

Así como a las personas profesionales cuya experiencia aporta una visión técnica y de proximidad a la situación actual sobre el bienestar psicológico y la soledad no deseada de las personas mayores en la provincia.

También a la Diputació de Castelló que impulsa la investigación a través del Laboratorio de Servicios Sociales Benicarló-Vinaròs, con el fin de promover políticas públicas a partir de evidencias científicas que fortalezcan el Modelo Valenciano de Servicios Sociales.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO

Modelos teóricos de la soledad	11
La soledad, la soledad positiva	12
La soledad y el aislamiento social	13
Aspectos biopsicosociales relacionados con la soledad	14
La soledad y el género	18
El bienestar psicológico y la soledad	20

II. MARCO EXPERIMENTAL

Objetivo de la investigación	25
Diseño metodológico	26
PARTE 1. Metodología estudio cuantitativo	26
Descripción de la muestra	26
Procedimiento	35
Variables e instrumentos	36
PARTE 2. Metodología estudio cualitativo	40
Descripción de la muestra	40
Procedimiento	42
Variables e instrumentos	43
Resultados	46
PARTE 1. Resultados estudio cuantitativo	46
Resultados descriptivos características sociodemográficas	46

Resultados descriptivos e inferenciales	49
Resultados descriptivos e inferenciales >65 años	57
Resultados de interacción	63
PARTE 2. Resultados estudio cualitativo	66
Análisis descriptivo	66
Análisis de contenido del discurso de las personas mayores	73
Análisis de contenido del discurso de las personas profesionales	88
Conclusiones	101
Síntesis de resultados	105
Referencias bibliográficas	108
ANEXOS	
ANEXO 1. Instrumentos de evaluación	123
ANEXO 2. Guión grupo de discusión	134
ANEXO 3. Guión entrevista en profundidad	136
ANEXO 4. Categorías de análisis	138
ANEXO 5. Revisión sistemática (Fase 1)	141
ANEXO 6. Fragmentos del discurso	143
ANEXO 7. Modelos de consentimiento informado	154

I. MARCO TEÓRICO



INTRODUCCIÓN

En esta primera parte de marco teórico, se exponen los aspectos conceptuales más relevantes sobre la soledad no deseada, así como la relación con el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas mayores. Este estado de la cuestión se ha obtenido a partir de una revisión sistemática que analiza las publicaciones más recientes sobre el tema de estudio, llevada a cabo en la primera fase de la investigación.

A continuación, se desarrollan los diferentes apartados. En primer lugar, se conceptualiza la soledad a partir de los modelos teóricos; en segundo lugar, se define la soledad positiva; a continuación, se expone la relación de la soledad y el aislamiento social; seguidamente, se detallan diferentes aspectos biopsicosociales relacionados con la percepción de la soledad; además, se especifican las diferencias en cuanto a género; por último, se define el bienestar psicológico y se desarrollan los factores de riesgo y de protección relacionados con el bienestar y la soledad.

MODELOS TEÓRICOS DE LA SOLEDAD

Peplau y Perlman (1982) definieron la soledad como una experiencia subjetiva no deseada, relacionada con necesidades íntimas y sociales insatisfechas. Se considera que la soledad es un estado emocional subjetivo que se define como la percepción del aislamiento social o la experiencia subjetiva de estar solo/a (Coyle y Dugan, 2012).

La soledad ha sido considerada como un malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otras (Rubio-Herrera, 2009); y puede ser una percepción tanto objetiva como subjetiva. De una forma u otra, la

soledad es un problema cuando la persona no la desea. En ese caso suele generar estados de ánimo asociados a la tristeza, llegando en ocasiones a estados depresivos. En España el 19,5 % de las personas mayores de 65 años viven solas, y esto constituye un factor de riesgo de padecer depresión.

Se ha conceptualizado a la soledad de diversas maneras. Desde la perspectiva cognitiva, esta se define como el resultado de procesos cognitivos y psicológicos desadaptativos, dando como resultado una interpretación negativa de las señales sociales incluso cuando estas no lo son (Cacioppo, Hawkley y Berntson, 2003; Peplau y Perlman, 1982). De Jong Gierveld, van Tilburg y Dykstra (2006) conceptualizaron la soledad como bidimensional: la soledad social, falta de contacto social; y la soledad emocional, falta de apoyo emocional. Cacioppo et al. (2015) incluyeron la diferenciación entre soledad íntima, la percepción de falta de contacto social con las personas más cercanas (p. ej., cónyuge); la soledad relacional, falta de contacto con las amistades u otros familiares; y la soledad colectiva, falta de contacto con la red social más amplia.

La investigación contemporánea aborda la soledad desde perspectivas unidimensionales y multidimensionales (Buecker, Maes, Denissen, Luhmann y Lacey, 2020). La perspectiva unidimensional asume que la soledad es una perspectiva generalizada que se definiría como la satisfacción subjetiva con el nivel total de contacto social. La perspectiva multidimensional reconoce la posibilidad de existencia de diferentes componentes o facetas de la soledad. Según Cacioppo, Cacioppo y Boomsma (2014) la soledad podría ser un mecanismo evolutivo. Señalan que el grado de sensibilidad al dolor causado por el aislamiento y la falta de comunicación puede variar; las personas menos sensibles al dolor serían más propensas a buscar y descubrir nuevas oportunidades, mientras que las personas más sensibles serían más cautelosas y protectoras. Esta perspectiva aboga por la variabilidad de mecanismos de la soledad.

LA SOLITUD, LA SOLEDAD POSITIVA

Otro concepto particularmente importante relacionado con la soledad y la falta de comunicación, es la solitud (en inglés, *solitude*). Si bien la soledad tiene connotaciones negativas más generalizadas, la solitud describe la ausencia física de personas compañeras para comunicarse, pudiendo percibirse como negativo o como positivo. Esto sugiere que las personas pueden variar en sus experiencias de soledad

dependiendo del contexto cultural y situacional (Lay et al., 2020; Strizhitskaya et al. 2021). La soledad positiva se refiere a la elección de dedicar tiempo a una actividad o experiencia significativa y placentera por una misma persona. Esta actividad o experiencia puede ser de cualquier tipo y llevarse a cabo en presencia o no de otras personas, pero sin interacciones significativas. Parece ser que experimentar este tipo de soledad es favorable para la calidad de vida y beneficioso para el curso vital, especialmente en la vejez (Ost-Mor, Palgi y Segel-Karpas, 2021).

LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL

El aislamiento social es un concepto estrechamente ligado al de la soledad que se define como la ausencia objetiva de relaciones e interacciones sociales. La soledad está más relacionada con el sentimiento de angustia derivado de percibir una falta en la cantidad y en la calidad de las relaciones sociales deseadas. Por lo tanto, es la percepción lo que determina que algunas personas puedan vivir vidas solitarias y no sentirse solas y, en cambio, otras personas puedan tener muchas relaciones sociales y aun así experimentar sentimientos de soledad.

La soledad y el aislamiento social se asocian a graves riesgos para la salud en las personas mayores, especialmente en períodos de transición del curso de la vida tales como la jubilación, aumento de enfermedades, discapacidad, pérdida del o de la cónyuge y pérdida de otros miembros de la red social (Coyle y Dugan, 2012). Además, las personas que viven solas, que tienen una reducida red social y participan poco del entorno social, tienen mayor riesgo de aislamiento social y de experimentar sentimientos de soledad. Por otro lado, la investigación sugiere que la soledad y el aislamiento social se relacionan con malos hábitos y conductas de salud como fumar, inactividad física y dormir menos. También se asocian a procesos biológicos relevantes para la salud que incluyen altos niveles de presión arterial, cortisol, proteína c-reactiva y perfiles de lípidos, y deficiente funcionamiento inmunológico (Grant, Hamer y Steptoe, 2009; Hawkey y Cacioppo, 2010; Pressman et al., 2005). No obstante, poco se sabe sobre la influencia relativa o sinérgica de estos procesos.

La soledad, en concreto, es un estresor biopsicosocial que provoca una respuesta de estrés neuroinmunológico asociada consistentemente a múltiples morbilidades cardiovasculares como la hipertensión y la enfermedad de las arterias coronarias, inmunosupresión, glucosa sanguínea elevada y depresión (Theeke et al., 2016). Todavía no está claro el mecanismo exacto por el cual la soledad afecta a la salud física.

Estudios recientes indican que las personas socialmente estresadas tienen un mayor riesgo de sufrir otras enfermedades crónicas relacionadas con la inflamación como son las enfermedades neurodegenerativas y algunos tipos de cáncer (O’Luanaigh et al., 2012; Wilson et al., 2007; Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Rokach, 2004). Por todo ello, se considera la soledad como un problema prevalente que contribuye a múltiples condiciones crónicas, declive funcional y mortalidad en personas mayores (Perissinotto et al., 2012; Luo et al., 2012). Se ha argumentado que los riesgos para la salud asociados con el aislamiento y la soledad son equivalentes a los efectos perjudiciales del tabaquismo y la obesidad.

A nivel social, la soledad y el aislamiento son particularmente problemáticos en la vejez debido a la disminución de los recursos económicos y sociales, las limitaciones funcionales, la muerte de familiares y cónyuges, así como los cambios en las estructuras familiares y la movilidad. En concreto, el aislamiento social es más frecuente entre los hombres y constituye un factor de riesgo para la salud, ya que éste podría inducir a presentar enfermedades cardiovasculares, ictus, demencia, depresión, trastornos del sueño, necesidad de atención a largo plazo y mortalidad (Alhambra-Borrás, et al. 2021).

En general, la soledad tiene un impacto negativo en el sistema público de salud y otros recursos; es más probable que las personas mayores solitarias ingresen en una residencia, accedan a la atención primaria, tengan más visitas de atención de emergencias e informen un mayor uso de los servicios de apoyo formales. Todo ello, hace que la soledad sea una prioridad de estudio en esta población (Theeke et al., 2016).

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD

Cuando existe sentimiento de soledad la persona se percibe desadaptada, no realiza actividades, y se aísla socialmente; aparece así una forma de soledad expresada en carencia de relaciones sociales que, cuando implican ausencia de intimidad o proximidad afectiva, se transforma en soledad emocional (López-Doblas y Díaz, 2018; Weiss, 1975). Faisca et al. (2019) han establecido que la soledad no deseada está asociada a la vejez. Sus investigaciones muestran que el 26,76% de las personas mayores que viven solas presentan síntomas depresivos.

La depresión merece especial atención en la vejez debido a las crecientes tasas de esta problemática psicológica y emocional en esta población, sobre todo cuando

se adopta un enfoque basado en los síntomas (de la Torre-Luque et al., 2019). La depresión en las personas mayores puede ser un factor de riesgo y de predisposición a desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas relacionadas con el envejecimiento, como puede ser la demencia (Bennett y Thomas, 2014; Valkanova y Ebmeier, 2013; Marijnissen et al., 2017; Stubbs et al., 2017). Existe un creciente interés en explorar la influencia de la soledad en la depresión en la vejez (Lara et al., 2019; Maarsingh et al., 2018; Rico-Urbe et al., 2018). La investigación considera la soledad uno de los principales contribuyentes sociales para sufrir depresión en edades avanzadas; de hecho, la depresión acompañada de soledad puede presentar un peor pronóstico de la vejez (Holvast et al., 2015; Santini et al., 2016).

Stek (2005) estudió las causas de la mortalidad en la persona mayor relacionadas con la existencia de síntomas depresivos debido a la soledad, encontrando que la depresión y la soledad percibida no tienen un efecto significativo por sí mismos en la mortalidad. No obstante, cuando se padecen simultáneamente ambos problemas favorecen la aparición de la muerte, debido al aislamiento, la reducción del autocuidado, la desnutrición, el sedentarismo, y el agotamiento emocional; por tanto, la depresión se asocia con padecimiento de enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis, demencia, enfermedad de Parkinson y accidente cerebrovascular, y con la mortalidad. Por consiguiente, se hace necesario llevar a cabo intervenciones para aminorar la soledad en las personas mayores.

Por su parte, Martin (2009) afirma que las personas solas disminuyen cada vez más las actividades, produciendo un efecto de malestar; la persona se aleja poco a poco de los ámbitos sociales, culturales y presenta problemas fisiológicos y psicológicos. De esta forma, se establece una relación estrecha entre la soledad y la enfermedad, por lo que sería importante poner en valor los programas para prevenir la soledad no deseada. Estos programas están dirigidos a la realización de actividades para mantener la comunicación y la relación con el entorno a través de acciones culturales y de ocio y tiempo libre; los Centros de Día, el IMSERSO o el voluntariado, son un ejemplo de estos programas.

Bermeja y Ausín (2017) afirman que el uso de la tecnología lleva a una mayor integración y a un menor aislamiento social, de tal manera que la utilización de esta herramienta es efectiva para combatir la soledad. Ante el riesgo de depresión y aislamiento social que tiene la soledad no deseada, se han sugerido diversas soluciones. Li y Tang (2022) consideran que se hace necesario diseñar y ocupar a la persona mayor en las redes sociales (RRSS). Sarla et al. (2020) hacen la misma propuesta

añadiendo que, con el apoyo social unido al uso de las RRSS, se minimizarían las experiencias negativas y patológicas de la persona. En este sentido, para que el uso de las RRSS sea efectivo, las personas deben reconocer su situación: la necesidad de compañía, saber que la soledad no deseada no es saludable, que trae consigo pensamientos y actitudes negativas hacia los demás, donde están presentes el narcisismo, la impulsividad y agresión; y, por último, la importancia de considerar la calidad de las amistades frente a la cantidad. Bermeja y Ausin (2017) proponen realizar actividades tales como voluntariados, visitar a otros/as ancianos/as, servir de alguna forma a la gente necesitada, entre otros; todo ello con el fin de mantenerse socialmente conectados/as.

Savikko et al. (2005) afirman que la cultura, la edad y el estado civil son predictores importantes de la soledad. Hawkley y Kocherginky (2018) describen el malestar que produce la soledad como el equivalente social del dolor físico, el hambre y la sed; el dolor de la desconexión social y el hambre y la sed de conexión social motivan el mantenimiento y la formación de las conexiones sociales. Además, sostienen que las personas son seres sociales con necesidad de integrarse y participar en la sociedad para sobrevivir. La persona mayor, al sentirse sola, aumenta la hipervigilancia sobre el mundo social, al que ve como una amenaza. Esto conlleva la estimulación del comportamiento negativo de la otra persona, produciéndose un ciclo de soledad donde están presentes la hostilidad, el estrés, el pesimismo, la ansiedad, la baja autoestima y la depresión. No obstante, estos aspectos pueden ser suprimidos, según Kyröläinen y Kuperman (2021), a través de la resiliencia de la persona, participando en interacciones sociales y en acciones significativas, tales como educación y ejercicio físico.

Los factores más significativos que predicen la aparición del sentimiento de soledad no deseada son tres: la falta de amistades, ingresos económicos bajos, y vivir solo/a. Estos tres indicadores suponen un riesgo, no solo para la percepción subjetiva de soledad, sino también para la aparición de estados de ánimo negativos como tristeza o depresión. Otros factores que colaboran en la aparición, tanto de la percepción de soledad como de los estados de ánimo asociados, son haber realizado trabajos físicos pesados en la historia laboral, la pérdida de la visión o la audición, malas condiciones de vida, problemas familiares, y percibir que su vida no tiene sentido (Lofgren et al., 2021). Por el contrario, la participación en actividades de interacción social produce satisfacción personal y con la vida, favoreciendo estados de ánimo saludables (Townsend et al., 2021). Desde la perspectiva de Ejiri et

al. (2021), en la soledad existen los siguientes factores de riesgo: ingresos económicos bajos, malas finanzas, bajo nivel de estudios, menor tiempo de residencia, la no propiedad de la vivienda, discapacidades visuales y/o auditivas, deterioro en la vida diaria, y factores cognitivos.

Por su parte, Spence et al. (2020) ponen el acento en la importancia del apego en la sensación de soledad. El apego se define como el proceso por el cual las personas muestran angustia cuando están separadas de las figuras con las que se tiene establecido un vínculo, y buscan su proximidad cuando están estresadas (Bowlby, 1969). Aunque el apego se conceptualiza como un sistema que afecta al curso de la vida, parece ser que las personas mayores experimentan con mayor intensidad la pérdida de otras personas cercanas con manifestaciones de mala salud, duelo, separación de sus familiares debido al aumento de la movilidad familiar, así como mayores dificultades para la actividad social tras el cese de la crianza y la jubilación. Esto se relaciona con la soledad, ya que no solo cambia el entorno social a medida que las personas envejecen, sino que el estilo de apego se vuelve más evitativo. La investigación argumenta que las personas mayores que experimentan una disminución de su capacidad personal y una pérdida de las relaciones de apego, defienden con más énfasis la independencia y la autosuficiencia, y en menor grado la interdependencia. Esta actitud de negación conduce al aislamiento y al aumento de la soledad (Zhang y Labouvie-Vief, 2004).

Entre los estudios transculturales sobre el sentimiento de soledad, destaca el de Alhambra-Borrás (2021), en el cual, los/las participantes de España y de Sudáfrica estuvieron de acuerdo en que la soledad era un sentimiento subjetivo y una vivencia negativa, y que la ausencia de apoyo social era un factor de riesgo para la soledad. Siendo muy importante el apoyo social y la participación en actividades sociales, la familia resultó ser la principal fuente de soporte para las personas españolas, y la comunidad en el caso de las personas sudafricanas. En base a los aspectos comunes presentes en esta comparación, esta investigación recomienda tomar en cuenta los aspectos culturales y las percepciones del apoyo social al realizar intervenciones para evitar la soledad y la depresión.

Las relaciones sociales son importantes para reducir el malestar que la soledad produce. En un estudio empírico se observó una disminución significativa del sentimiento de soledad al incrementar las relaciones sociales (Tiikkainen y Heikkinen, 2005). Encontraron que esta disminución de la percepción de soledad prevenía los trastornos depresivos en ancianos/as con baja autoestima y aislados/as socialmente.

Zunzunegui (2010) enfatiza la necesidad de intervenciones que ayuden a solucionar y/o aminorar esta situación de soledad cuando produce altos niveles de estrés. Por ello recomienda que se afronte la soledad con terapias preventivas como: entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, terapias cognitivas, y socialización asistida. Esteve y Caballer (2020) encontraron que las personas mayores disminuyeron significativamente la sensación de soledad cuando se involucraron en actividades de integración social que desarrollaban el bienestar físico y emocional, en comparación con otras personas que no participaron en ellas. Bermeja y Ausin (2017) hicieron un estudio similar pero enfocado a analizar los resultados de las intervenciones para reducir la soledad, encontrando efectos positivos perdurables en el tiempo. Sin embargo, Veronese et al. (2020) alegan que no todas las intervenciones reducen la percepción de soledad, y que resulta un reto ejecutar intervenciones adecuadas; se necesitan profesionales especializados/as.

España es uno de los países de la Unión Europea que menos invierte en ayudas familiares, razón por la cual se hacen necesarias acciones que apoyen la formación de personas cuidadoras, ya sean familiares o no; todo esto con el fin de hacerlas partícipes en actividades que integren a la persona mayor y mejoren su calidad de vida. Entre las intervenciones con resultados negativos se encuentran, según Masi et al. (2011), las de tipo tecnológico, como los estudios basados en las relaciones establecidas por videollamadas, cuya validez es dudosa. De igual manera, poseer una mascota muestra los mismos resultados negativos en la reducción de este problema. Entre las intervenciones que sí resultan positivas se encuentran la práctica de la meditación, la preparación cognitivo social, y el apoyo social.

LA SOLEDAD Y EL GÉNERO

Algunas investigaciones destacan que la soledad parece ser más frecuente en mujeres que en hombres (Víctor y Yang, 2012). Entre las explicaciones, la más plausible es que las mujeres manifiestan sus sentimientos con más facilidad, es decir, dan más valor a las relaciones humanas y, además, se quedan viudas antes que los hombres. Los datos confirman este último aspecto, ya que padecen más soledad las personas divorciadas o viudas, solteras, y las de un nivel bajo de educación o económico, a quienes les resulta difícil dedicar tiempo al ocio; el hecho de estar casado/a y la educación terciaria constituyen un factor protector frente a este problema (Löfgren et al., 2021).

Desde el punto de vista de Mata-Agudo y Hernández-Ascanio (2020) existe una relación entre la soledad sentida por las mujeres y lo que representa cultural y socialmente. Señalan que las mujeres están educadas “para el otro”, desde la cultura patriarcal se les forma para el amor de la familia, lo que podría influir en su forma de afrontar la soledad. Lagarde (2009) sugiere que esta educación perdura en el inconsciente transmitiéndose como un legado de valores distintos para las mujeres que para los hombres; para ellas lo fundamental es dedicarse “al otro y a los otros”, dejando a un lado el interés personal y sus aspiraciones, y es “el otro” quien le da el sentido a su vida. Esto configuraría una representación de la soledad para la mujer diferenciada de la del hombre, cargada de creencias, estereotipos y expectativas sociales. Entre estas creencias cabe resaltar el miedo a la soledad y la necesidad de dependencia social, lo que obstaculizaría su autonomía personal.

La soledad es una vivencia subjetiva en la que no hay otros/as que medien con la persona misma. Sentirse sola es un obstáculo para la independencia, por esa razón Coria (2016) propone transformar la soledad en un estado de bienestar. Para ello sostiene que la mujer debe luchar por obtener su emancipación y su autonomía, en contra de la expectativa del deber ocuparse de las otras personas y del ser egoísta si no lo hace. Por otra parte, las mujeres solas inspiran compasión, es por ello que tienen la imagen de sí mismas como personas solas, con un sentimiento inquietante, similar al sufrimiento. Sin embargo, hay investigaciones que defienden que las mujeres se encuentran satisfechas con su soledad, si bien se refieren a una soledad deseada (De la Mata-Agudo y Agudo-Hernández, 2021). Se afirma que, cuando las mujeres viven bien estando solas, establecen nuevas relaciones sociales y asumen su vida como propia, como un ser individual, libre del rol de género impuesto por la sociedad. Este planteamiento lleva a Lagarde (1999) a enfatizar en el desarrollo de la “mismidad”, que es el amor por ella misma. Este estado se consigue cuando se es consciente de haber actuado bajo las imposiciones del rol social, que incita a no oír su cuerpo y a ser para las otras personas. Según Lagarde (1999) es a partir de esta conciencia cuando la mujer encuentra la autonomía y demarca su relación con la soledad, donde existe una gran cantidad de tiempo para efectuar transformaciones en las formas de vivir sola estableciendo conexiones sociales, la cuales producen satisfacción ante la experiencia de vivir en soledad.

EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA SOLEDAD

El bienestar psicológico es un concepto multidimensional. A nivel general, el bienestar psicológico define cómo las personas evalúan su propia vida. Esto es, la evaluación de la propia perspectiva de la persona con respecto a su vida social, relaciones, satisfacción con el trabajo, etc. De acuerdo con Diener, Suh y Oishi (1997), estas evaluaciones pueden realizarse desde la perspectiva cognitiva y desde la perspectiva afectiva. La primera, incluye la evaluación basada en la información, que se centra principalmente en hechos sobre la satisfacción de la persona con su estado de vida actual. La segunda, se basa en la evaluación del sentimiento; es decir, cuántas veces una persona experimenta sentimientos de felicidad y tristeza, o de valorar la asunción de la vida en términos de buena o mala. Según Ryff y Keyes (1995), el bienestar psicológico se define como el esfuerzo del ser humano de perfeccionar el propio potencial relacionado con el propósito de vida; así, la vida de la persona adquiere un significado para sí misma, mediante ciertos esfuerzos de superación y consecución de metas valiosas. La investigación señala entre los diferentes indicadores del bienestar psicológico, la soledad. Las dificultades para resolver problemas interpersonales y la soledad son predictores significativos del bienestar psicológico (Seygin, Akdeniz y Deniz, 2015).

Otro aspecto importante a señalar, es el impacto de la COVID-19 en el bienestar psicológico de la población mayor. En concreto, los datos relacionados con la soledad no deseada durante la pandemia no muestran tendencias o asociaciones claras. Los estudios longitudinales tienden a reportar poca o ninguna diferencia en los niveles medios de soledad, lo que confirma que los factores predictores de soledad antes y durante la pandemia, siguen siendo los mismos. Por otro lado, una reciente revisión de Strizhitskaya et al. (2021), cuestiona estos resultados debido al uso del enfoque unidimensional en la mayoría de los estudios, lo que podría no ser sensible a facetas particulares de la soledad. Esta revisión también manifiesta la escasez de estudios que incluyen análisis de los efectos para distintos grupos de edad. No obstante, algo que sí se puede sustraer de la investigación sobre la soledad en la pandemia, es que la COVID-19 ha puesto en el punto de mira la soledad no deseada en este sector de la población.

En suma, después de todo lo mencionado anteriormente relativo a la soledad y el bienestar psicológico de las personas mayores, se agrupan los factores de riesgo y protección.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Edad (cuanto más mayor, más riesgo a sufrir soledad no deseada) • Género y roles de género asignados a las mujeres • Ser soltero/a o viudo/a • Vivir solo/a • Ausencia de apoyo emocional • Aislamiento social (más frecuente en los hombres) • Percepción falta de contacto social con la red social cercana y la más amplia • Escasez de calidad en las relaciones sociales • Participación social inexistente. • Mala salud • Hábitos conductuales nocivos • Discapacidad auditiva y/o visual • Trabajos pesados en el historial laboral • Pérdida de seres queridos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar casado/a • Elección de la situación de soledad (soledad positiva) • Utilización de herramientas tecnológicas y manejo de redes sociales • Promoción de programas para prevenir la soledad no deseada • Apoyo familiar • Reconocimiento de la propia situación de soledad no deseada para poder iniciar el proceso de cambio • Ausencia de autopercepción de soledad • Ejercicio físico • Meditación • Resiliencia • Terapias preventivas en materia de habilidades sociales, psicoeducación, terapias cognitivas, y socialización asistida • Independencia y autosuficiencia • Prestaciones económicas y en especie

Fuente: Elaboración propia.

II. MARCO EXPERIMENTAL



OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación es analizar a través de un estudio exploratorio y descriptivo la situación de las personas mayores, a partir del análisis de los estados de soledad de la población mayor y su bienestar psicológico en la provincia de Castellón.

Los objetivos específicos son:

- 1) Explorar cómo se relacionan los estados de soledad con el bienestar psicológico y la calidad de vida en las personas mayores.
- 2) Analizar los estados de soledad y el bienestar psicológico en diferentes grupos de edad.
- 3) Analizar los estados de soledad y el bienestar psicológico en las áreas rurales y urbanas de la provincia de Castellón.
- 4) Analizar los estados de soledad y el bienestar psicológico según el sexo.
- 5) Explorar la relación entre hábitos de vida y la percepción de soledad.
- 6) Establecer diferencias entre soledad y solitud en cuanto a los estados depresivos y la calidad de vida.

En base a los objetivos de la investigación, se desarrollan dos estudios empíricos con diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, respectivamente. La metodología, resultados y conclusiones se detallan en los siguientes apartados.

DISEÑO METODOLÓGICO

PARTE 1. METODOLOGÍA ESTUDIO CUANTITATIVO

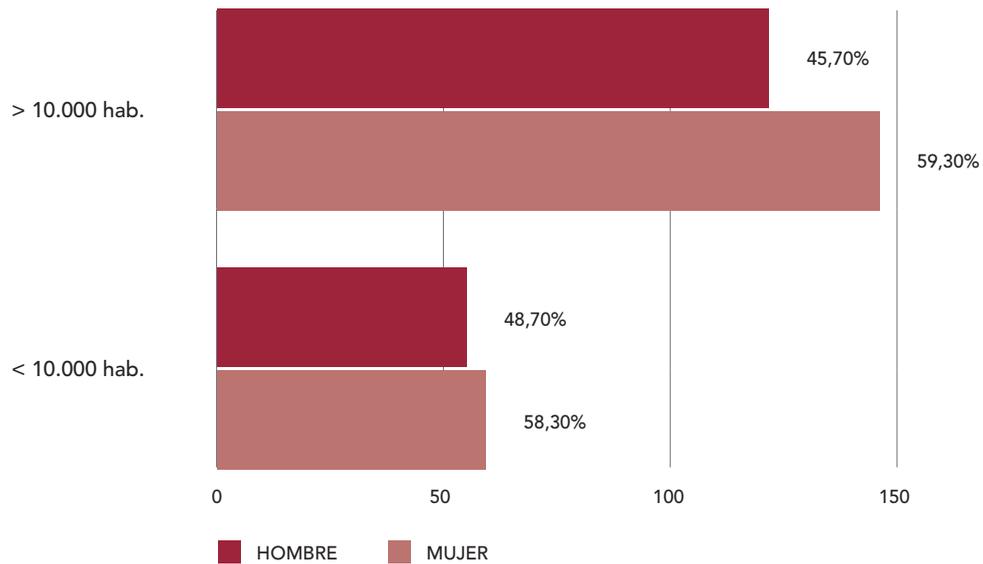
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Tomando como referencia la información del INE (habitantes mayores de 55 años / año 2021), y asumiendo un nivel de confianza del 95%, se ha calculado la muestra necesaria para obtener resultados confiables, N=384 participantes. La distribución de la muestra se ha calculado de acuerdo al peso proporcional en la población total, distribuido en función del tamaño poblacional y el sexo.

Tabla 1. Características de la muestra según el tamaño poblacional y el sexo.

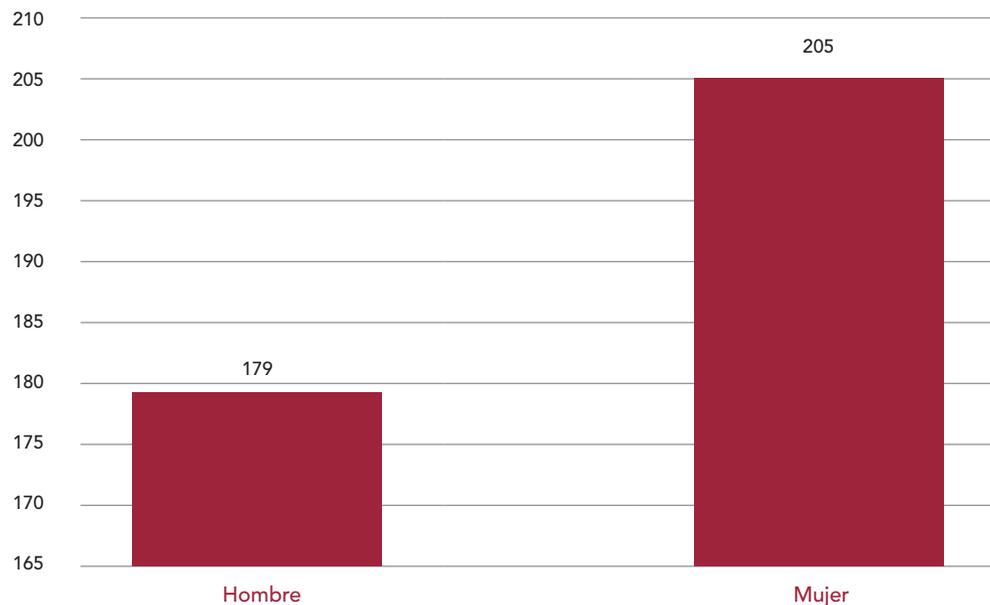
Municipios	Total	Hombre	Mujeres
Mayor 10.000 hab.	269	123 (45,7%)	146 (54,3%)
Menor 10.000 hab.	115	56 (48,7%)	59 (51,3%)
Total	384	179	205

Figura 1. Distribución de la muestra según el tamaño poblacional y el sexo.



La muestra del estudio está compuesta por 384 personas, de las cuales el 46,61% son hombres (N=179) y el 53,39% son mujeres (N=205).

Figura 2. Distribución de la muestra por sexo.



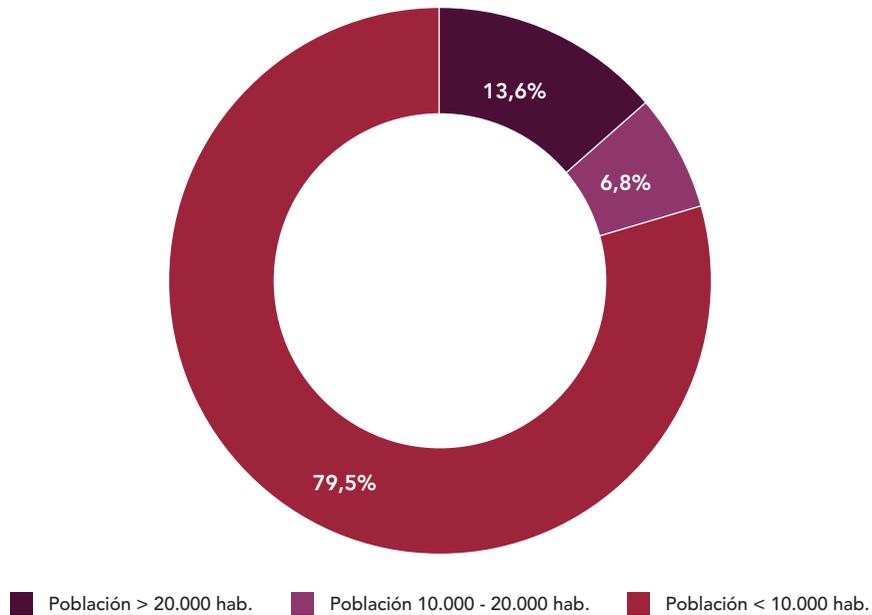
La población se distribuye por la provincia de Castellón; en concreto, los datos se han obtenido de 42 localidades y 2 pedanías de éstas (ver Tabla 2); con una población comprendida entre 51.130 habitantes y 16 habitantes, siendo estos los pueblos más y menos habitados respectivamente. No se ha incluido la capital de la provincia.

Tabla 2. Municipios de recogida de datos.

Atzeneta del Maestrat	Alcalà de Xivert	l'Alcora	Almassora	Almenara	les Alqueries
Altura	Artana	Benicarló	Benicàssim	Betxí	Borriana
Cabanes	Cervera del Maestre	Cortes de Arenoso	les Coves de Vinromà	Espadilla	Fanzara
Figueroles	Alfondeguilla	la Pobla de Benifassà	la Vall d'Uixó	Moncofa	Morella
Navajas	Nules	Onda	Orpesa	Peníscola	la Pobla Tornesa
Ribesalbes	Sant Mateu	Santa Magdalena de Polpís	Segorbe	Sot de Ferrer	Suera
Tales	Torreblanca	Vila-real	Vistabella	Viver	Xodos

La distribución de los municipios según la densidad poblacional se puede observar en la Figura 3.

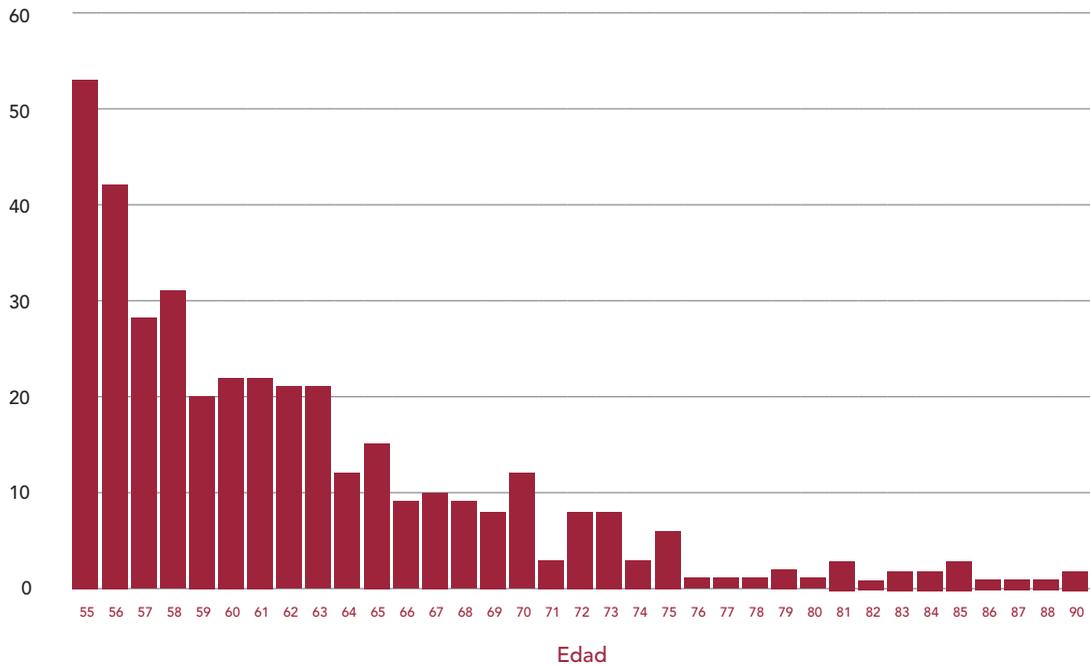
Figura 3. Distribución de los municipios según la densidad poblacional.



El criterio de selección de las personas participantes fue tener una edad igual o superior a 55 años y ser capaz de comprender y responder a las preguntas que se le planteaban. Quedando distribuida la muestra entre las siguientes franjas de edad: 55-59 años (45,31%, N=174), 60-64 años (25,52%, N=98) y mayores de 65 años (29,17%, N=112).

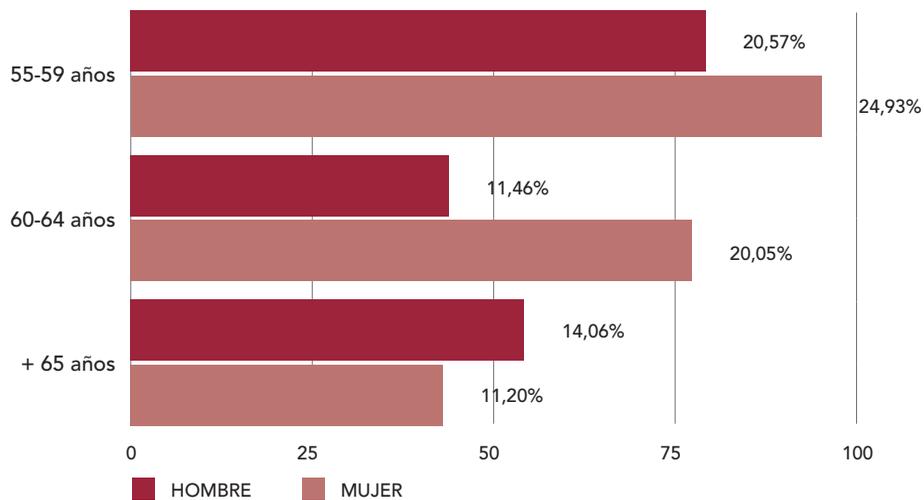
La media de edad de la muestra es de 62,32 años, con una desviación estándar de 7,37 años, siendo el mínimo de edad 55 años y el máximo 90 años.

Figura 4. Distribución de la muestra por edad.



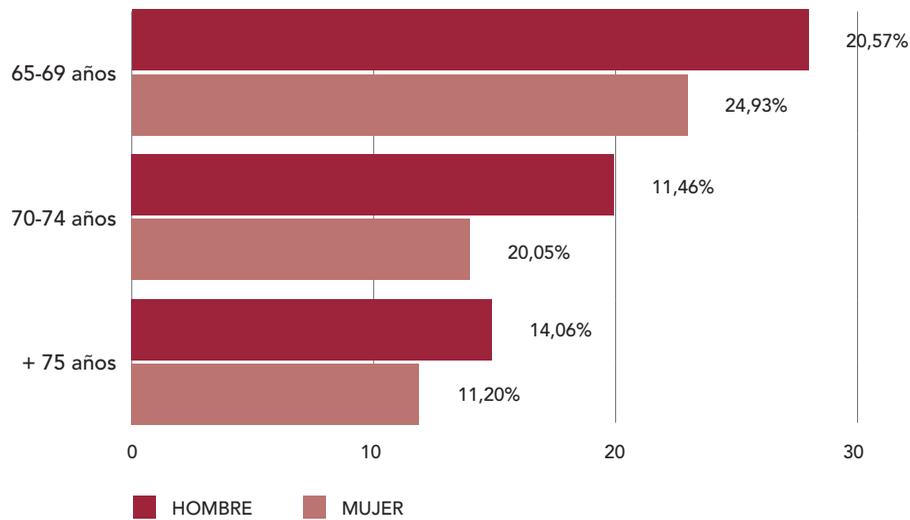
La distribución poblacional por edad, muestra una tendencia descendente en las edades avanzadas, especialmente a partir de los 75 años de edad. Este descenso se corresponde con la distribución poblacional de la provincia de Castellón, según datos del INE (habitantes mayores de 55 años / año 2021).

Figura 5. Distribución de la muestra por franjas de edad y sexo.



Si tomamos únicamente el grupo de personas de 65 años de edad y más, la edad media de la muestra se sitúa en 71,73, con una desviación estándar de 6,44. Quedando distribuida la muestra entre las siguientes franjas de edad: 65-69 años (45,53%, N=51), 70-74 años (30,36%, N=34) y mayores de 75 años (24,11%, N=27).

Figura 6. Distribución de la muestra de 65 años de edad y más por franjas de edad y sexo.



Otras características sociodemográficas analizadas en la muestra son el estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral, el número de hijos/as y el número de personas que conviven en el hogar. A continuación, se detalla la distribución de estas variables sociodemográficas en la muestra total de personas participantes.

Figura 7. Estado civil actual de las personas participantes.

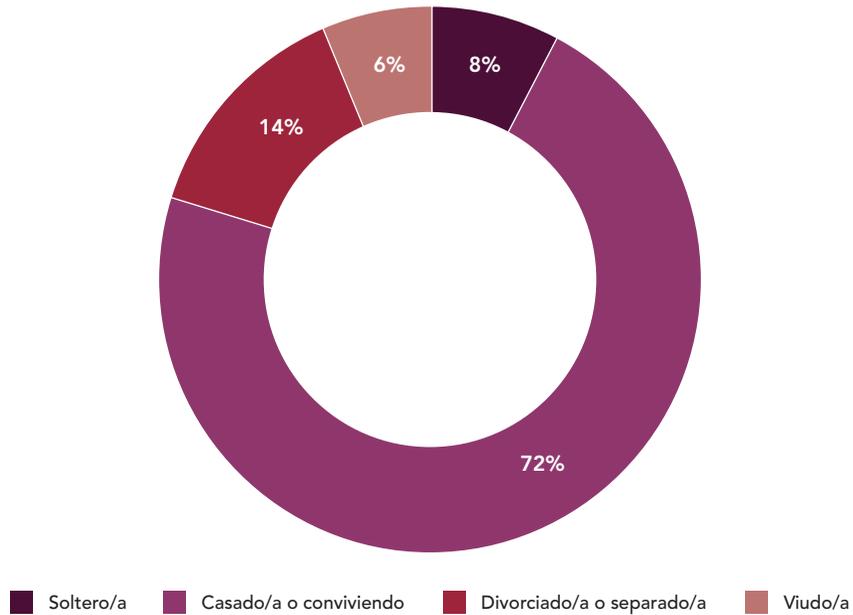


Figura 8. Nivel de estudios de los/las participantes.

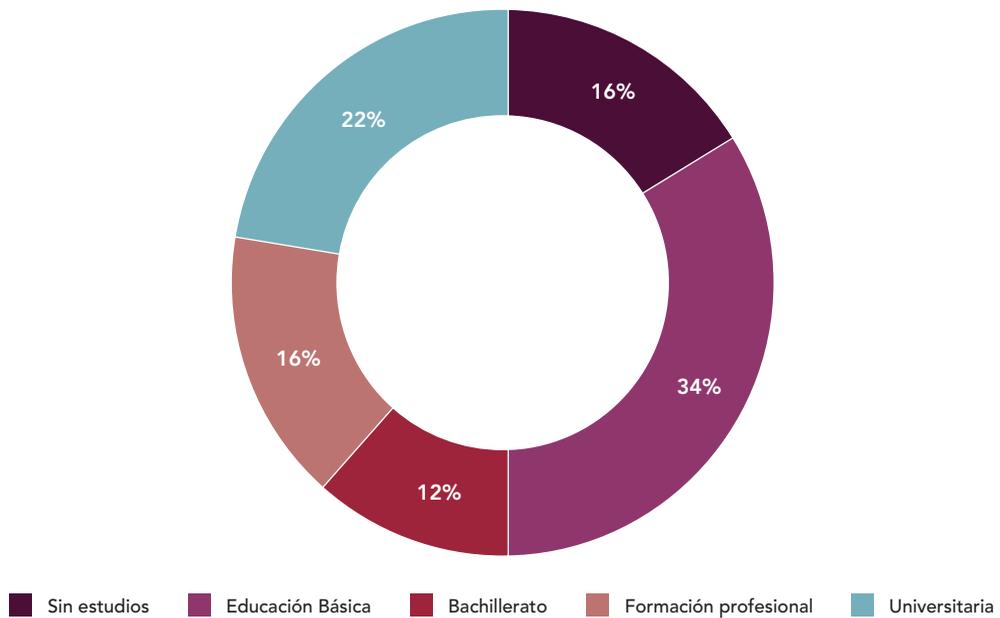
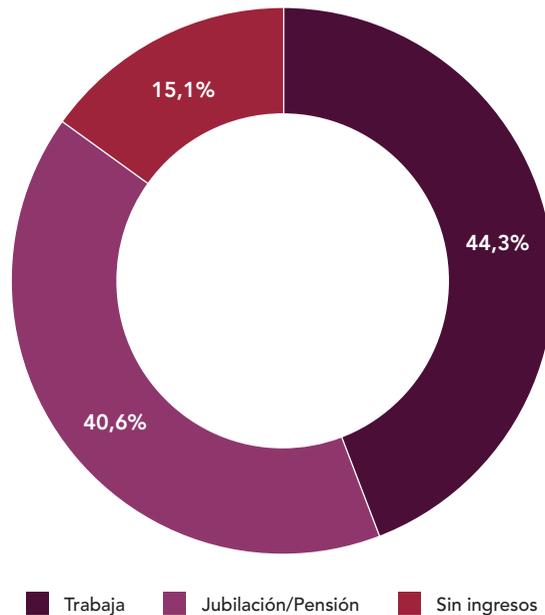


Figura 9. Situación laboral de las personas participantes.



El estado civil de las personas de la muestra de estudio es estar casado/a o conviviendo en pareja (72%). El porcentaje del nivel de estudios es diverso, siendo más habitual la Educación Básica (34%). Por lo que se refiere a la situación laboral, un 44,3% de las personas participantes trabajan y un 40,6% están jubiladas o son pensionistas.

Figura 10. Porcentaje de personas con o sin hijos/a.

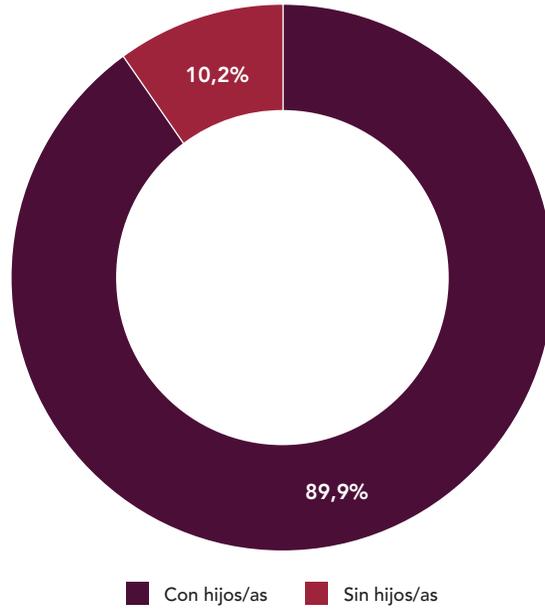
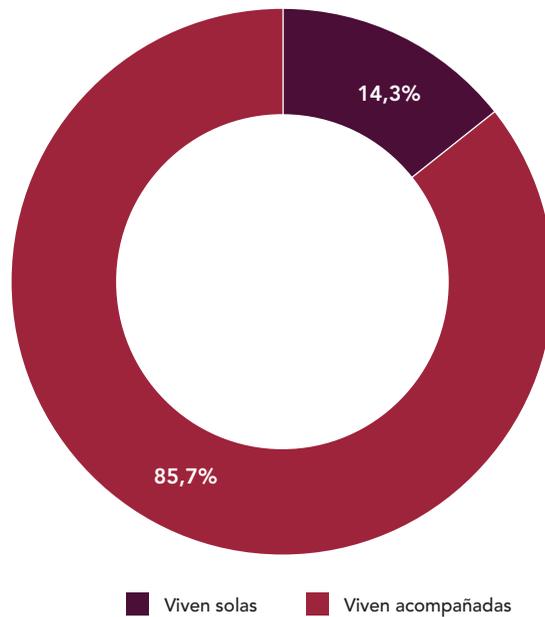
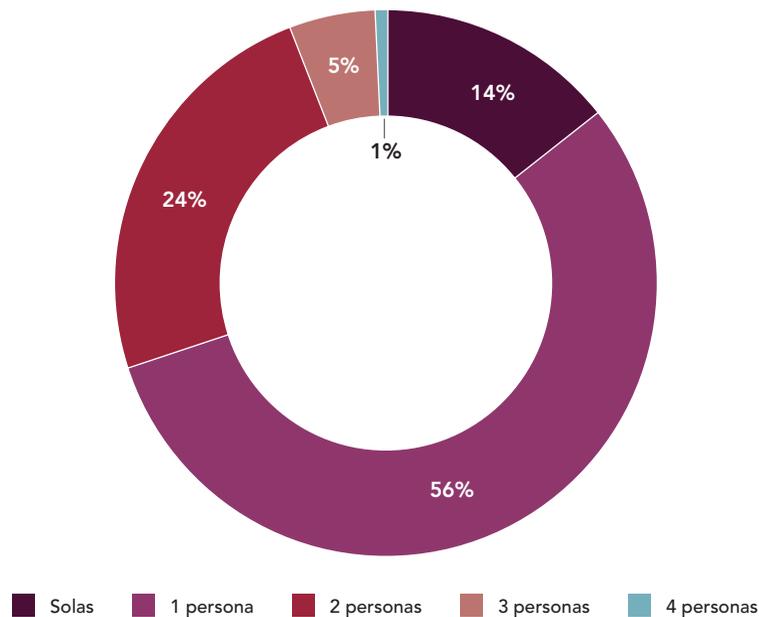


Figura 11. Porcentaje de personas que viven solas o viven acompañadas.



El 89,8% de las personas de la muestra de estudio tienen hijos/as (Figura 10). Por otro lado, el 85,7% de las personas participantes viven acompañadas (Figura 11). La distribución del número de personas convivientes es la siguiente: conviven con 1 persona el 56%, conviven con 2 personas el 24%, conviven con 3 personas el 5%, y conviven con 4 personas el 1% (Figura 12).

Figura 12. Porcentaje del número de personas con el que conviven las personas participantes.



PROCEDIMIENTO

Para obtener los datos cuantitativos se ha utilizado la metodología de encuesta. Esta consistió en un cuestionario de evaluación diseñado para ser administrado individualmente en un máximo de 90 minutos. Las personas participantes han sido entrevistadas por encuestadores/as profesionales quienes se han desplazado hasta las diferentes poblaciones mencionadas anteriormente. La recogida de datos se ha llevado a cabo durante los meses de septiembre y octubre de 2022.

El procedimiento que se llevó a cabo consistió en diversas fases: 1) desarrollo y definición de los criterios de inclusión de las personas participantes; 2) cálculo del tamaño

muestral de acuerdo a la distribución poblacional según criterios de inclusión y según significación estadística; 3) formación específica para la administración de cuestionarios; 4) búsqueda de la muestra de población participante; 5) pase de la encuesta de evaluación, explicación de la investigación y consentimiento informado de las personas participantes; 6) recolección de información y organización en base de datos; y 7) análisis de resultados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 29.

Se ha solicitado la participación de forma informada, voluntaria y anónima de cada persona encuestada. Siendo este requisito para comenzar las preguntas planteadas en los cuestionarios elaborados. El estudio cumple con los estándares éticos de la Declaración de Helsinki y cuenta con la aprobación del Comité Ético de la Universitat Jaume I (CD/79/2022). El objetivo y las condiciones del estudio se describieron verbalmente y por escrito a las personas participantes y todas ellas dieron su consentimiento informado y aceptación de participación por escrito.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Los datos sociodemográficos se han obtenido con el Cuestionario Sociodemográfico (Agost, Arahuete, Monfort y Pinazo, 2022) (documento interno) elaborado por el grupo de investigación perteneciente al Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local (IIDL) de la Universitat Jaume I (ver Anexo 1). Este instrumento se basa en el estudio de Caballer, Castillo, Martínez et al. (2019). Atendiendo a los factores relacionados con la soledad y el envejecimiento descritos en el marco teórico de este estudio, se han analizado las siguientes variables agrupadas en indicadores del bienestar psicológico y la soledad. A continuación, se desarrollan las variables y los instrumentos utilizados para su medición.

Indicadores conductuales del bienestar psicológico y la soledad.

Actividades diarias de relación social. Este indicador representa el conjunto de actividades que la persona realiza voluntariamente para mantenerse comunicada con otras personas. En concreto se evalúa preguntando “¿Cuántos días a la semana realiza alguna de las siguientes actividades?”: acudir al centro de salud; al bar/café o lugar de reunión de jubilados/as; salir a pasear o al parque con amigos/as; o comunicarse por teléfono o internet con otras personas. La suma de días que realiza con una o varias de estas actividades constituye este indicador.

Ejercicio físico. Aunque el ejercicio físico también constituye una actividad, este se evalúa de forma diferenciada por tratarse de un indicador relacionado directamente con la salud. Para evaluarlo se pregunta a los/las participantes "Con qué frecuencia hacen ejercicio, como salir a pasear o andar, o algún otro tipo de ejercicio físico". Las respuestas oscilan en una escala Likert en la que 1 es "Casi nunca" y 7 "Habitualmente". Se considera la frecuencia media superior a 4 como una tendencia positiva en la realización de ejercicio físico.

Satisfacción con las visitas. Al contrario que los dos indicadores anteriores, en los cuales son las personas participantes quienes realizan la conducta; en este indicador se evalúa la conducta que los familiares realizan hacia sus mayores, en este caso las de ir a visitarles. Para evaluar la percepción de las personas se les pregunta: "¿Está satisfecho/a con la frecuencia con que sus familiares le visitan?" La respuesta se plantea en una escala Likert en la que 1 es "Muy insatisfecho/a" y 7 "Muy satisfecho/a". Se considera un nivel de satisfacción en positivo las puntuaciones entre 5 y 7.

Cuidados. Esta categoría evalúa las actividades de cuidado que realiza la persona. Se evalúan dos actividades de cuidado independientes: el cuidado a otras personas y el cuidado de una mascota.

Indicadores contextuales del bienestar psicológico y la soledad.

Vivir acompañado/a. Para evaluar la soledad física, no la percepción de esta, se les pregunta a los/las participantes con cuántas personas conviven, independientemente de si estas son su pareja, hijos/as u otras personas. El indicador se obtiene con el número de convivientes de la persona, las opciones presentadas fluctúan entre 0 (la persona vive sola) a 4 (el máximo de personas con las que los/las participantes han indicado convivir).

Percepción de calidad de vida. Este indicador se evalúa con el Cuestionario de la calidad de vida WHOQOL-AGE (Caballero et al., 2013). Los cuestionarios WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son instrumentos diseñados para la evaluación de la calidad de vida. En concreto, el WHOQOL-AGE se ha diseñado específicamente para medir la calidad de vida en la población mayor. Consta de 13 ítems positivos (ocho derivados de la escala EUROHIS-QOL y cinco de la escala WHOQOL-OLD), evaluados en una escala de calificación de cinco puntos. En este estudio, la puntuación total se ha obtenido mediante la media de puntuación por ítems; una media superior a 3 indicaría una tendencia positiva de percepción de la calidad de vida. El cuestionario ha mostrado buenas propiedades

psicométricas en Finlandia, Polonia y España, con una consistencia interna de 0.92 en personas mayores de 50 años.

Situación laboral. Mediante una pregunta directa se evalúa la situación en la que se encuentra la persona en relación a la aportación económica en su entorno familiar. Se contemplan tres situaciones: 1) si la persona sigue en activo y se encuentra trabajando; 2) si sigue en activo, pero no dispone de un trabajo o actividad remuneradas; 3) si es una persona pensionista o jubilada.

Indicadores emocionales del bienestar psicológico y la soledad.

Autoimagen persona sola. El autoconcepto comprende la percepción propia de la situación personal de soledad. Para poder evaluar este indicador se emplea una tarea semántica diseñada por Agost, Arahúete, Monfort y Pinazo (2022) (documento interno), quienes conforman el grupo de investigación que ha llevado a cabo el estudio. Se trata de una tarea con 20 palabras en la que la persona ha de elegir las 5 que más se identifiquen con el modo en que se ve a sí misma. Entre estas palabras, al menos 5 están relacionadas con el sentimiento de soledad. La tarea se basa en el principio de saliencia, por el cual, las primeras palabras que vienen a la mente de la persona deberían ser las que en ese momento representan el contexto personal de respuesta. La cantidad elegida de palabras relacionadas con la soledad constituye un indicativo de saliencia de autoimagen "de estar sola".

Sentimiento de soledad. Se ha usado la versión reducida de la Escala de Soledad de De Jong (ESDJ) (De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985; Buz y Prieto, 2013; Ayala y col., 2012). Esta escala se basa en el modelo cognitivo de la soledad de De Jong Gierveld (1987) según el cual, cuanto mayor es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen, mayor es la experiencia de soledad. La escala original, diseñada para ser auto aplicada, contiene 11 ítems que miden el grado de soledad que experimenta una persona en una dimensión básica. Seis de los ítems miden la soledad emocional derivada del abandono o ausencia de personas queridas, y los otros cinco ítems miden la soledad social producida por el deseo de contar con alguien en caso de necesidad. En este estudio se ha aplicado la escala reducida de 6-ítems diseñada para investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Esta versión recoge 3 ítems de la subescala de soledad emocional y 3 ítems de la subescala de soledad social. La consistencia interna de la escala original oscila entre 0.81 y 0.9, y la versión reducida presentó alta correlación con la escala completa con valores entre 0.93 y 0.95 (de Jong Gierveld y van Tilburg, 2006).

Satisfacción con la vida. Para evaluar este indicador se ha empleado la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002). Se trata de un cuestionario auto aplicado de 5 ítems que miden la satisfacción general con la vida. Es una evaluación global, aunque el contenido de los ítems incluye tanto afirmaciones referidas a condiciones presentes como pasadas. Se obtiene una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida. La escala tiene un índice de consistencia interna de 0.75 en mujeres mayores activas.

Estado depresivo. Para evaluar los estados de ánimo depresivos se ha administrado el Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Esta es una escala auto aplicada de 21 ítems que proporciona una medida de la presencia de depresión y su gravedad mediante una puntuación total. El rango de las puntuaciones va de 0 a 63 puntos; cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El BDI-II ha obtenido coeficientes alfa para población española en general de 0.88 y de 0.92 en pacientes.

PARTE 2. METODOLOGÍA ESTUDIO CUALITATIVO

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El estudio se ha realizado en la provincia de Castellón, considerando estos dos aspectos: a) nivel territorial, diversidad de representación de entorno rural y de entorno urbano y b) sector de procedencia de la muestra, conformado por personas representantes de las personas mayores y de personal profesional.

La muestra final cuenta con 15 personas participantes, distribuidas en dos grupos de discusión, 5 personas por cada uno de los grupos, y 5 personas en las entrevistas en profundidad.

En concreto, se han realizado dos grupos de discusión de personas mayores, diferenciados por el tamaño del municipio de procedencia de las personas participantes: a) grupo de personas participantes de un municipio rural (de menos de 1.000 habitantes) y b) grupo de personas participantes de un municipio de tamaño intermedio (mayor de 10.000 habitantes).

La muestra de los grupos de discusión se ha seleccionado a partir de los siguientes criterios de inclusión: a) según género, una representación equilibrada de mujeres y hombres; b) según edad, con representación de diferentes grupos etarios a partir de los 55 años de edad; c) según estado civil, representación de personas casadas, solteras o viudas; y d) según grado de participación en movimientos asociativos.

La muestra de las personas participantes en las entrevistas en profundidad, se seleccionó a partir de los siguientes criterios de inclusión: a) según profesión, personal técnico en el bienestar de las personas mayores; b) según entidad, representantes de entidades del sector público y de entidades privadas (empresa y tercer sector); y c) según género, una representación equilibrada de mujeres y hombres.

torno urbano y b) sector de procedencia de la muestra, conformado por personas representantes de las personas mayores y de personal profesional.

La muestra final cuenta con 15 personas participantes, distribuidas en dos grupos de discusión, 5 personas por cada uno de los grupos, y 5 personas en las entrevistas en profundidad.

En concreto, se han realizado dos grupos de discusión de personas mayores, diferenciados por el tamaño del municipio de procedencia de las personas participantes: a) grupo de personas participantes de un municipio rural (de menos de 1.000 habitantes) y b) grupo de personas participantes de un municipio de tamaño intermedio (mayor de 10.000 habitantes).

La muestra de los grupos de discusión se ha seleccionado a partir de los siguientes criterios de inclusión: a) según género, una representación equilibrada de mujeres y hombres; b) según edad, con representación de diferentes grupos etarios a partir de los 55 años de edad; c) según estado civil, representación de personas casadas, solteras o viudas; y d) según grado de participación en movimientos asociativos.

La muestra de las personas participantes en las entrevistas en profundidad, se seleccionó a partir de los siguientes criterios de inclusión: a) según profesión, personal técnico en el bienestar de las personas mayores; b) según entidad, representantes de entidades del sector público y de entidades privadas (empresa y tercer sector); y c) según género, una representación equilibrada de mujeres y hombres.

Tabla 3. Características de la muestra.

Grupo de Discusión 1 (n=5) Personas mayores municipio rural (<1.000 hab.)	Sexo: Mujer (n=2), Hombre (n=3) Edad: 67-91 Estado Civil: Casado/a (n=2), Soltero/a (n=3) Participación: Activa (n=2), Media (n=2), Baja (n=1)
Grupo de Discusión 2 (n=5) Personas mayores municipio urbano (10.000-50.000 hab.)	Sexo: Mujer (n=3), Hombre (n=2) Edad: 62-76 Estado Civil: Casado/a (n=3), Soltero/a (n=2), Participación: Activa (n=2), Media (n=2), Baja (n=1)
Entrevistas en profundidad (n=5) Personal técnico	Sexo: Mujer (n=3), Hombre (n=2) Área de Actuación: Urbana (n=2), Rural (n=1), Ambas (n=2) Entidad: Pública (n=3), Empresa (n=1), Tercer Sector (n=1)

El nivel de participación en movimientos asociativos toma en cuenta los siguientes criterios: activa, la persona participa habitualmente en las actividades y forma parte de la creación y desarrollo de las mismas; media, la persona participa en actividades de forma habitual; baja, la persona participa en alguna actividad de forma eventual.

PROCEDIMIENTO

Las técnicas empleadas para la recogida de información han sido el grupo de discusión junto con la técnica de incidentes críticos (Agost y Fuertes, 2012), dirigido a la población de personas mayores de 55 años de edad, así como la entrevista en profundidad, dirigida al personal profesional que interviene directamente con la población de personas mayores. La recogida de datos se ha llevado a cabo durante los meses de noviembre y diciembre de 2022. El registro de datos se realizó mediante grabación en audio de las sesiones, transcripción escrita de las mismas, y análisis posterior de la información.

El procedimiento que se llevó a cabo consistió en diversas fases: 1) desarrollo y definición de los criterios de inclusión de las personas participantes; 2) búsqueda de la muestra de población participante; 3) toma de contacto, explicación de la investigación y consentimiento informado de las personas participantes; 4) planificación y ejecución de las sesiones de grupos de discusión y entrevistas en profundidad; 5) transcripción (68 páginas); y 6) análisis del discurso con el programa de análisis de datos cualitativos MAXQDA, versión 18.

La selección de las personas participantes en los grupos de discusión (*focus group*) se realizó mediante muestreo estratégico deliberado, a partir de las características de los criterios de inclusión, y la técnica de bola de nieve. En primer lugar, se contactó con los servicios municipales donde realizar el grupo y, en segundo lugar, se identificó a posibles personas potenciales que, tras aceptar a participar en el estudio, también reclutaron a otras personas potenciales a participar. La selección de las personas participantes en las entrevistas en profundidad se realizó mediante muestreo estratégico deliberado, a partir de las características de los criterios de inclusión, contactando con las organizaciones directamente e invitándoles a participar en el estudio.

Las sesiones del grupo de discusión tuvieron una duración de un máximo de 90 minutos. La estructura de la sesión consistía en una primera parte de introducción

al estudio, información de las cuestiones éticas y aceptación de participación, y una segunda parte de desarrollo del grupo de discusión según el modelo de aplicación. La sesión de entrevista en profundidad, de aplicación individual, tuvo una duración máxima de 60 minutos. La estructura de la entrevista consistía en una primera parte de introducción al estudio, información de las cuestiones éticas y aceptación de participación, y una segunda parte de desarrollo de la entrevista según el modelo de aplicación. Las sesiones del grupo de discusión fueron presenciales, y las entrevistas fueron presenciales o telemáticas a elección de la persona entrevistada.

El objetivo y las condiciones del estudio se describieron verbalmente y por escrito a las personas participantes y todas ellas dieron su consentimiento informado y aceptación de participación por escrito.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables de análisis fueron definidas a partir de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad descritos en la metodología cuantitativa, y también de las áreas del envejecimiento activo (Agost, Caballer y Moreno, 2017). En esta parte del estudio, el análisis de estas variables se realiza en dos direcciones: el envejecimiento y la soledad (Tabla 4). De manera transversal a estas categorías, se aborda la perspectiva de género.

Tabla 4. Categorías de análisis envejecimiento y soledad.

Categorías generales	Perfil	Características de la persona participante: sexo, edad, estado civil, participación / sexo, área de actuación, entidad.
	Sentimiento de comunidad	Pertenencia, compromiso, necesidades compartidas.
	Imagen social	Percepción social y necesidades de las personas mayores.
	Maltrato y violencia de género	Acciones de violencia de género y maltrato hacia las personas mayores y las mujeres.
	Género	Diferencias de género.
Indicadores conductuales	Salud	Actividades vida diaria, Actividad física o ejercicio, Envejecimiento activo.
	Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas	Actividades culturales, lúdicas, artísticas, de relación social, asociativas, de solidaridad, de voluntariado, educativas y formativas, experiencia profesional.
	Otras actividades	Cuidado de otras personas, cuidado de mascotas, recepción o realización de visitas.
Indicadores contextuales	Servicios sociales	Asistencia domiciliaria, apoyos vida cotidiana, asesoría jurídica, asistencia psicológica, centros de relación social, centros de día, alternativas de alojamiento, promoción envejecimiento activo.
	Entorno y Hábitat	Seguridad, tranquilidad, comodidad, accesibilidad, amigabilidad, servicios.
	Economía	Necesidades, oportunidades, desarrollo económico.
	Vivienda	Características de la vivienda.
	Prestaciones	Prestaciones y ayudas.
	Entorno relacional	Relaciones y acciones intergeneracionales.
	Percepción calidad de vida	Valoración estado salud físico y psicológico a partir de las actividades vida diaria, acciones, oportunidades y metas.

Indicadores emocionales	Autoimagen	Valoración personal, autoestima, fortalezas, perspectivas.
	Tipos de envejecimiento	Diferencias en las formas de envejecer.
	Tipos de soledad	Diferencias en la forma de experimentar y vivir la soledad.
	Satisfacción con la vida	Autoafirmación, autorrealización, vida plena y acorde con las expectativas.
	Estado emocional	Problemas emocionales, síntomas, depresión, sentimiento de soledad.

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

PARTE 1. RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO

Los resultados del estudio cuantitativo se presentan conforme a la siguiente estructura. En primer lugar, los resultados de las características sociodemográficas de las personas participantes y los indicadores del bienestar psicológico y la soledad; a continuación, los resultados descriptivos e inferenciales por factores sociodemográficos en función de los indicadores analizados; en detalle, los resultados descriptivos e inferenciales por factores sociodemográficos en función de los indicadores analizados en las personas mayores de 65 años; por último, los resultados de la relación entre los indicadores analizados y la interacción de los factores sociodemográficos. Los datos se han procesado a través del software IBM SPSS Statistics, versión 29.

Los instrumentos de evaluación estandarizados han obtenido buenos índices de fiabilidad en la muestra de participantes del estudio, calculados mediante alfa de Cronbach: 0.90 para la escala de depresión BDI-II, 0.77 para la escala de soledad de De Jong, 0.87 para la escala de satisfacción con la vida de Diener, y 0.89 para la escala de calidad de vida WHOQOL-AGE.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS INDICADORES DEL BIENESTAR Y LA SOLEDAD

La información sobre las características sociodemográficas que definen la muestra de población mayor del estudio en la provincia de Castellón, se recoge en la Tabla 5.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra (N=384)

		M	SD
Edad		62,32	7,37
		N	%
Género	Hombre	179	46,61
	Mujer	205	53,39
Densidad poblacional	> 10.000 habitantes	269	70,05
	< 10.000 habitantes	115	29,95
Estado civil*	Soltero/a	29	7,57
	Casado/a o conviviendo	277	72,32
	Divorciado/a o separado/a	52	13,58
	Viudo/a	25	6,53
Nivel de estudios	Sin estudios	61	15,89
	Educación Básica	130	33,85
	Bachillerato	45	11,72
	Formación profesional	62	16,15
	Universitaria	86	22,39
Situación laboral	Trabaja	170	44,27
	Jubilación/Pensión	156	40,63
	Sin ingresos	58	15,10
Hijos/as*	Sin hijos/as	39	10,18
	Hijos/as	344	89,82

*1 valor perdido (N=383)

A continuación, la Tabla 6 muestra los estadísticos descriptivos de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en el total de la muestra de estudio.

Tabla 6. Resumen descriptivo de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad (N=384)

	Rango	M	SD
Indicadores conductuales			
Actividades diarias	1-8	3,10	1,07
Ejercicio físico	1-7	4,33	2,01
Satisfacción con las visitas	1-7	4,98	1,94
Indicadores contextuales			
Vivir acompañado/a	0-4	1,21	0,77
Percepción calidad de vida	1-5	3,11	0,49
Situación laboral*			
Indicadores emocionales			
Autoimagen persona sola	0-5	1,53	1,36
Sentimiento de soledad	0-6	2,17	2,06
Satisfacción con la vida	1-5	3,54	0,76
Estado depresivo	0-63	11,84	8,53

*Ver Tabla 5 de características sociodemográficas.

Los resultados de los indicadores conductuales del bienestar psicológico y la soledad en el total de personas participantes en el estudio, muestran que las personas realizan entre 2 y 3 días a la semana actividades diarias de relación social tales como ir al centro de salud, ir al bar/cafetería, acudir a un lugar de reunión, salir pasear o ir al parque y comunicarse por teléfono o internet con otras personas. La valora-

ción de la frecuencia de ejercicio físico de las personas participantes, muestra una tendencia en positivo de realización de actividad física de manera habitual, con una media de 4,33. Por lo que se refiere a la satisfacción con las visitas, la media se sitúa en 4,98, una tendencia en positivo a percibir como satisfactoria las visitas recibidas.

Por lo que se refiere a los resultados de los indicadores contextuales del bienestar psicológico y la soledad, señalan que la media de personas convivientes de la muestra de estudio se sitúa en 1,22, siendo el máximo de personas con el que conviven 4 personas (ver Figura 12). La media de la percepción de la calidad de vida se sitúa en un valor neutro, 3,11. La situación laboral de las personas participantes es estar trabajando (44%) o en condición de jubilación/pensión (41%).

Por último, se detallan los resultados de los indicadores emocionales del bienestar psicológico y la soledad. En la variable de autoimagen persona sola, las personas participantes se sitúan en una media de 1,53, esto indica que en general no tienden a considerarse personas solas. El sentimiento de soledad se sitúa en una media de 2,17, un valor que indica una leve experiencia de soledad. La satisfacción con la vida de las personas participantes se sitúa en un nivel intermedio positivo con una media de 3,54. La media del estado depresivo es 11,84, un valor que indica depresión mínima (0-13) según los rangos de la escala de depresión BDI-II.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS E INFERENCIALES POR FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN FUNCIÓN DE LOS INDICADORES ANALIZADOS

Este apartado recoge los resultados del análisis descriptivo e inferencial sobre la situación de las personas mayores de 55 años de edad, en función de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad. Se incluyen aquellas tablas de resultados en los indicadores del bienestar psicológico y la soledad que señalan diferencias estadísticamente significativas, y también aquellas diferencias destacables a nivel de análisis descriptivo en la muestra estudiada.

La relación entre los diferentes grupos de edad, comparados entre sí, con los indicadores del bienestar psicológico y la soledad se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad entre los grupos de **edad**.

	M	SD	F	p	η²
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			2.69	0.69	.014
Edad: 55-59 (N=174)	2.97	1.15			
Edad: 60-64 (N=98)	2.94	0.97			
Edad: 65-90 (N=112)	3.25	1.15			
Ejercicio físico			1.85	1.58	.010
Edad: 55-59 (N=174)	4.15	1.92			
Edad: 60-64 (N=98)	4.31	2.04			
Edad: 65-90 (N=112)	4.62	2.09			
Satisfacción con las visitas			0.98	.375	.005
Edad: 55-59 (N=174)	4.88	1.95			
Edad: 60-64 (N=98)	4.92	1.99			
Edad: 65-90 (N=112)	5.20	1.88			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			29.26	<.001	.133
Edad: 55-59 (N=174)	1.49	0.83			
Edad: 60-64 (N=98)	1.17	0.67			
Edad: 65-90 (N=112)	0.83	0.55			
Percepción calidad de vida			2.50	0.84	.013
Edad: 55-59 (N=174)	3.07	0.54			
Edad: 60-64 (N=98)	3.12	0.51			
Edad: 65-90 (N=112)	3.20	0.41			

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			2.84	.060	.015
Edad: 55-59 (N=174)	1.64	1.45			
Edad: 60-64 (N=98)	1.63	1.35			
Edad: 65-90 (N=112)	1.28	1.20			
Sentimiento de soledad			5.91	.003	.030
Edad: 55-59 (N=174)	2.43	2.12			
Edad: 60-64 (N=98)	2.38	2.15			
Edad: 65-90 (N=112)	1.63	1.77			
Satisfacción con la vida			13.50	<.001	.066
Edad: 55-59 (N=174)	3.39	0.83			
Edad: 60-64 (N=98)	3.46	0.77			
Edad: 65-90 (N=112)	3.84	0.55			
Estado depresivo			5.55	.004	.028
Edad: 55-59 (N=174)	13.18	8.80			
Edad: 60-64 (N=98)	11.84	9.14			
Edad: 65-90 (N=112)	9.78	7.09			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

Los datos muestran diferencias en varios indicadores: vivir acompañado/a, satisfacción con la vida, sentimiento de soledad, y estado de ánimo depresivo. Se puede observar que las personas situadas en el tramo de edad superior a 65 años, aunque viven solas con más frecuencia, sin embargo, están más satisfechas con su vida, se sienten menos solas, y presentan índices menores de depresión, cuando se las compara con las personas más jóvenes, en concreto las situadas entre 55 y 59 años.

El análisis descriptivo e inferencial en función del sexo en los indicadores del bienestar psicológico y la soledad, se detalla en la Tabla 8.

Tabla 8. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del **sexo**.

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			2.92	.088	.008
Hombre (N=179)	3.15	1.03			
Mujer (N=205)	2.96	1.17			
Ejercicio físico			1.46	.227	.004
Hombre (N=179)	4.46	2.03			
Mujer (N=205)	4.21	1.99			
Satisfacción con las visitas			0.65	.421	.002
Hombre (N=179)	5.07	1.81			
Mujer (N=205)	4.91	2.04			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			0.14	.706	.000
Hombre (N=179)	1.23	0.73			
Mujer (N=205)	1.20	0.81			
Percepción calidad de vida			9.07	.003	.023
Hombre (N=179)	3.20	0.43			
Mujer (N=205)	3.05	0.54			
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			0.75	.386	.002
Hombre (N=179)	1.47	1.26			
Mujer (N=205)	1.59	1.44			
Sentimiento de soledad			15.67	<.001	.039
Hombre (N=179)	1.74	1.98			
Mujer (N=205)	2.56	2.05			
Satisfacción con la vida			15.45	<.001	.039
Hombre (N=179)	3.70	0.68			
Mujer (N=205)	3.40	0.81			
Estado depresivo			25.75	<.001	.063
Hombre (N=179)	9.55	7.97			
Mujer (N=205)	13.84	8.52			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

En la tabla de resultados anterior, se observa cómo las mujeres presentan un bienestar psicológico peor y un mayor sentimiento de soledad que los hombres. En concreto, las mujeres muestran una percepción peor de su calidad de vida, menor satisfacción con la vida, mayor sentimiento de soledad y un mayor estado depresivo. Además, el estado depresivo de las mujeres se encuentra próximo al rango de depresión leve (14-19). Estos resultados indican que las mujeres se sienten más solas y anímicamente peor que los hombres.

Los resultados de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del territorio se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del **tamaño poblacional**.

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			4.54	0.34	.012
Pob > 10.000 hab (N=269)	2.97	1.08			
Pob < 10.000 hab (N=115)	3.23	1.17			
Ejercicio físico			1.57	.211	.004
Pob > 10.000 hab (N=269)	4.22	1.96			
Pob < 10.000 hab (N=115)	4.52	2.09			
Satisfacción con las visitas			0.64	.425	.002
Pob > 10.000 hab (N=269)	5.02	1.90			
Pob < 10.000 hab (N=115)	4.86	2.03			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			8.66	.003	.022
Pob > 10.000 hab (N=269)	1.30	0.76			
Pob < 10.000 hab (N=115)	1.04	0.79			
Percepción calidad de vida			0.56	.456	.001
Pob > 10.000 hab (N=269)	3.10	0.50			
Pob < 10.000 hab (N=115)	3.15	0.49			

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			0.05	.832	.000
Pob > 10.000 hab (N=269)	1.53	1.38			
Pob < 10.000 hab (N=115)	1.56	1.33			
Sentimiento de soledad			0.40	.529	.001
Pob > 10.000 hab (N=269)	2.04	0.21			
Pob < 10.000 hab (N=115)	2.02	0.22			
Satisfacción con la vida			1.39	.240	.004
Pob > 10.000 hab (N=269)	3.11	0.79			
Pob < 10.000 hab (N=115)	3.50	0.69			
Estado depresivo			3.56	.060	.009
Pob > 10.000 hab (N=269)	12.38	8.61			
Pob < 10.000 hab (N=115)	10.59	8.24			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

Al comparar el bienestar psicológico y la soledad de las personas mayores en función de la población en la que viven, se observa que las personas que viven en poblaciones menores de 10.000 habitantes, en el entorno rural, realizan más actividades diarias de relación social, viven acompañadas por personas cercanas con más frecuencia y presentan una leve mejoría de sus indicadores de depresión.

Las diferencias en los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función de la situación laboral, se presentan en la Tabla 10.

Tabla 8. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función de la **situación laboral**.

	M	SD	F	p	η²
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			3.33	.037	.017
Trabaja (N=170)	2.91	1.03			
Jubilación/Pensión (N=156)	3.22	1.07			
Sin ingresos (N=58)	2.97	1.38			
Ejercicio físico			5.77	.003	.029
Trabaja (N=170)	3.94	1.89			
Jubilación/Pensión (N=156)	4.65	2.04			
Sin ingresos (N=58)	4.57	2.09			
Satisfacción con las visitas			0.96	.383	.005
Trabaja (N=170)	4.92	1.92			
Jubilación/Pensión (N=156)	5.13	1.89			
Sin ingresos (N=58)	4.76	2.12			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			18.74	<.001	.090
Trabaja (N=170)	1.43	0.83			
Jubilación/Pensión (N=156)	0.94	0.64			
Sin ingresos (N=58)	1.34	0.69			
Percepción calidad de vida			13.00	<.001	.084
Trabaja (N=170)	3.17	0.46			
Jubilación/Pensión (N=156)	3.18	0.47			
Sin ingresos (N=58)	2.82	0.56			

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			2.14	.119	.011
Trabaja (N=170)	1.61	1.44			
Jubilación/Pensión (N=156)	1.37	1.24			
Sin ingresos (N=58)	1.76	1.43			
Sentimiento de soledad			8.36	<.001	.042
Trabaja (N=170)	2.18	2.07			
Jubilación/Pensión (N=156)	1.83	1.87			
Sin ingresos (N=58)	3.10	2.26			
Satisfacción con la vida			17.38	<.001	.084
Trabaja (N=170)	3.52	0.75			
Jubilación/Pensión (N=156)	3.73	0.65			
Sin ingresos (N=58)	3.07	0.87			
Estado depresivo			12.84	<.001	.063
Trabaja (N=170)	11.69	8.20			
Jubilación/Pensión (N=156)	10.22	7.87			
Sin ingresos (N=58)	16.66	9.48			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

El grupo de personas en condición jubilación/pensión realiza más actividades diarias de relación social, así como más ejercicio físico, en comparación con las personas que trabajan y el grupo de personas sin ingresos. Por su parte, las personas sin ingresos tienen una percepción peor de la calidad de vida, una menor satisfacción con la vida, y tienden a sentirse más solas y deprimidas. En concreto, destaca el índice medio de depresión situado en 16,66 en las personas sin ingresos, un valor que se sitúa en el rango de depresión leve (14-19).

RESULTADOS DESCRIPTIVOS E INFERENCIALES POR FACTORES DEMOGRÁFICOS EN FUNCIÓN DE LOS INDICADORES ANALIZADOS CON LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (N= 112)

Este apartado recoge los resultados del análisis detallado sobre la situación de las personas mayores de 65 años, en función de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad.

La Tabla 11 muestra las diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en diferentes grupos de edad: 65-69 años (N=51), 70-74 años (N=34) y 75-90 años (N=27).

Tabla 11. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad entre los grupos de *edad de personas mayores de 65 años*.

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			1.76	1.77	.031
Edad: 65-69 (N=51)	3.47	1.27			
Edad: 70-74 (N=34)	3.11	1.02			
Edad: 75-90 (N=27)	3.02	1.00			
Ejercicio físico			4.81	.010	.081
Edad: 65-69 (N=51)	5.10	2.01			
Edad: 70-74 (N=34)	3.74	1.42			
Edad: 75-90 (N=27)	4.81	2.06			
Satisfacción con las visitas			0.94	.395	.017
Edad: 65-69 (N=51)	3.80	0.61			
Edad: 70-74 (N=34)	3.95	0.30			
Edad: 75-90 (N=27)	3.78	0.64			

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			0.73	.486	.013
Edad: 65-69 (N=51)	0.82	0.52			
Edad: 70-74 (N=34)	0.91	0.45			
Edad: 75-90 (N=27)	0.74	0.71			
Percepción calidad de vida			1.83	.165	.033
Edad: 65-69 (N=51)	3.18	0.43			
Edad: 70-74 (N=34)	3.30	0.20			
Edad: 75-90 (N=27)	3.11	0.53			
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			2.97	.055	.052
Edad: 65-69 (N=51)	1.06	1.17			
Edad: 70-74 (N=34)	1.24	1.13			
Edad: 75-90 (N=27)	1.74	1.26			
Sentimiento de soledad			5.91	.004	.098
Edad: 65-69 (N=51)	2.02	1.83			
Edad: 70-74 (N=34)	0.79	1.01			
Edad: 75-90 (N=27)	1.93	2.07			
Satisfacción con la vida			0.94	.395	.017
Edad: 65-69 (N=51)	3.80	0.61			
Edad: 70-74 (N=34)	3.95	0.30			
Edad: 75-90 (N=27)	3.78	0.64			
Estado depresivo			0.66	.521	.012
Edad: 65-69 (N=51)	10.59	7.61			
Edad: 70-74 (N=34)	8.85	5.56			
Edad: 75-90 (N=27)	9.41	7.84			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

La relación entre los diferentes niveles de edad, comparados entre sí, con los indicadores del bienestar psicológico y la soledad se presentan en la tabla de edad. Los datos muestran diferencias en varios indicadores: ejercicio físico, autoconcepto de soledad, y sentimiento de soledad. Se puede observar que las personas situadas en el tramo de edad superior a 70 años tienen un mayor autoconcepto de soledad, piensan de sí mismas que son personas solas. Sin embargo, no tienen un alto sentimiento de soledad. Son las personas mayores situadas en el tramo de edad entre 65 y 69 años las que tienen mayor sentimiento de soledad, sin que hayan asumido que son personas solas. Son precisamente estas personas (con edad entre 65 y 69 años), las que más ejercicio físico realizan.

Por lo que se refiere al sexo, la Tabla 12 muestra las diferencias en las medias de los indicadores de bienestar psicológico y la soledad según el sexo de la persona participante.

Tabla 12. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del **sexo de las personas mayores de 65 años.**

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			0.66	.420	.006
Hombre (N=63)	3.17	1.02			
Mujer (N=49)	3.35	1.31			
Ejercicio físico			0.97	.326	.009
Hombre (N=63)	4.44	2.20			
Mujer (N=49)	4.84	1.94			
Satisfacción con las visitas			0.45	.504	.004
Hombre (N=63)	5.30	1.83			
Mujer (N=49)	5.06	1.95			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			3.96	.049	.035
Hombre (N=63)	0.92	0.52			
Mujer (N=49)	0.71	0.58			
Percepción calidad de vida			0.02	.879	.000
Hombre (N=63)	3.20	0.39			
Mujer (N=49)	3.21	0.43			
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			0.32	.375	.003
Hombre (N=63)	1.33	1.20			
Mujer (N=49)	1.20	1.21			
Sentimiento de soledad			4.50	.036	.039
Hombre (N=63)	1.32	1.76			
Mujer (N=49)	2.02	1.71			
Satisfacción con la vida			2.40	.124	.021
Hombre (N=63)	3.91	0.49			
Mujer (N=49)	3.75	0.60			
Estado depresivo			4.65	.033	.041
Hombre (N=63)	8.52	7.09			
Mujer (N=49)	11.39	6.82			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

Las mujeres mayores de 65 años de edad perciben sentirse menos acompañadas que los hombres, y presentan un mayor sentimiento de soledad y un mayor estado depresivo.

El análisis de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del tamaño poblacional, se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13. Diferencias en las medias de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad en función del **tamaño poblacional del grupo personas mayores de 65 años.**

	M	SD	F	p	η^2
Indicadores conductuales					
Actividades diarias			1.84	.166	.017
Pob > 10.000 hab (N=62)	3.12	1.09			
Pob < 10.000 hab (N=50)	3.42	1.21			
Ejercicio físico			0.70	.405	.006
Pob > 10.000 hab (N=62)	4.47	2.02			
Pob < 10.000 hab (N=50)	4.80	2.18			
Satisfacción con las visitas			1.44	.233	.013
Pob > 10.000 hab (N=62)	5.39	1.82			
Pob < 10.000 hab (N=50)	4.96	1.94			
Indicadores contextuales					
Vivir Acompañado/a			5.24	.024	.045
Pob > 10.000 hab (N=62)	0.94	0.54			
Pob < 10.000 hab (N=50)	0.70	0.54			
Percepción calidad de vida			0.14	.711	.001
Pob > 10.000 hab (N=62)	3.21	0.43			
Pob < 10.000 hab (N=50)	3.18	0.38			

	M	SD	F	p	η²
Indicadores emocionales					
Autoimagen persona sola			3.18	.078	.028
Pob > 10.000 hab (N=62)	1.10	1.04			
Pob < 10.000 hab (N=50)	1.50	1.36			
Sentimiento de soledad			1.90	.171	.017
Pob > 10.000 hab (N=62)	1.42	1.55			
Pob < 10.000 hab (N=50)	1.88	1.99			
Satisfacción con la vida			0.73	.396	.007
Pob > 10.000 hab (N=62)	3.88	0.57			
Pob < 10.000 hab (N=50)	3.79	0.52			
Estado depresivo			0.11	.919	.000
Pob > 10.000 hab (N=62)	9.39	6.83			
Pob < 10.000 hab (N=50)	9.70	7.46			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

Los resultados obtenidos al comparar los indicadores del bienestar psicológico y la soledad de las personas mayores en función de la población en la que viven, no muestran diferencias significativas en la mayoría de los parámetros. Sí se observa que las personas que viven en poblaciones menores de 10.000 habitantes viven acompañadas por personas cercanas con menos frecuencia.

RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES ANALIZADOS Y LA INTERACCIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los análisis para evaluar los efectos de la interacción entre los indicadores del bienestar psicológico y la soledad con factores sociodemográficos, se han realizado mediante análisis UNIANOVA. A continuación, se detallan las variables concretas de los indicadores analizados que indican una interacción destacable.

La Tabla 14 muestra, en función de la edad y el sexo, las diferencias en las medias del indicador conductual de 'actividades diarias de relación social'.

Tabla 14. Diferencias en las medias del indicador conductual 'actividades diarias de relación social' según la interacción de la **edad** y el **sexo**.

	M	SD	F	p	η²
Interacción sexo x edad			2.60	.076	.014
Hombre					
55-59 años (N=79)	3.21	1.08			
60-64 años (N=37)	3.00	0.94			
Más de 65 (N=63)	3.17	1.02			
Mujer					
55-59 años (N=95)	2.78	1.17			
60-64 años (N=61)	2.92	0.99			
Más de 65 (N=49)	3.35	1.31			

Nota: Los valores en **negrita** indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

Cuando cruzamos edad con sexo se encuentra que las diferencias que existen entre los grupos no son significativas, pero se observa una leve diferencia en valores absolutos que podría ser representativa de una tendencia, aunque habría que confirmarla con una muestra mayor. Esto es que parece existir una dinámica en la que los hombres tienden a hacer más actividades diarias de relación social que las mujeres, sobre todo en el tramo entre 55 y 59 años. Sin embargo, esta observación cambia en

el tramo de personas mayores de 65 años, donde la tendencia a realizar actividades de carácter social se invierte en favor de las mujeres.

Estas actividades son independientes del tamaño poblacional en el que viven las personas mayores ($F=.018$; $p=.895$), aspecto de sus vidas que no influye, ni en hombres ni en mujeres, para motivarles a realizar actividades diarias de relación social.

Por otro lado, otra interacción a destacar se muestra en la Tabla 15 que analiza el indicador emocional 'estado depresivo' en el grupo de personas que viven solas ($N=53$), en función de la interacción de la variable sexo y la variable tamaño poblacional.

Tabla 15. Diferencias en las medias del indicador emocional 'estado depresivo' en función de la interacción **sexo** con **tamaño poblacional** en **personas que viven solas** ($N=53$).

	M	SD	F	p	η^2
Interacción sexo x tamaño poblacional			4.86	.032	.090
Hombre					
Pob > 10.000 hab (N=11)	8.81	5.90			
Pob < 10.000 hab (N=10)	13.10	12.55			
Mujer					
Pob > 10.000 hab (N=17)	16.35	10.46			
Pob < 10.000 hab (N=15)	9.67	4.75			

Nota: Los valores en negrita indican significación estadística $p < .001$ - $p < .05$.

En las personas que viven solas, cuando se cruzan los datos según sexo y según el tamaño poblacional, se observa una diferencia en las medias del indicador emocional de estado depresivo, que podría ser representativa de una tendencia, aunque habría que confirmarla con una muestra mayor. Los hombres que viven solos se sienten más deprimidos cuando viven en poblaciones menores de 10.000 habitantes. Las mujeres que viven solas se sienten más deprimidas cuando viven en poblaciones mayores de 10.000 habitantes. Además, las mujeres que viven en poblaciones mayores de 10.000 habitantes aumentan su nivel de depresión y se sitúan en el rango de depresión leve (14-19).

La interacción de edad ($F=2.284$; $p=.103$) o del tamaño poblacional ($F=0.091$; $p=.891$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto a vivir acompañados.

La interacción de edad ($F=1.83$; $p=.162$) o del tamaño poblacional ($F=1.04$; $p=.309$) con sexo señala que las diferencias que existen entre los grupos no son significativas. El sexo en interacción con la edad no informa de diferencias en la realización de ejercicio físico.

La interacción de edad ($F=0.210$; $p=.811$) o del tamaño poblacional ($F=1.625$; $p=.203$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto a la satisfacción con las visitas recibidas.

La interacción de edad ($F=0.586$; $p=.557$) o del tamaño poblacional ($F=0.048$; $p=.827$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto al autoconcepto de soledad.

La interacción de edad ($F=2.331$; $p=.099$) o del tamaño poblacional ($F=0.049$; $p=.826$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto a la percepción de la calidad de vida.

La interacción de edad ($F=0.679$; $p=.508$) o del tamaño poblacional ($F=0.009$; $p=.924$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto a la satisfacción con la vida.

La interacción de edad ($F=0.010$; $p=.990$) o del tamaño poblacional ($F=0.980$; $p=.323$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto al sentimiento de soledad.

La interacción de edad ($F=1.439$; $p=.238$) o del tamaño poblacional ($F=0.046$; $p=.830$) con el sexo no informa de diferencias relevantes entre los grupos poblacionales en cuánto al estado de ánimo depresivo.

Las reflexiones sobre los resultados presentados en esta sección se elaboran en detalle y en función del marco teórico, en el apartado de conclusiones. A continuación, se exponen los resultados del análisis cualitativo.

PARTE 2. RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

A continuación, una vez analizada la parte cuantitativa del estudio, se procede al estudio de la sección cualitativa. Se divide en tres partes: análisis descriptivo general, análisis de contenido de los grupos de discusión de personas mayores y análisis de contenido de las entrevistas a personas profesionales de la provincia que trabajan con personas mayores. Los dos análisis de contenido proporcionan una perspectiva diferenciada sobre el envejecimiento y la soledad, es por ello por lo que serán analizadas de forma separada. Todos los datos han sido procesados a través del software MAXQDA, versión 18.

El análisis descriptivo general aborda aspectos relativos a la estructura y forma de los discursos, y el análisis de contenido de las transcripciones profundiza sobre el propio contenido de las entrevistas y los grupos de discusión.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación, se muestra el análisis gráfico de los resultados obtenidos a partir de las transcripciones. Se ha respetado el idioma natural de las personas participantes, siendo este el valencià o el castellano.

Figura 13. Palabras más mencionadas en los Grupos de Discusión.



Fuente: Elaboración propia a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

Figura 15. Sistemas de códigos y subcódigos tratados en los Grupos de Discusión.

Sistema de códigos	GD 1 S	GD 2 A	SUMA
Perfil	2	0	2
Sentido de comunidad	12	0	12
Imagen social	9	0	9
Maltrato y violencia de género	2	0	2
Género	24	0	24
Indicadores conductuales	1	0	1
Salud	14	0	14
Actividades sociales, culturales, formativas y lúdica	10	0	10
Otras actividades	8	0	8
Indicadores contextuales	0	0	0
Servicios Sociales	3	0	3
Entorno y hábitat	2	0	2
Vivienda	2	0	2
Economía	3	0	3
Prestaciones, ayudas y programas	2	0	2
Entorno relacional	23	0	23
Percepción calidad de vida	3	0	3
Indicadores emocionales	0	0	0
Autoimagen	14	0	14
Tipos de envejecimiento	17	0	17
Tipos de soledad	32	0	32
Satisfacción con la vida	9	0	9
Estado emocional	34	0	34
SUMA	101	125	226

Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

De la misma forma, en la Figura 16 se muestra el sistema de códigos establecido para las entrevistas, cuyo análisis se ha basado en 315 segmentos. Los temas más tratados en este caso han sido: prestaciones, ayudas y programas, y género.

Figura 16. Sistema de códigos y subcódigos tratados en las entrevistas.

Sistema de códigos	E5	E4	E3	E2	E1	SUMA
Perfil	1	1	1	1	1	9
Sentido de comunidad	1	1	1	1	1	10
Imagen social			1			1
Maltrato y violencia de género	1				1	4
Género	1	1	1		2	22
Indicadores conductuales						0
Salud	1	1	1	1	1	22
Actividades sociales, culturales, formativas y lúdica	2	1	1	1	2	29
Otras actividades	1		1			6
Indicadores contextuales						0
Servicios Sociales		1	1		1	28
Entorno y hábitat	1	1	1	1	1	13
Vivienda	1		1			3
Economía	1	1			1	4
Prestaciones, ayudas y programas	2	2	2	2	1	66
Entorno relacional	1	1	1	1	1	24
Percepción calidad de vida	1	1		1	1	10
Indicadores emocionales						0
Autoimagen						0
Tipos de envejecimiento	1		1			5
Tipos de soledad	1	1	1	1	2	30
Satisfacción con la vida			1			3
Estado emocional		1	1	1	2	26
SUMA	67	43	85	40	80	315

Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

Así, si estos sistemas anteriormente analizados se agrupan en códigos generales, se observa que el grueso del discurso en la Figura 17 se concentra en Indicadores Emocionales. Igualmente, en la Figura 18 destacan los Indicadores Contextuales y Emocionales en las diferentes entrevistas.

Figura 17. Sistema de códigos tratados en los Grupos de Discusión.

Sistema de códigos	GD 1 S	GD 2 A	SUMA
Perfil	2		2
Sentido de comunidad		12	12
Imagen social		9	9
Maltrato y violencia de género		2	2
Género	24		24
Indicadores Conductuales	34		34
Indicadores contextuales	38		38
Indicadores emocionales	106		106
SUMA	102	125	227

Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

Figura 18. Sistema de códigos tratados en las entrevistas.

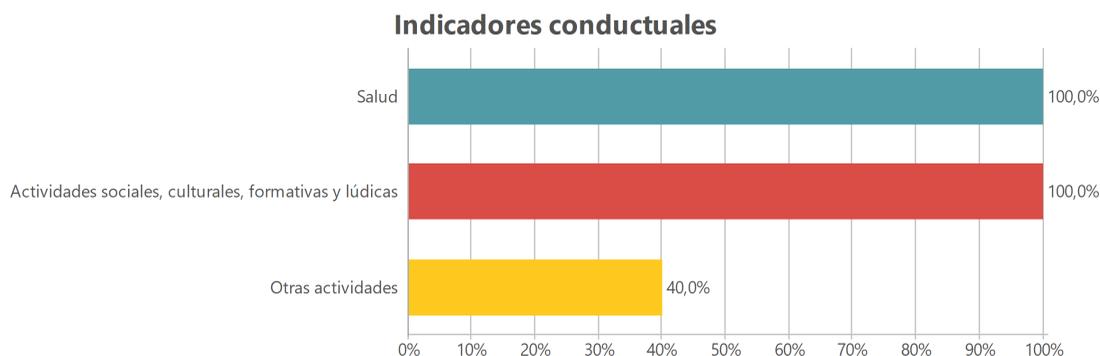
Sistema de códigos	E5	E4	E3	E2	E1	SUMA
Perfil	9					9
Sentido de comunidad		10				10
Imagen social			1			1
Maltrato y violencia de género					4	4
Género	22					22
Indicadores Conductuales	57					57
Indicadores contextuales	148					148
Indicadores emocionales	64					64
SUMA	67	43	85	40	80	315

Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

Análisis de las Subcategorías

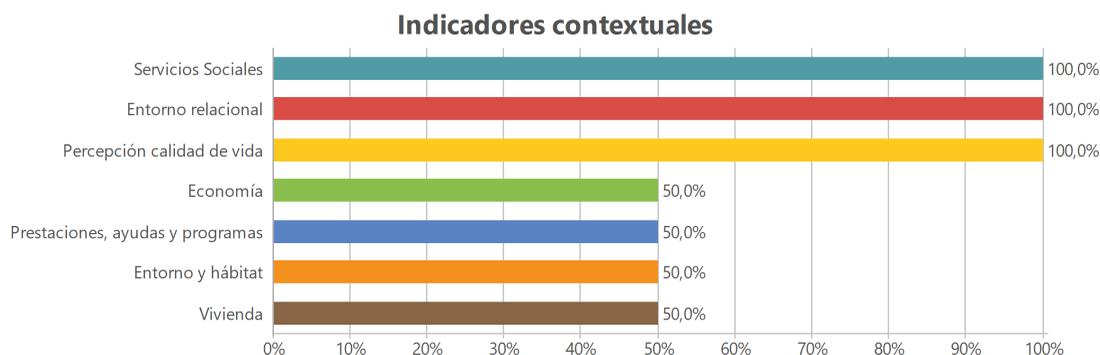
En este apartado se detalla el análisis de las subcategorías extraídas del sistema de códigos. Se explican, por tanto, los resultados relativos a los Indicadores Conductuales, Contextuales y Emocionales.

En Grupos de Discusión destacan en igual forma los Indicadores Conductuales relacionados con la salud, las actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas, y otras actividades. Por su parte, en las entrevistas, destacan los aspectos relativos a la salud y los relacionados con las actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas, y otras actividades (Figura 19).

Figura 19. Indicadores Conductuales en las entrevistas.

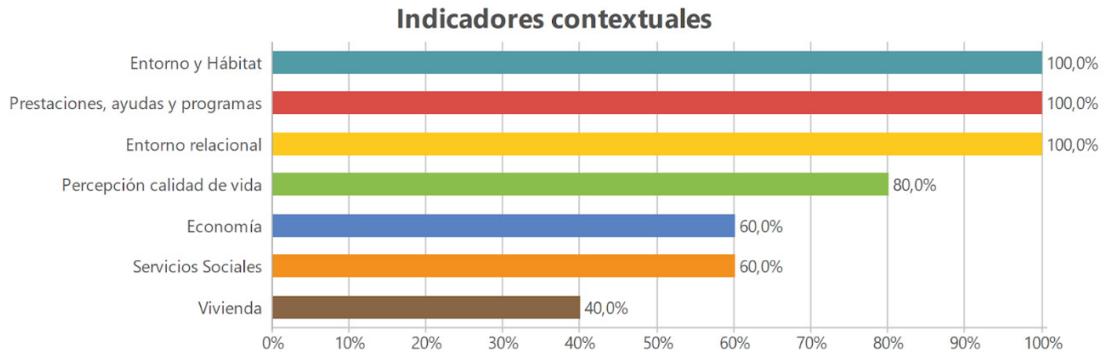
Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

En los relativo a los Indicadores Contextuales, los temas más destacados en las Grupos de Discusión son: servicios sociales, entorno relacional y percepción de calidad de vida. Asimismo, en las entrevistas, las categorías de entorno y hábitat, prestaciones, ayudas y programas, y entorno relacional han sido las más mencionadas, seguido de percepción de calidad de vida y, en tercer lugar, economía y servicios sociales.

Figura 20. Indicadores Contextuales en los Grupos de Discusión.

Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

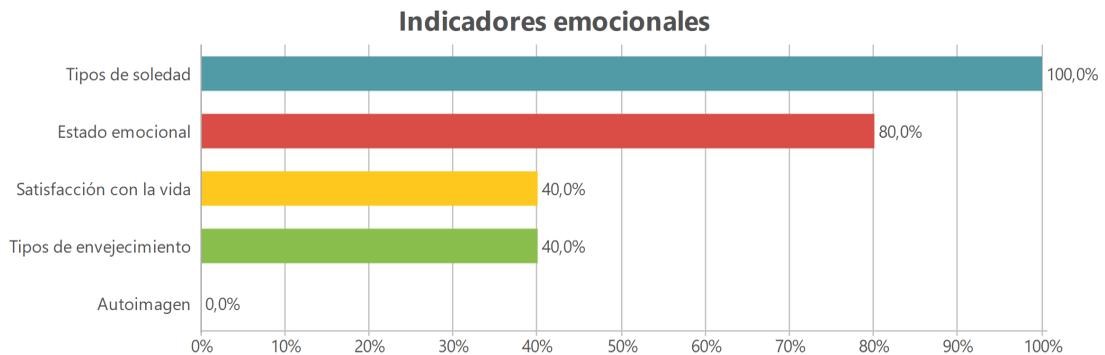
Figura 21 . Indicadores Contextuales en las entrevistas.



Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

Finalmente, y atendiendo a los Indicadores Emocionales, se destacan los tipos de soledad y estado emocional como las temáticas más abordadas en los Grupos de Discusión (Figura 22). Por lo que se refiere a las entrevistas, los temas relativos a esta categoría se han tratado de forma homogénea sin ninguna incidencia destacable.

Figura 22 . Indicadores Emocionales en los Grupos de Discusión.



Fuente: Figura extraída a partir del programa de tratamiento de datos MAXQDA18

ANÁLISIS DE CONTENIDO DEL DISCURSO DE LAS PERSONAS MAYORES

Una vez realizado el estudio descriptivo, se procede a analizar el contenido de las transcripciones dividido en diferentes bloques y subapartados relacionados con temas de interés y aspectos remarcables en los discursos de las personas participantes. El primer bloque sirve para contextualizar y conocer el perfil sociodemográfico de las personas mayores.

Grupo 1: Llevado a cabo en Suera y compuesto por 3 mujeres y 2 hombres, que presentan diversos perfiles de participación e implicación en asociaciones y actividades del territorio (desde un nivel bajo hasta una participación activa).

Grupo 2: Realizado en l'Alcora. Formado por 3 hombres y 2 mujeres con diferentes niveles de participación en la comunidad (desde una participación activa hasta un perfil de actividad bajo).

Categorías Generales



Sentido de comunidad

Cuando se habla de sentido de comunidad se alude al sentimiento de inclusión dentro de un grupo a nivel comunitario. En este sentido, en el discurso predominante se percibe una alta implicación intragrupal y de ayuda mutua entre las diferentes personas convivientes en un mismo territorio, ya sean vecinos/as, conocidos/as, amigos/as, y/o familia.

"Jo també estic a soles, però dalt viu la meua germana, el meu cunyat... Encara que jo sempre he sigut independent i no estic mal a soles, estic molt bé a soles." (Hombre, GD 1).

"Jo, mira, m'alce i (nombre de la vecina)! i ale, ja la cride, se asome: 'Ja has almorçat?' ala, i allà a migdia (Nombre de la vecina)!: 'Que no te fas el dinar?' pues aixina a tot hora. Però que sí, que no és bonico quedar-se a soles no, el que té companya, el que està casat i aixina, jo no vull ni imaginar-meu de quedar-me a soles, però és aixina, passa a tots." (Mujer, GD 1).

“Hi hauria que arrimar-se a d’ells, dili bon ida, o vols acopamyar-me, anem ací, anem allà... És a dir, anar tiranlis com si digueram un ‘anzuelo’ a vore si en algú l’enganxes i cau, però és difícil eh, és difícil.” (Mujer, GD 1).



Imagen social

Este apartado trata la percepción de una persona mayor a nivel social. Los discursos giran en torno a un proceso de adaptación frente a un nuevo modelo de vida, el respeto e incluso muchas veces sentimientos de pena y compasión.

“Pues una persona major que li deuen tot el respete, que li deuen un respete als majors.” (Hombre, GD 1)

“Jo me la imagine una persona que ha passat alguna etapa important de la vida, la vida laboral, la vida activa l’ha passat, entonces ara torne a un començament nou, una altra etapa de la vida que se te que adaptar i acostumbrar a ella, a saber disfrutar i a ser amo del seu temps.” (Mujer, GD 2).

“Jo n’he tingut de majors, tu sas què? A mi tots me donen molta llàstima, només voldria ajudar-los a tots i me donen molta pena tots. Mira, a mi la persona quan s’ha fet aixina major i velleta només me done sentiment.” (Mujer, GD 1).

Asimismo, también se ha establecido una diferenciación de género en cuanto a una persona mayor. Estas respuestas se encuentran relacionadas con una pregunta específica lanzada en los Grupos de Discusión “¿es lo mismo envejecer siendo hombre que mujer?”. En primera instancia, las respuestas eran todas negativas; sin embargo, a través del análisis del discurso, se puede constatar que en el ideario imaginario se piensa que no hay diferencias de género, aunque en el mismo discurso se observa que realmente no es así. Cabe destacar que quien más incide en las diferencias entre los hombres y mujeres mayores, son las propias mujeres.

“Hi ha molta diferència perquè les dones ens mantenim molt més actives que els homes.” (Mujer, GD 2).

“Les dones no envellim tant com els homes, els homes envellisen més, excepte algun cas. Les dones tenim una altra classe d’energia siga perquè els fills ens arrastren, els nets ens arrastren. Quan tens nets és com si tornares a una altra joventut, i ells se retiren del treball i ja han acabat. La dona té eixa vitalitat de posar-se al dia

en les coses dels xiquets, de portar-los a les activitats... Hi ha també homes que ho fan, però normalment la majoria som les dones.” (Mujer, GD 1).



Maltrato y violencia de género

En relación a este ámbito, en los diferentes discursos se percibe el conocimiento por parte de las personas mayores de la existencia (aunque no normalización ni aceptación) de la violencia de género y relaciones de maltrato.

“Abans les parelles, com la dona no treballava, ja tenia temor: ‘on aniré?’, ‘què faré?’. Encara que reberen pallisses, aguantaven a l’home. No sóc partidari que un home li alce la mà a una dona, però abans els tocava aguantar per això: ‘on aniré?’, ‘què faré?’ Ara, gràcies a déu, la societat va canviant i les parelles també van canviant.” (Hombre, GD 2).

También se han captado relatos relacionados con el maltrato hacia personas mayores.

“Veig que hi ha gent que vol més al gos que a l’abuelo, i a l’abuelo se’l deixen en qualsevol racó o el deixen on siga podent-lo tenir.” (Hombre, GD 2).



Género

La categoría de género es transversal a todos los discursos y secciones a analizar. De la misma forma, también se somete a estudio de forma general en este apartado. En los diferentes grupos de discusión se ha evidenciado la existencia de unos roles de género muy marcados en la sociedad, los cuales en el pasado han llegado a coartar la libertad y autonomía de las mujeres. Estas realidades, en ocasiones, se han ido arrastrando hasta la actualidad.

“Tu pots comprendre que hi ha gent que viu en el home i a lo millor no se porten bé i quan se mor peguen un descans, estàn bé a soles.” (Hombre, GD 2).

“Hi ha parella que arriba l’home a casa i ‘hola, me’n vaig al bar’ o ‘me’n vaig a caçar’ i en tres o quatre dies no el veus. Se’n va a caçar el cap de setmana, se’n va ací, se’n va allà. No hi ha eixa comunicació”. (Mujer, GD, 2).

Cabe destacar la especial importancia que se da a las diferentes actividades asignadas en función del género, entre las que se destacan los cuidados.

“Les dones esteu més acostumades per a guisar, limpijar, escurar,... Nosaltres, els homes, abans no feiem res. Ara, per sort o per desgràcia, ja t’han criat d’una altra manera i dius: ‘vale, me toca fer açò o me toca fer allò’ i procures ajudar-li a la dona i abans no li ajudaves. Agafaven la escopeta i estaven tres o quatre dies, no hi havia convivència.” (Hombre, GD 2).

“Els homes estàvem acostumats a que la mamà ens ho fera tot però jo ara, el dinar o fer la feina de casa, no me molesta. També hi ha homens i homens. Jo tots els dies me toca fer el dinar i els diumenges la paella o l’arròs al forn.” (Hombre, GD 2).

En este sentido, se puede ver una clara separación entre la esfera pública (asignada a los hombres) y la esfera privada (asignada a las mujeres). El hecho de que sean personas pertenecientes a la tercera edad quien perciban y hablen sobre estas divisiones en función del género, es un aspecto importante. Con el paso del tiempo se han producido cambios generacionales remarcables, tanto de pensamiento como de roles, y las personas mayores son, al fin y al cabo, quienes han vivido estas transformaciones.

“Hem passat de les dones a casa, prohibit totalment anar al bar, ni per a fer-te un café amb el teu home -a la época de ma mare això passava- a les dones fer-se ara les ames dels bars. Ara normalment els bars estan plens de dones on abans estaven plens d’homes. Me’n recorde quan era xicoteta que mon pare anava al café de vesprada, i a mi me tenia prohibit anar, que era una cria, ‘cuidadito que vingues al bar a demanar-me un xavo’. Les dones no anaven als bars. I ara ha canviat, les dones han remontat de tal manera que s’han alliberat. Dos dones ballant, besant-se, abraçant-se i dos homes ballant, besant-se, abraçant-se. La gent encara no hem canviat el xip.” (Mujer, GD 2).

“Quan anava un home al ball a soles, igual elles no volien ballar amb homes, volien ballar entre elles, però ell els donava pena. M’ho deia moltes vegades (la seua mare): ‘ha vingut fulano, pobre, que s’ha quedat viduo, i vol distraure’s un poquet, i allí el veies com si fora un pollet ballant’. Si estava a soles per a què anava, i si s’arrimava a algú tots li fugien, i elles al vore’l els donava pena. En canvi, les dones, quan ha passat una temporadeta: ‘vaig a eixir a distraure’m’, troben amigues i s’ho passen bé. Si de viatge van dos homes, pareixen dos pollets banyats, van dos dones i van a passar-ho bé. Molts homes se queden viduos i voldrien eixir però no ixen. Hi ha un cas d’una persona, era molt ballador, era una bona persona, se li va morir la dona, i ara el veus tots els dies al bar, però si ara eixa persona vinguera a ballar, ballaria en

la quadrilleta que anava, però en els demés no aniria a ballar amb ningú. I seria molt millor que anara al ball perquè és molt ballador i molt bona persona, i no com ara que el veus en este bar i l'altre bar. Però està montada la cosa aixina. Si s'haguera quedat ella vidua, ella tots els dissabtes estaria ballant i és lo millor que podria fer" (Mujer, GD 2).

Indicadores Conductuales



Salud

En el ámbito de la salud se detecta un discurso predominante que remarca el cambio de visión de la vejez. Las personas mayores prefieren seguir siendo partícipes en la sociedad y mantenerse activos.

"Cada vegada hi ha persones majors més actives que se preocupen més per la salut, per estar bé i per tindre més concepte del que poden fer. I demanar ajudes o vore si se fan coses per a estar millor, per a la salut, o reclamar coses per a la seua salut." (Mujer, GD 2).

"Hui en dia la gent major està més activa perquè els agrada viatjar, els agrada participar si fan algún 'evento' o alguna cosa, cuidar-se la salut i tindre un benestar millor que els seus pares." (Mujer GD 2).

Se percibe un alto grado de concienciación sobre el cuidado de la salud tanto física como psicológica, así como en la proporción de autocuidados.

"Ara els majors anem a moltes revisions i ens preocupem. Les persones d'abans no ho feien. Ara tots els anys, que ens toca eixa revisió, al 'puesto'; que ens hem de mirar la vista, al 'puesto'; i tot això influís. El que té mala sort, li agafa una malaltia i no la conta, però normalment la gent arriba a molt més major perquè ens preocupem més en tot: en distraure's, en menjar més sa i en les revisions mèdiques. Ens podem cuidar més que les persones d'abans, perquè abans no tenien els mitjans per a fer-ho. Ara estem molt millor." (Mujer GD 2).

En el caso de tener alguna enfermedad o no tener una buena salud, se mencionan las necesidades económicas y relacionales como elementos a tener en cuenta y así aumentar el bienestar.

“És molt difícil. O bé has de buscar algú, però necessites el bolsillo molt ple, i tens que organitzar-te (...) Una persona depenent depén d’una altra persona, per a la soledat i per a tot. La persona que ajuda és la persona que li té que organitzar la vida perquè és difícil. Ma mare és depenent i no li funciona el cap. Si és depenent però els funciona el cap, sí se poden organitzar.” (Mujer, GD 2).

“Això ha de ser la cosa més trista del món, el trobar-te malalta i no tindre la família al costat, ha de ser la cosa més trista del món.” (Mujer, GD 2).



Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas

En relación con el apartado anterior, las personas mayores entrevistadas destacan el desempeño de diferentes tareas con el fin de mantenerse activos/as. Estas acciones se presentan como un factor de protección que produce bienestar psicosocial.

“Anar al ball, anar a moltes activitats, ioga... A part del que fas a casa, no pares, allà on hi ha alguna coseta, allà que te’n vas.” (Mujer GD 2).

“Viatjar, anar al ball divendres, dissabte, o eixir a sopar en els amics... No quedar-se a casa davant del caixò (se referís a la tv) que és el que més ens mata a tots.” (Hombre, GD 2).

Cabe destacar que estas actividades se contextualizan en una sociedad y una comunidad con unos roles, valores y normas específicas, las cuales se hacen visibles en algunas dinámicas intragrupalas. Ejemplo de ello es que, a través de estos relatos, queda patente la perpetuación de los roles de género en muchas dinámicas.

“Volia contar-vos un cas que me va passar a mi. En el últim creuer que vam fer, jo ja l’havia fet i no tenia massa ganes, però una amiga va dir que sí que voldria anar, i vam dir de compartir el ‘camarote’. La cosa va anar bé perquè no tenia perquè anar mal. I en tornar, una dona: ‘que en qui vas anar?’ i jo: ‘en fulana’ i aquella se queda pensant i diu: ‘veus, això me pareix bé a mi’ i jo: ‘a mi m’és igual que te parega bé o mal, és cosa meua, no és cosa teua’. L’educació entra molt en totes les coses.” (Hombre, GD 2).

“Quan anava un home al ball a soles, igual elles no volien ballar amb homes, volien ballar entre elles, però ell els donava pena. M’ho deia moltes vegades (la seua mare): ‘ha vingut fulano, pobre, que s’ha quedat viduo, i vol distraure’s un poquet,

i allí el veies com si fora un pollet ballant'. Si estava a soles per a què anava, i si s'arrimava a algú tots li fugien, i a elles al vore'l els donava pena. En canvi, les dones, quan ha passat una temporadeta 'vaig a eixir a distraure'm', troben amigues i s'ho passen bé. Si de viatge van dos homes, pareixen dos pollets banyats, van dos dones i van a passar-ho bé. Molts homes se queden viduos i voldrien eixir però no ho fan. "(Mujer, GD 2).



Otras actividades

En relación con otros tipos de actividades que se desempeñan, el cuidado de otras personas es la más nombrada. Quien afirma desempeñar estas tareas son en su totalidad mujeres. Esta actividad se percibe en ocasiones como intrínseca y asignada al género. En los discursos se ha detectado sentimientos de resignación y malestar asociados a esta actividad.

"Massa gent que me ve a casa, ahir en tenia 7 o 8 dinant, demà tornen que en tinc 7 o 8 dinant, tinc dos netes que sóc 'fete conter' que sa mare, que: 'güela açò, güela lo altre'. És a tot hora, jo estic bloquejà de tanta cosa." (Mujer, GD 1).

"Les dones ens mantenim molt més actives que els homes. Si tens fills o tens nets, jo mateixa tinc 3 fills i 6 nets, i jo vaig, vaig, vaig, que a vegades me diuen: 'sempre vas corrents' i sí, sempre vaig corrents i vaig molt contenta d'anar sempre corrents perquè no tens més remei. Si no vulgueres tindre eixe estrés, no el tindries, però vull tenir-lo. A ma casa venen a menjar 15 persones i tinc que estar activa, si no, no arribariem a tot. I el meu home m'ajuda un poquet, però la que porta la faena sóc jo. Canvia molt. Després quan vas per ahí veus un home i una dona i ella està molt millor, normalment veus les dones més joves que els homes. Els homes arriben, i la majoria s'asenten al sofà, se'n van al bar i si t'ajuden un poquet. En canvi tu t'alces pel matí i ale, ale, ale, fins que ho tens tot solucionat. A mi, personalment, és la vida que m'agrada, però canvia molt d'un home a una dona." (Mujer, GD 1).

También hay relatos que destacan los aspectos positivos que implica cuidar. Destacan sobre todo la alta actividad que implica y, por tanto, la vitalidad que proporciona.

"Les dones no envellim tant com els homes, els homes envellisen més, excepte algun cas. Les dones tenim una altra classe d'energia siga perquè els fills ens arras-

tren, els nets ens arrastren. Quan tens nets és com si tornares a una altra joventut, i ells se retiren del treball i ja han acabat. La dona té eixa vitalitat de posar-se al dia en les coses dels xiquets, de portar-los a les activitats... Hi ha també homes que ho fan però normalment la majoria som les dones” (Mujer, GD 2).

Indicadores Contextuales



Servicios Sociales

En lo relativo a esta temática, se percibe una mejora en el conocimiento sobre el ejercicio del derecho a prestaciones y ayudas en los Servicios Sociales por parte de las personas mayores.

“Hi ha persones majors més actives i que se preocupen més per la salut, per estar bé i per tindre més concepte del que poden fer. I demanar ajudes o vore si se fan coses per a estar ells millor, per a la salut, o reclamar coses per a la seua salut.” (Mujer, GD 2).

“Jo tinc la meua neta que és treballadora social i anirà cada dia on li digan a fer companyia a una persona, a ajudar-li en lo que siga.” (Mujer, GD 1).

Se llegan incluso a realizar sugerencias para la mejora de la intervención con personas pertenecientes a la tercera edad.

“Estaria bé per a stes persones que estan a soles que puguera nàixer una associació. Jo tinc un temps i puc dispondre d’una hora o dos a la setmana per acompanyar a les persones que estan a soles. No hi han un serveis socials que ho saben, doncs que ens diguen que ací estan estes persones que necessiten una hora de companyia, per exemple, per anar als metges. A mi no me sabia gens de mal de participar en un programa aixina. I donar-los eixa espenteta: ‘va, vinga, ix, anima’t, jo t’acompanye si és precis’.” (Mujer, GD 2).



Entorno y Hábitat

Atendiendo a esta dimensión, tan solo un grupo de discusión (GD 1) ha hecho alusión a lo unida que está la gente en la localidad en la que viven. Esto se debe en parte a que es un municipio pequeño y con una población reducida, todos y todas se conocen y se prestan a ayudarse mutuamente.

“Ací som un poble molt unit.” (Mujer, GD 1).

Por otro lado, se hace especial hincapié a la preferencia de la estancia en el hogar cuando se envejece, antes que vivir en una institución como lo serían las residencias.

“Pense que tot el món vol estar en sa casa, visca en parella o visca a soles. Perquè per molt bé que estiga, a ta mare (en referencia a otra persona participante) no li faltarà de res en ta casa, però no és sa casa. Jo a vegades ho pensa, si estiguera en ma casa faria açò o no faria lo altre, però si estàs en casa del fill o en casa d’una persona que la vols indudablement, però no és ta casa. I com casa no hi ha res, és veritat. Ara, estigues en el estat que estigues, la perfecció no existís; és a dir, que sempre te falta algo.” (Hombre, GD 2).

“Si tenen algú els posen persones per a acompanyar-los, també se senten a soles perquè és un estrany (...). Per a estar aixina prefereixen estar soles o un altre tipus d’opció com anar-se’n a una residència.” (Mujer, GD 2).



Economía

En el ámbito económico el tema en el que más se ha incidido es en las desigualdades de género preexistentes, las cuales han perjudicado a las mujeres una vez se han jubilado, contribuyendo así a las diferencias en relación a las pensiones y, por tanto, a la calidad de vida y la autonomía individual.

“Ací va passar una cosa, al franquisme els posaven una trampa a les dones, els donaven una dote quan treballaven per a que s’ho deixaren, els donaven 6 quinzets, aleshores la majoria de les dones aspiraven a casar-se per deixar-se el treball. Se’ls donava x diners i què ha vingut ara, com no han treballat després de casades, ara no arriben a una mínima paga. Aleshores tenen que dependre del que cobra l’home i és el que comentavem abans, hi ha gent que té que aguantar perquè no té un altre mig de vida.” (Hombre, GD 2).

“Abans les parelles, com la dona no treballava, ja tenia temor: ‘on aniré?’, ‘què faré?’” (Hombre, GD 2).



Prestaciones, ayudas y programas

En esta dimensión, las personas entrevistadas han relacionado la necesidad de prestaciones y ayudas con la salud. Cuando se necesitan cuidados externos para poder garantizar el propio bienestar de la persona es necesario realizar un gran esfuerzo económico.

“És molt difícil. O bé has de buscar algú, però necessites el bolsillo molt ple, i tens que organitzar-te i les circumstàncies també te les porten. Una persona dependent dependis d’una altra persona, per a la soledat i per a tot. La persona que ajuda és la persona que li té que organitzar la vida, perquè és difícil. (Mujer, GD 2).



Entorno relacional

En relación al entorno relacional, el apoyo de la familia cercana destaca como el más esencial. Este elemento constituye un factor de protección frente a la soledad no deseada.

“Jo només, la família, els nets, tot, només tinc ganes de vore’ls. I cada u pense d’una manera, ho viu d’una manera.” (Hombre, GD 1).

“És molt diferent a soles del tot a les que tenim respald, que tenim els germans, que tenim... Canvie molt.” (Mujer, GD 1).

También se alude a la individualización de la vida, cada vez más frecuente y, como consecuencia de ello, a la percepción de la escasez de apoyo relacional. Esto puede constituir un factor de riesgo que perjudica a la salud mental de la propia persona.

“Es viu cada vegada més individual. Es fa la persona major i cada vegada l’individu és més unitari i cadascú viu més a soles.” (Hombre, GD 1).

“La família renuncia quan té obligacions. Renuncia a cuidar un malalt encara que siga el teu pare o siga la teua família, te s’haja portat bé o te s’haja portat malament. Els fills se fan egoistes i lo únic que fan en una persona que és dependent i que dona molta feina, que els enganxa i és un pes, és una pedra que t’afona i t’afona... la família els abandona. Hi ha que per egoisme completament, hi ha qui agafa una abuelet i l’abandona a una gasolinera, i hi ha qui no té a ningú. I hi ha gent que té família i la família passa olímpicament d’ells, no els cuida.” (Mujer, GD 2).

“Vea persones que estaven completament a soles, no tenien a ningú, me feien una llàstima... Perquè u quan està mal no té ganes de res, però tu saps que si estàs mal tens una persona al costat fent guàrdia que a la mínima toca un timbre, però jo passava passejant i veia a les habitacions persones majors que estaven completament a soles tot el dia i m’agafaven ganes de plorar... I venia un dia, venia un altre, i pensaba: ‘això és que treballaran els caps de setmana’ i no, depenien de les enfermeres. Això és molt trist. I feia: ‘serà perquè no tindran a ningú’.” (Mujer, GD 2).



Percepción calidad de vida

La percepció de la qualitat de vida se encuentra relacionada con el estado físico y mental de la propia persona. Cuando una persona envejece, estas condiciones empeoran. En este sentido, se percibe capacidad de adaptación frente a este tipo de circunstancias.

“T’has de adaptar a tot això, a la edat que tens, a la situació que te trobes, a les coses que tens que fer i a lo que te agrada anar, perquè és un imponderable que els anys els compliràs i que les coses venen aixina, i que cada vegada seràs més major. Lo qual no vol dir que dius: ‘bueno, tinc ixa edad la meua vida s’ha acabat, ja no tic res que fer i s’ha acabat tot ja’, no. Tens que saber anar adaptant-te a les circumstàncies que tens i a l’edat que tens.” (Hombre GD 1).

“Jo estic actiu com si fora jove i me dol deixar-meu, i vaig malament ja, que me porten allà en el cotxe i me tornen, i vaig a muntó malament, però me dol deixar-meu. Però vaig a l’horta i plante, sembre, escarbe, cull bajocons, de tot.” (Hombre, GD 1).

También se habla de la mejora de la percepción de la calidad de vida de las mujeres, hecho que se encuentra ligado a la mayor autonomía e independencia.

“Abans la dona es recolzava molt en el home. L’home, normalment, no accedia a si la dona tenia un capritxo entre comilles o: ‘a mi m’agradaria açò i açò’. En les relacions de parella d’aquell moment hi havia molt poca llibertat. La dona s’acoplava més si se tenia que tragar un partit de futbol perquè a l’home li agradava. No hi havia eixa confiança de dir: ‘xa, si a tu t’agrada anar a paseo o t’agrada anar al ball i a mi no m’agrada’. Encara conec gent d’eixa, l’altre dia me deia una dona que aniria més al ball si al seu home li agradara. Ha hagut molt poca llibertat. Aleshores, com la dona s’ha acoplat a l’home, des del moment que això li falla, ja no veu res, no sap per on tirar. No ha tingut una vida pròpia a partir de que s’haja casat.” (Hombre, GD 2).

Indicadores Emocionales



Autoimagen

La vejez se percibe como una de las mejores etapas en la vida donde se sigue teniendo actividad, por lo que se enfatiza en la importancia de no parar. La persona mayor se percibe como sabia debido a la experiencia de los años vividos, por lo que se supone debe ser tratada con respeto por la sociedad.

“Més experiència i pues una persona major que li deuen tot el respecte.” (Hombre, GD 1).

“Ara és quan nosaltres estem en lo millor de la vida. De salut, estem bé. Problemes ja no en tens: la faena, els diners, criar els fills. Per a mi ara, en estos moments, és lo més bonico de la vida. Però penses que no durarà molts anys per l’edat que tenim, però és lo més bonico de la vida. Gràcies a déu tens diners, tens una familia que están tots units, tens els nets que entren per la porta: ‘uela, uela, uelo’... Estàs molt contenta de tot això. Te’n vas de viatge, tens amics... Jo crec que ara estic en lo millor de vida.” (Mujer, GD 2).

También se menciona la cada vez más frecuente individualización de la vida, y la importancia de conservar una actitud positiva.

“Mentalitat de que vals per a algo, que pots fer coses i que no perquè t’has jubilat ja has acabat, sinò que bueno, tens que anar seguint.” (Hombre, GD 1).



Tipos de envejecimiento

Existen diferentes maneras de afrontar la vejez. En los diferentes discursos se perciben dos tendencias claras. Por un parte, el envejecimiento saludable que implica el mantenimiento de la participación activa en la sociedad, y la preocupación por la conservación de las condiciones físicas y mentales. A esta tendencia se le denomina envejecimiento activo.

“Cada vegada seràs més major, lo qual no vol dir que dius: ‘bueno, tinc eixa edat, la meua vida s’ha acabat, ja no tic res que fer, i s’ha acabat tot ja”, no. Tens que saber anar adaptant-te a les circumstàncies que tens i a l’edat que tens.” (Mujer GD 2).

“L’envelliment actiu és que u s’haje fet Vell, però que activitat en tinga igual. Perquè si a tu te fa mal el genoll i no t’alces de la cadira, això no pot ser, tens que menejar-te, sinò cada dia vas a menos, es aixina.” (Hombre, GD 2).

Por otra parte, se habla también de un envejecimiento que opta por el aislamiento de la sociedad y el descanso. Esta tendencia puede acarrear una mala salud mental y originar situaciones de soledad no deseada. El factor que diferenciaría estas dos formas de hacerse mayor es la actitud.

“Hi ha una part negativa que és que a lo millor un amic o un company et diga: ‘però tu encara tens ganes de anar a això?’ i tu li contestes: ‘i per què no’. Además si li fiques voluntat, millor que quedar-te colapsat i de dir: ‘ja m’he fet major i ja m’estic ací sentat’.” (Hombre, GD 1).

Es importante remarcar que “envejecer bien” también depende de la salud que uno o una tenga previamente.

“Tu eres amo del teu temps i si estàs bé pots disfutar-lo.” (Hombre, GD 1).



Tipos de soledad

Cuando se habla de la soledad, las personas participantes son conocedoras de la existencia de diferentes formas de vivirla: la soledad deseada o positiva, y la no deseada.

“Jo distingisc entre estar a soles i sentir-se a soles.” (Hombre, GD 2).

“M’agrada la soledat, m’agrada el silenci, m’agrada la calma (...) Eixe silenci, eixa tranquilitat, eixa pau.” (Mujer, GD 2).

La soledad no deseada tiene efectos perjudiciales en la salud mental, y puede conducir a desarrollar un estado depresivo. En este sentido, y en relación al ámbito relacional, se remarca la importancia de tener a personas que sirvan de apoyo.

“Se tanquen en sí mateixa i no fan cap activitat de res. Entonces això te que ser ahí un (hace el gesto de darle vueltas a la cabeza). Estar en casa a soles i no tindre a ningú tampoc, no sé.” (Mujer, GD 1).

Asimismo, hay personas que han buscado la soledad de forma activa y se encuentran bien tal y como están. De la misma forma, hay personas que se han encontrado en una situación de soledad y se han sabido adaptar a las circunstancias.

“El que està a soles no li fa falta pa res perquè ja està acostumat. És segons conforme viu u.” (Hombre, GD 2).

“Jo sempre he sigut independent i no estic mal a soles, estic molt bé.” (Hombre, GD 2).



Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida está relacionada con el sentimiento de plenitud frente a la vida de uno o una. En general, las personas de los dos grupos de discusión se sienten bien con la vida que llevan.

“Jo vull que me toque viure més en el jaleo este, jo m’estime tot lo que faig, en 72 anys que faig molt, que pensar viure soles.” (Mujer, GD 1).

“Les coses que sempre t’han agradat i no has pogut fer, les fas ara. O simplement en la vida quotidiana vore que sí: ‘que sóc major, però puc seguir fent-lo i estic bé’. Entonces, és molt important tindre la mentalitat de que pues: ‘com tinc 67 anys ja no puc fer allò, ja no tinc que anar a tal puesto’, això no. Si m’agrada anar a tal puesto vaig i si vull fer lo altre vaig, i si puc fer lo altre ho faig.” (Mujer, GD 2).

“Jo crec que ara estic en lo millor de vida.” (Mujer, GD 2).



Estado emocional

Este apartado se centra en los aspectos relacionados con el malestar psicológico que supone la soledad no deseada. En este sentido, se observa la consciencia que existe sobre los efectos nocivos que produce; en concreto, el aislamiento social, la pérdida o la ausencia de apoyo relacional y la escasa participación comunitaria.

“Quan veus que una persona està aixina dius: ‘algo hi hauria que fer pa que se integrar en algo’, però li ho comentes, liu dius entre comilles també per si li sente mal. Estic pensant una persona en contret: ‘bueno a tu que t’importe si jo vaig a passejar aixina o de l’altra manera, per què me tens que dir a mi que tinc que anar ací si jo

no tinc ganes d'anar'. Sin embargo, pense que ell no se done conter que té ganes d'anar, però u desde fora diu: 'no tens ganes d'anar però tindries que fer un esforç d'anar per a canviar la vida teua', pa no alçar-se de matí i dir: 'bueno hui què faig, ja ho tinc tot fet', entonces... veig que és difícil." (Mujer, GD 1).

"Es difícil de conèixer perquè la gent no s'obrim aixina com aixina, de pensar: 'estic a soles iestic fotut o fotuda perquè no tinc on arrimar-me'." (Hombre, GD 2).

Debido a esta interiorización, se percibe motivación e implicación generalizada de llevar una vida activa para contrarrestar estos síntomas.

"Si li fiques voluntat millor que quedar-te col·lapsat i de dir: 'ja m'he fet major i ja m'estic ací sentat'." (Hombre, GD 1).

"Si u no és capaç de pegar el pas per a no trobar-se a soles, cada vegada estarà més afonat i al final serà una persona amargada i amb totes les conseqüències negatives que pot tenir això." (Hombre, GD 2).

Por otra parte, se observa también que las personas participantes suelen relacionar la soledad con sentimientos negativos como el miedo, la tristeza, la preocupación, la angustia o la indefensión.

"La soledat és una de les coses que més por me donen (...). Tinc més por a la soledat que a estar malalta (...) Si un dia estic a soles: 'Què faré? Com respondré jo a mi mateixa?'" (Mujer, GD 2).

"Quan tanques la porta i saps que estàs a soles en casa se te cau el món damunt (...) Una persona a soles, si no té les seues amistats o té algú que de vegada en quan pugues eixir o pugues viure un poc... Una persona a soles també és molt trist."" (Mujer, GD 2).

ANÁLISIS DE CONTENIDO DEL DISCURSO DE LAS PERSONAS PROFESIONALES

Este apartado incluye el análisis del discurso de las personas participantes con perfil profesional en el ámbito de la atención a las personas mayores, desde la perspectiva de la soledad y el envejecimiento.

El universo poblacional entrevistado está compuesto por 3 mujeres y 2 hombres, cuya área de actuación en la provincia es el entorno urbano y/o rural. Estas personas profesionales provienen de entidades públicas y/o privadas.

Categorías Generales



Perfil

Este apartado trata de establecer un perfil poblacional de personas con las que se trabaja en los diferentes recursos.

Las personas que suelen acceder a los distintos servicios y prestaciones en las que trabajan las personas profesionales suelen presentar problemas de salud y una escasa red relacional, factores de riesgo relacionados con la soledad.

“En “major a casa”, de ayuda a domicilio, hablamos de un perfil de persona mayor de 85 años. La teleayuda baja un poco la ratio de edad, porque hay personas que viven solas de 75 años, tienen algún problema del corazón, algún problema que les dé temor vivir solas, pero son funcionales en el día a día” (E4).

“Personas que sí que tienen familia pero que tienen una relación inexistente con ella. Eso también pasa, ya no es tanto el sentimiento, sino que tienen esa relación inexistente. Luego, por un lado, gente que vive sola, pero que tiene mucho miedo que le pase algo, y por otro lado, personas que a lo mejor no se sienten solas pero sí que necesitan hacer ciertos trámites como que les lleven al médico” (E3).

Estos perfiles presentados, suelen ver mejorada su situación una vez se lleva a cabo la intervención correspondiente. Cabe destacar que las mujeres son las usuarias mayoritarias, en parte, de los recursos mencionados y, a su vez, son las que antes detectan un cambio positivo en su vida.

“El perfil de personas usuarias del servicio de teleasistencia y, en consecuencia, todos los programas que giran en torno al servicio, son mujeres mayores de 85 años que viven solas en su gran mayoría. Esto ocurre en casi todas las administraciones excepto en la dependencia” (E3).

“Mujeres mayores de 55 años a lo mejor 60 para arriba. Y de 55 años a 60 años, a lo mejor hay alguna que se escapa” (E2).

“Las mejoras que he visto, es que han accedido a ayuda a domicilio, que han tenido ese acompañamiento diario, y se ha visto un antes y un después en todos los aspectos, en su aspecto de salud, en su aspecto físico, en su aspecto en relación con el entorno. Este trabajo creo que es más fácil con las mujeres, por la trayectoria, es más fácil este tema con mujeres. Creo que en ese programa es donde he visto más mejoras. Ahí estaríamos hablando de unos 70-85 años, mujer, con alguna limitación grave de movilidad” (E4).



Sentido de comunidad

En relación al sentimiento de pertenencia a un sitio o territorio concreto, el tema en el que más se ha incidido es la necesidad de realizar intervención comunitaria en las personas mayores. La intención es intentar (re)conectar a las personas aisladas o con escasos apoyos sociales en la sociedad y el grupo, aspecto que constituye un factor de protección frente a la soledad no deseada.

“No se detectan porque toda la red de alrededor de la persona falla, desde el vecino que está ahí y da por hecho que no pasa nada, desde el familiar lejano, que sabe que existe ese caso, pero no mira ahí” (E4).

“Intentamos, sobre todo con las personas mayores, que tengan un envejecimiento lo más saludable posible, intentar que estén en sus entornos el máximo tiempo posible, y comunitariamente o socialmente, lo más a gusto posible” (E2).

“Promover que la persona participe en actividades comunitarias, en asociación de personas mayores, que hagan alguna actividad de talleres (...) De alguna manera, desde aquí nosotros no tenemos ningún programa específico, pero si se intenta poner en contacto con lo que hay en la comunidad” (E5).



Maltrato y violencia de género

Los casos que se han detectado en relación a diferentes formas de violencias son, en esencia, las relacionadas con el género.

“Te dice: ‘soy feliz’, pero se pone a llorar, y dice que muchísimas veces llora porque se siente sola, y llora a escondidas también para que no la vea su marido porque no la entiende (...) En mujeres en situación de violencia, había mujeres que nunca lo habían contado. Y no sólo eso, sino que también se trabaja en esa línea con otras actividades como las fotografías, donde son partícipes, donde pueden preguntar, hablar. Después, también, el hacer un seguimiento individualizado siempre enfocado al bienestar” (E1).



Género

Poniendo énfasis en el género, y tal y como se ha comentado anteriormente en el análisis de las personas mayores, los roles de género instaurados en la sociedad han producido, por una parte, la interiorización del rol de cuidados en las mujeres y, por otro, el encasillamiento de la sociedad en esta dimensión.

“Bien en el sentido de que ‘estoy haciendo cosas que hasta ahora no he podido hacer por los dos motivos: tenía el rol de cuidadora y yo lo asumía y lo tenía, y porque además me sentía mal tratada por la persona que cuidaba’” (E5).

“Los usuarios del servicio de teleasistencia y de cualquier programa adscrito a la dependencia, generalmente tienen un cuidador en el domicilio, cuidador profesional o informal, pero generalmente hay un cuidador que los acompaña, que suelen ser mujeres mayores de 60 años incluso. Entonces el servicio está completamente feminizado” (E3).

Es necesario mencionar que la proporción de cuidados constituye en ocasiones un factor de riesgo en la soledad no deseada, lo cual afecta a la salud tanto física como mental y crea sentimientos de malestar frente a la situación.

“La soledad todavía tiene nombre de mujer, que es cúmulo de distintas circunstancias, porque generalmente acarrear muchísimas más tareas de cuidado de su propio conviviente, lo requiera o no. O el dependiente, entonces sí que lo requieren cuidados, y son las mujeres las que acarrear estar cuidando a los demás. Se olvidan de

cuidarse ellas, pierden su círculo social, no tienen tanto tiempo para salir a la calle, a su equipo de costura con el que antes se reunían, o a su centro social donde antes se echaban una partida de dominó, que ellas también juegan a dominó, y ya no pueden hacerlo. Creo que se cronifica porque esa tarea está muy feminizada, esa forma de asistencia social, se cronifica al final en las mujeres” (E3).

“Además de la soledad, también, de eso, del malestar, la hace sentir malamente, dispuesta a decir: ‘yo siempre he estado para todos cuando más me necesitaban, pero a mi no me vienen a ver’. No es que no la vayan a ver, es que no la van a ver todo lo que ella quiere, y lo que me contaba es que, pues a lo mejor hay un hijo o una hija que en dos semanas no la ve, viviendo en el pueblo. Dice que se siente en un sentimiento de soledad como si realmente estuviera sola en el mundo: ‘porque viviendo a 5 metros no viene, y a mi no me habla, habla con su padre, y a mi me pregunta si he hecho algo de comer’” (E1).

Indicadores Conductuales



Salud

Respecto a la salud, se destaca la necesidad de tomar una perspectiva biopsicosocial en las intervenciones y en los programas orientados al bienestar físico y mental que se ofrecen. En este sentido, se hace mención a una serie de elementos que contribuyen al envejecimiento saludable y previenen la soledad no deseada: hacer ejercicio, apoyo relacional, tener objetivos vitales y motivaciones, así como la disponibilidad de servicios como el SAD.

“Es, no solo que tengamos la visión de que la salud va a ser lo médico y lo clínico, sino que todo lo que hay alrededor que le puede favorecer a estar en contacto con la comunidad, tener una actividad que hacer más o menos cada día, tener un proyecto de vida, que se levantan cada día con un objetivo... Todo eso es salud” (E5).

“La soledad no deseada es un problema, y es un problema de salud, tienen más enfermedades” (E4).

“La gimnasia ayuda a la autonomía personal. Hay personas que me decían que no podía ponerse la mano en la espalda, y ya sí que podían gracias a la gimnasia, o no podían estar de pie mucho rato y ahora aguantan, o también tenían problemas de cadera y ya no” (E1).



Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas

En relación a la oferta y el disfrute de actividades para las personas mayores, se observa que existe una diferenciación de género en relación con la forma de disfrutar del tiempo libre. Por ello, las personas que participan en ellas son en su mayoría mujeres.

“La forma de participar y relacionarse es muy diferente a la de las mujeres, ellos van a la placeta a charlar o a arreglar el mundo, ya que, por la otra parte, las actividades están muy feminizadas y a la mayoría acuden mujeres. Se sienten como apartados. Las actividades como la pintura, escritura, de sumas y restas o para mejorar la memoria, no les resultan atractivas, y cómo no resultan atractivas, pues ya directamente no van” (E1).

“Los hombres no acuden porque yo creo que no hay actividades que les agraden como el fútbol, o hay algunos que están de cazadores, o que están regando, o van a misa o están en asociaciones religiosas. Entonces sí que participan, pero en otras cosas como la política, algunos. Están más centrados en los intereses que ellos pueden tener como también jugar a las cartas, al dominó, es decir, hacen cosas, pero son diferentes entre hombres y mujeres” (E1).

Asimismo, y en relación a la calidad de la oferta de actividades, se menciona la existencia de un amplio abanico disponible para el disfrute del tiempo libre de las personas mayores.

“Actividades concretas de un evento concreto, pero que se están preparando. Se está haciendo un taller de costura semanal ‘ahora me voy a cocinar eso, que ahora voy a hacer para las nietas’. De repente, otra actividad, y a partir de eso, hablan con otros y todos los domingos por la mañana se hace el bingo, y de repente de no hacer nada se tiene un calendario de toda la semana de actividades que inicialmente no pensaba que les gustaría, pero que les gustan (...) Las universidades de adultos o la universidad popular de adultos, hay en otras ciudades como Vila-real o Valencia. Hacen un montón de actividades, de talleres, de idiomas, un montón... Y eso, por ejemplo, aquí en Castellón no lo tenemos” (E5).

“Y luego, por otra parte, tenemos las prestaciones de colectivos o atención colectiva que puede ser la organización de una serie de talleres o jornadas, cursos o a nivel municipal nivel comarcal a veces organizamos aquí en la sede, suelen ser espacios

que nos ceden los propios municipios para dinamizarlos, para atender a una serie de necesidades concretas” (E3).



Otras actividades

En cuanto al desempeño de otro tipo de actividades, destaca el cuidado de otras personas dependientes cercanas por parte de mujeres mayores, tal y como se ha mencionado más extensamente en el apartado de género.

“Personas que han estado cuidando, mujeres que han estado cuidando a su marido, y que ha sido un deterioro progresivo a lo mejor muy complicado, donde esa persona, ese marido, se han vuelto muy ariscos y muy enfadados con el mundo por la enfermedad y por todo y, a lo mejor, ya eran relaciones complicadas de antes donde no había un buen trato (...) Ahora ella también empezaba a vivir, de alguna manera. Claro, en el momento en que alguien está cuidando durante el día de esa persona, ella puede también vivir” (E5).

Indicadores Contextuales



Servicios Sociales

En relación con los programas existentes relacionados con los Servicios Sociales, los cuales tienen la finalidad de atender a las necesidades de las personas mayores, algunos ejemplos son el servicio de ayuda a domicilio, el programa “major a casa” y la teleasistencia.

“En el programa de “major a casa”, desde aquí hacemos todo el proceso de valoración y de tramitación. Luego, un servicio que es atención domiciliaria a personas mayores o personas con diversidad funcional. En el tema de “major a casa” realizamos lo que es la valoración de los solicitantes, y el programa en sí, pues eso, la atención tanto a nivel de comida a domicilio como servicio de ayuda a domicilio, nosotros también realizamos el seguimiento. Y en el servicio de teleayuda pues es prácticamente la tramitación, porque la valoración y demás, ya lo hace la diputación provincial” (E4).

“Servicio de teleasistencia es el principal servicio público o privado de carácter público o de carácter privado que ahora mismo tenemos, y préstamos para el colectivo

de personas mayores de 55 o 60 años. Este servicio mayoritariamente es un servicio privado, es decir, que pone a disposición las administraciones públicas” (E3).

“En servicios sociales no es que se trabaje sólo con personas mayores, pero sí que se tiene a la ley de dependencia que desde ahí se realizan todas las valoraciones y está el servicio de ayuda a domicilio. Se trata a las personas mayores, pero no sólo a ellas, sino a todas las personas dependientes” (E1).

Asimismo, las propias personas entrevistadas plantean propuestas de mejora. Se pone el foco a la necesidad de incentivar el trabajo comunitario y la asistencia continuada de las personas mayores.

“Los servicios públicos que, en ese sentido, yo creo que nuestra mejora sería el trabajo comunitario, estamos desbordados, pero deberíamos desarrollar ese trabajo comunitario, ya que esa red sería muy difícil que fallara” (E4).



Entorno y Hábitat

En esta dimensión analizada se ha observado que el discurso predominante gira alrededor de la desestigmatización del entorno rural como un ambiente eminentemente tradicionalista y cargado de connotaciones negativas. De la misma forma, en las ciudades no se tiene el mismo apoyo, tanto grupal como comunitario, y la red social puede ser más débil.

“Es complicado llegar a la gente de la ciudad porque no tienen ese entorno social que tienen los pueblos pequeños, no tiene ese vecino de enfrente” (E4).

“Podemos pensar que el área rural es un área menos atendida en la que las personas mayores desconocen los recursos, pero, a veces es, al contrario, porque como son áreas de trabajo más pequeñas, ese trabajador social municipal o ese Ayuntamiento es capaz, y el servicio es capaz de llegar más que lo que significa la gran ciudad que pueden estar más solos” (E3).

Esta unión en los pueblos rurales también puede ser perjudicial, ya que puede llevar al boicot de actividades.

“También otra cosa, que forma parte de la accesibilidad, es la emocional, por las relaciones entre ellos, y es que, si dejan de ir unos, a lo mejor dejan de ir otros. Esto

se ve mucho en algunos pueblos por razones políticas, y después porque como son personas, hay personas con caracteres difíciles y boicotean algunas de las actividades que se vienen a hacer u otra forma de boicotear como con una mega participación o en mega discursos muy académicos, que se han formado mucho más” (E1).



Vivienda

La vivienda y las condiciones en las que esta se encuentra supone un factor clave en la salud e inclusión de una persona. Cuando hablamos de esta dimensión en relación con las personas mayores, es necesaria su adaptación a las circunstancias que se presenten (accesibilidad) en relación con sus necesidades. De lo contrario su salud se puede ver afectada.

“Más aisladas también cuando empiezan a no poder salir de casa, y ya si es un 3º o un 4º sin ascensor ni te cuento (...) Hay zonas o barriadas donde hay muchas casitas de los años 50, que se construyeron aquí, que no tienen ascensor. Son personas que compraron su piso entonces y ahora se han quedado con un piso en un 4º sin ascensor” (E5).

Se destaca también la importancia de mantener a la propia persona en su domicilio como factor clave para fomentar su interdependencia.

“Que permanezcan en su domicilio, que es la mejor forma de favorecer esa autonomía. Van dirigidos a que en el momento aparece alguna complicación de salud o alguna complicación de cuidados, permite que la persona siga en su entorno y en su medio (...) Este apoyo que ofrecen estos programas a nivel domiciliario permiten que estén más conectadas con el entorno” (E4).



Economía

El factor económico muchas veces constituye un elemento importante a la hora del acceso a recursos y el fomento del bienestar de las personas mayores.

“Los oriento a acudir a los centros de mayores o a hacer algún tipo de actividad... A veces también es la dificultad económica porque ahí también tienen que pagar. Eso también me lo han dicho: ‘es que tengo que ser socio’ y aunque sea poco... O luego también para hacer algún curso también tienen que pagar un poquito” (E5).

Asimismo, también influye el apoyo capital familiar que se tenga.

“Hay algunas personas que necesitan necesidades económicas, porque hay veces que con esa pensión se ayuda a otros familiares por sus situaciones” (E1).



Prestaciones, ayudas y programas

Existen diferentes prestaciones y programas promocionados desde el ámbito público y privado. En este sentido los diferentes discursos han girado en torno a la valoración de necesidades y potencialidades de los recursos que se tienen al alcance para trabajar con personas mayores.

“Nos faltan espacios que no sean los CEAM ni los centros de mayores, donde las personas puedan organizar actividades que les interesen” (E5).

“El número de personas nos viene un poco limitado por la ratio presupuestaria, entonces va vinculado a esto, en el programa (...) Podríamos mejorar en que una persona no tuviera que venir aquí, y habilitar otros medios como, por ejemplo, como estamos hablando tu y yo, o abrir un poco más la presencia nuestra en los domicilios, que una persona pudiera solicitar el que tú pudieras ir a su domicilio a hacer esa primera entrevista o a hacer esa primera valoración” (E4).

Cabe destacar que la metodología mayormente utilizada para las intervenciones es la centrada en la persona.

“Trabajamos con una metodología centrada en la persona, que la hacemos con un proceso de acogida y en función de la demanda, y a partir de ahí, hacemos un plan personalizado, le damos la respuesta y luego hacemos una evaluación de cómo ha ido y la salida. Una de nuestras puertas, sería un punto de atención, y luego también, con los programas que hacemos, y con los acuerdos que tenemos, con otras organizaciones o con la administración local, nos vienen derivados casos. Te diría tanto de la parte social, como de la parte sanitaria. Nos vienen derivados por ambos” (E2).



Entorno relacional

Uno de los elementos esenciales e influyentes en el bienestar psicológico de las personas mayores es el entorno relacional. Las personas profesionales relatan la

detección de una cantidad importante de casos con redes de apoyo deterioradas debido, en parte, a la desconexión familiar.

“Las personas mayores las necesidades tienen que ver mucho con el tema de la relación, todo lo que es el ámbito relacional (...) Tenemos un desajuste entre lo que ellos piden o lo que a lo mejor la familia puede dar, si tienen familia” (E5).

“Escasa red familiar y social, que es donde detectamos el tema de la soledad 100%” (E2).

Asimismo, en este ámbito también son importantes las redes sociales, elemento imprescindible actualmente para el mantenimiento de relaciones interpersonales. En el colectivo de personas mayores se hace patente una brecha digital importante.

“Ahora mucha información tú la obtienes por internet y por las redes, y en el twitter y el Instagram y el no sé cuántos, pero no toda nuestra gente mayor sabe entrar ni al Instagram, 55, 65, 70” (E5).

“Hay cierta, por no decir importante, brecha digital en este colectivo de personas mayores y dependientes, que sigue ahí, y hay que salvar. Y hay que salvar cada vez que se les entrega y se les instala un dispositivo tecnológico. Que entienden que es una ayuda, pero a veces el manejo es complicado” (E3).



Percepción calidad de vida

En esta dimensión, el discurso predominante a destacar es el de la mejora de las personas mayores una vez se inicia la intervención o se insertan en los programas adecuados a sus necesidades.

“Pocos casos he visto que no tuvieran una mejora, el acompañamiento diario, la profesionalidad de trabajo y, por parte de la persona, es ver que lo que entra en tu casa, ese acompañamiento diario (E4).

“El beneficio principal que intentamos sobre todo con las personas mayores, es al final que tengan un envejecimiento lo más saludable posible. Intentar que estén en sus entornos el máximo tiempo posible, y comunitariamente o socialmente, lo más a gusto posible (E2).

Indicadores Emocionales



Tipos de envejecimiento

En relación a las diferentes formas de envejecer, las intervenciones que efectúan las personas profesionales van enfocadas a la promoción del envejecimiento saludable y activo.

“El programa de envejecimiento activo y saludable o el programa de prevención y actuación de situación de soledad no deseada” (E4).

Este modo de vida también supone una actitud frente a las circunstancias, desarrollar la capacidad de sobreponerse y adaptarse.

“Lo que sí que ha pasado, es que cuando ha fallecido esa persona, la cuidadora ha empezado a acudir a la asociación de mayores, y sí que ha venido y me ha dicho: ‘mira qué bien me encuentro ahora’, que bien en el sentido de que estoy haciendo cosas que hasta ahora no he podido hacer por los dos motivos: tenía el rol de cuidadora y yo lo asumía y lo tenía, y porque además me sentía mal tratada por la persona que cuidaba” (E5).

“Persona joven, no llegaba a 70 años, de alguna manera tenía una segunda vida. Tenía hijos y el apoyo de los hijos, pero en este caso, pudo, de alguna manera, vivirlo desde ahí, el pensar: ‘toda mi vida he estado cuidando de unos de otros y de no sé cuántos y, ahora, aunque tenga 70 años, puedo continuar haciendo cosas. Tengo que continuar haciendo cosas.’ Y quedaba con una amiga, quedaba con no sé quién, empezó a mantener otro tipo de relaciones” (E4).



Tipos de soledad

Cuando se habla de soledad, se apunta a dos tipos bien diferenciados:

“Tenemos que diferenciar lo que es la soledad no deseada, por una parte, de lo que es vivir en soledad (...). También hay ese tipo de casos que, personas conviviendo con otros familiares en el domicilio, presentan una situación de soledad porque no tienen una relación con ellos. No son atendidos por sus propios familiares incluso como ellos querrían. Entonces experimentan una situación de soledad no deseada

(...) Luego nos hemos encontrado personas que viven solas y no experimentan esa situación de soledad no deseada porque tienen una relación sana con su entorno, tienen cierta dependencia o independencia, salen, entran, tienen su círculo social, van a sus actividades, visitan el centro de personas mayores, están metidas en una asociación de costura; es decir, que hay distintos perfiles” (E3)

En relación con la soledad no deseada, las personas profesionales han destacado el aumento de casos en personas mayores y, por ello, la necesidad de poner el punto de mira en esta problemática en concreto.

“Nuestra sociedad está envejeciendo y cada vez tenemos a más personas mayores que viven solas no queriendo, soledad no deseada” (E5).

“Pulsan el botoncito, pero no es una alarma en sí mismo, sino es una necesidad de hablar, de conversar, de contar algo, de desahogarse, de lo que sea” (E3).

En este sentido, se apunta que esta problemática ocurre más frecuentemente en ciudades y se asocia a las mujeres en mayor medida.

“Hicimos un estudio propio justo antes de la pandemia. Por ejemplo, las situaciones de soledad tenían un enfoque feminizado, las situaciones de deficiencia sanitaria o de mal autocuidado, las situaciones de maltrato o de posible situación de maltrato (...) La gran ciudad que pueden estar más solos” (E3).



Satisfacción con la vida

Según apuntan las personas entrevistadas, la satisfacción con la vida en las personas mayores va ligada a un cambio de actitud frente a la nueva etapa que supone el envejecimiento y, por consiguiente, la tercera edad. En este proceso también interviene la aplicación de los recursos y programas necesarios.

“Empiezan a dejar de sentirse solos porque empiezan a utilizar distintos recursos que desconocían o, de alguna manera, se les anima y se les potencia desde este servicio o desde los recursos sociales municipales a que socialicen” (E4).

“Ella, en su caso, había conseguido nutrirse a nivel de crecimiento personal, aceptar más las cosas, el saber pedir, el tener un cambio de actitud hacia su vida, hacia lo que le pase” (E1).



Estado emocional

En relación con el estado emocional, destaca sobre todo el malestar originado por la soledad no deseada. Asimismo, también se encuentra relacionado con sentimientos como el miedo y la angustia.

“Siempre o de forma continua pues acaba hablando de cuando vive solo, cuando está solo, y es que vive solo (...) También en el caso de los hombres, la mayoría no acuden a las actividades y se quedan en los bancos o placetas charlando entre ellos, y pasan por etapas vitales con mucho malestar” (E1)

“Y, luego, las últimas situaciones más por un lado gente que vive sola, pero que tiene mucho miedo que le pase algo” (E2).

“Les da temor vivir solas” (E4).

En suma, queda patente la problemática que supone la soledad para las personas mayores, un fenómeno cada vez más extendido. Asimismo, las personas profesionales están concienciadas sobre sus efectos y consecuencias en la calidad de vida de las personas con las que se trabaja. En este ámbito, la afección se concentra sobre todo en la salud mental, que puede derivar también en la somatización a nivel físico. Es por ello que es esencial la intervención a tiempo y la realización de políticas y programas en sintonía con las necesidades de las personas mayores.

CONCLUSIONES

El presente estudio resume el estado de soledad y el bienestar psicológico actual de las personas mayores de 55 años de edad en la provincia de Castellón, y aporta información empírica relevante para poder establecer medidas para la mejora de la calidad de vida en las personas mayores. Las conclusiones que se extraen de esta investigación se basan principalmente en los resultados del estudio cuantitativo. Las aportaciones de la sección cualitativa se incluyen como validación de dichos resultados.

Los resultados destacan que en general la población mayor de la provincia de Castellón, a nivel de *indicadores conductuales* del bienestar psicológico y la soledad, valora de manera positiva la frecuencia de actividad física que realiza y se muestra suficientemente satisfecha con las visitas que recibe de familiares u otras personas conocidas. Sin embargo, los resultados sobre la realización de actividades diarias de relación social señalan una menor frecuencia semanal. A nivel de *indicadores contextuales*, las personas participantes suelen convivir con una persona, y en mayor medida trabajan o están en situación de jubilación/pensión. Además, presentan una modesta percepción de la calidad de vida. Por último, a nivel de *indicadores emocionales*, aunque las personas participantes no tienden a percibirse como una persona sola, sí experimentan un leve sentimiento de soledad. Por otro lado, señalan un nivel intermedio en sentido positivo en su valoración de la satisfacción con la vida, y se sitúan en un valor mínimo de estado depresivo.

El estudio señala diferencias significativas por grupos de edad en algunos de los indicadores del bienestar psicológico y la soledad. Cuando se agrupa la muestra total según franjas de edad: 55-59 años, 60-64 años y 65 años y más; se observa que las personas situadas en el tramo de edad superior a 65 años viven solas con más frecuencia, pero muestran mejor satisfacción con la vida, menor sentimiento de

soledad, así como índices menores de depresión, en comparación con las personas más jóvenes (55-59 años). Además, las personas mayores de 65 años realizan más actividades diarias de relación social y ejercicio físico. Según Townsend et al. (2021), la participación en actividades de interacción social produce satisfacción personal y con la vida, favoreciendo estados de ánimo saludables, esto explicaría por qué las personas mayores parecen tener un mejor bienestar. Por otro lado, la soledad y el aislamiento social pueden incrementar en períodos de transición del curso de la vida tales como la jubilación, y se relacionan también con inactividad física y dormir menos, entre otros (Coyle y Dugan, 2012). Así, tomando los resultados del presente estudio, las personas menores de 65 años se situarían en un grupo de transición de la etapa laboral a la jubilación, con tendencia a experimentar mayor soledad y peor estado anímico, mientras que las personas mayores de 65 años en un grupo de adaptación a una vida con características diferentes.

En relación al grupo de personas mayores de 65 años, los resultados por franjas de edad: 65-69 años, 70-74 años y 75 años y más; muestran diferencias significativas en varios indicadores del bienestar psicológico y la soledad. El autoconcepto de soledad de las personas mayores de 75 años es mayor, es decir, piensan de sí mismas que son personas solas. Sin embargo, el sentimiento de soledad es mayor en el tramo de edad entre 65 y 69 años, sin que hayan asumido que son personas solas. Además, son estas las personas que más ejercicio físico realizan. La etapa de jubilación puede ser un factor que influye en el sentimiento de soledad de este grupo de edad, pero otros cambios de transición del curso de la vida en la vejez como el aumento de enfermedades, discapacidad, pérdida del o de la cónyuge y pérdida de otros miembros de la red social, así como malos hábitos de conductas de salud (Coyle y Dugan, 2012), podrían estar influyendo en una percepción propia de persona sola en edades avanzadas de edad.

Los resultados por género también muestran diferencias significativas. En concreto, las mujeres muestran una percepción peor de su calidad de vida y una menor satisfacción con la vida, así como mayor sentimiento de soledad e índices mayores en el estado depresivo. Estas diferencias se mantienen cuando se estudia únicamente el grupo de personas mayores de 65 años. En este grupo, además, las mujeres se perciben menos acompañadas que los hombres. Según otras investigaciones, la soledad parece ser más frecuente en las mujeres debido a que otorgan más valor a las relaciones sociales y expresan sus sentimientos con más facilidad (Victor y Yang, 2012). Por otro lado, las mujeres se quedan viudas antes que los hombres. Uno de

los factores protectores del sentimiento de soledad, es estar casado/a y tener una educación terciaria (Löfgren et al., 2021).

En relación al género, los resultados cualitativos también van en concordancia con los resultados mencionados. La literatura señala la relación entre la soledad sentida por las mujeres y lo que ello representa cultural y socialmente; es decir, la educación de amor a la familia (para la otra persona), podría influir en la forma de afrontar la soledad (Mata-Agudo y Hernández-Ascanio, 2020). La representación de la soledad para la mujer estaría configurada por creencias, estereotipos y expectativas sociales, tales como el miedo a la soledad y la necesidad de dependencia social (Lagarde, 2009). No obstante, otro aspecto observado en el análisis del discurso es la soledad deseada (solitud o soledad positiva) en las mujeres. De la Mata-Agudo y Agudo-Hernández (2021) afirman que cuando las mujeres se encuentran satisfechas con su soledad y viven bien estando solas, establecen nuevas relaciones sociales y asumen su vida como propia.

Además, otro resultado interesante en cuanto al género encontrado en el presente estudio, es la posible existencia de una tendencia o dinámica a realizar actividades diarias de relación social más habitual en los hombres en el tramo de edad entre 55 y 59 años. Sin embargo, esta tendencia se invierte en favor de las mujeres a partir de los 65 años de edad. Este dato, podría ir en consonancia con la literatura mencionada anteriormente.

Los resultados en función de la situación laboral, señalan que las personas en condición jubilación/pensión se muestran más activas en la realización de actividades diarias de relación social y ejercicio físico, en comparación con las personas que trabajan y el grupo de personas sin ingresos. La literatura sugiere que, a través de la resiliencia, la interacción social y la participación en acciones significativas como la formación y el ejercicio físico, la persona mayor puede aliviar los aspectos negativos de la soledad, favorecer estados de ánimo saludables e incrementar la satisfacción personal y con la vida (Kyröläinen y Kuperman, 202; Lofgren et al., 2021). Por otro lado, los resultados indican que las personas sin ingresos tienen una percepción peor de la calidad de vida, una menor satisfacción con la vida, y tienden a sentirse más solas y deprimidas. En este sentido, uno de los factores más significativos para la aparición del sentimiento de soledad y de estados de ánimo negativos como la depresión, son los ingresos económicos bajos, la falta de amistades y vivir solo/a.

Otro aspecto importante a señalar son los resultados en función del tipo de población que viven las personas mayores. En el entorno rural, poblaciones menores de 10.000 habitantes, las personas realizan más actividades diarias de relación social, viven acompañadas por personas cercanas con más frecuencia y presentan mejores índices de depresión. No obstante, cuando se toma únicamente el grupo de personas mayores de 65 años, los resultados señalan que viven menos acompañadas de personas conocidas.

Por último, este estudio proporciona un dato interesante sobre las personas que viven solas en función del tipo de población. Los hombres que viven solos en poblaciones menores de 10.000 habitantes muestran índices mayores en el estado depresivo. Sin embargo, las mujeres que viven solas muestran mayor estado depresivo cuando viven en poblaciones mayores de 10.000 habitantes, aumentando, además, en el nivel de depresión.

Con todo ello, los resultados de esta investigación, inciden en la importancia del estudio del bienestar psicológico y la soledad no deseada en la persona mayor, puesto que se trata de aspectos que influyen directamente en su calidad de vida. Por lo tanto, se precisa de una mayor aproximación y profundización en el tema para poder diseñar programas de actuación que se ajusten a las necesidades de esta población.

En el siguiente apartado, se incluyen las tablas de la síntesis de resultados del estudio cuantitativo y los aspectos más relevantes del discurso de las personas mayores y de las personas profesionales que trabajan en el ámbito de intervención con esta población.

SÍNTESIS DE RESULTADOS



EDAD	Grupos de edad	Discurso personas mayores	Discurso personas profesionales
	<p>55-59 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peor satisfacción con la vida. • Mayor sentimiento de soledad. • Mayor estado depresivo. <p>>65 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor proporción personas mayores que viven solas. • Mujeres se perciben menos acompañadas. • Buena satisfacción con la vida. • Suelen realizar actividades diarias de relación social y ejercicio físico. <p>>75 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor autoimagen de persona sola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de mayor soledad e individualismo. • Conciencia sobre la soledad no deseada y sus efectos en la salud mental. Se relaciona con sentimientos de miedo, tristeza, angustia e indefensión. • Conocimiento de la existencia de una soledad positiva, de elección propia. • Personas entre 65-75 años mantienen un perfil de actividad alto y perciben satisfacción y calidad de vida. • Importancia de las redes y el apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de casos de soledad no deseada. • Mayor presencia de soledad en las mujeres. • Necesidad de mayor intervención comunitaria. • Creación de programas para personas menores de 65 años. • Efectividad en las intervenciones de soledad no deseada y de programas de envejecimiento activo. • Constatación de brecha digital en las personas mayores.
POBLACIÓN	< 10.000 habitantes	> 10.000 habitantes	Discurso personas profesionales
<ul style="list-style-type: none"> • Suelen realizar más actividades de relación social. • Viven acompañadas por personas conocidas. • No viven acompañadas por personas conocidas (+65 años). • Hombres que viven solos tienen mayor estado depresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Viven acompañadas por personas conocidas (+65 años). • Mujeres que viven solas tienen mayor estado depresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia de vivir en el propio domicilio frente a la institucionalización. • Sentimiento de comunidad en el área rural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinción entre el contexto urbano y el medio rural en las relaciones sociales y el apoyo comunitario (movilidad). • Importancia de la adaptación de la vivienda a las necesidades de la persona. • Las personas que viven en entorno urbano están más solas.

SEXO	
Mujer	<p>Discurso personas mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peor percepción de la calidad de vida. • Peor satisfacción con la vida. • Sentimiento de estar menos acompañadas (+65 años). • Mayor estado depresivo si viven solas (población > 10.000 ha.). • Suelen realizar actividades diarias de relación social (+65 años). <p>Discurso personas profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres acceden a más programas de soledad no deseada. • Las mujeres en edades avanzadas viven solas frecuentemente. • Los hombres tienen mayor resistencia a participar en programas de envejecimiento activo porque las actividades no se adaptan a sus gustos. • Mayor malestar psicológico y aislamiento social en los hombres. • Dos perfiles de soledad en mujeres viudas, uno con capacidad de sobreponerse y, otro, con dificultad de adaptación a las circunstancias.
Hombre	<p>Discurso personas mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor percepción de la calidad de vida en las mujeres debido al rol de cuidadoras, se asocian sentimientos de frustración. • Los hombres tienen mayor interdependencia en relación a los cuidados. • Cambio generacional positivo hacia la autonomía de las mujeres. • Desconexión con las redes relacionales en las mujeres mayores. • Participación comunitaria más activa en las mujeres. <p>Discurso personas profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones económicas para acceder a recursos sanitarios, sociales y culturales. • El bienestar de la persona mayor depende de las cargas económicas familiares.
SITUACIÓN LABORAL	
Jubilación/Pensión	<p>Sin ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peor percepción de la calidad de vida. • Menor satisfacción con la vida. • Tienden a sentirse solas. • Mayor estado depresivo. <p>Discurso personas mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas jubiladas perciben más calidad y satisfacción con la vida para realizar actividades placenteras y de autorrealización. • Percepción generalizada de que los buenos cuidados dependen en gran medida de los recursos económicos.
Jubilación/Pensión	<p>Sin ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peor percepción de la calidad de vida. • Menor satisfacción con la vida. • Tienden a sentirse solas. • Mayor estado depresivo. <p>Discurso personas mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas jubiladas perciben más calidad y satisfacción con la vida para realizar actividades placenteras y de autorrealización. • Percepción generalizada de que los buenos cuidados dependen en gran medida de los recursos económicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agost, R., Caballer, A., & Moreno, A. (2017). Estudio diagnóstico para el establecimiento de las líneas estratégicas del Plan Valenciano de Envejecimiento Activo. *Generalitat Valenciana-Castellón de La Plana: IIDL-UJI*.

Agost-Felip, M. R., & Fuertes Martínez, F. (2012). Incidentes en el día a día de las personas con discapacidad. En M. D. Blázquez Peinado & I. Biel Portero (Ed.), *La perspectiva de derechos humanos de la discapacidad* (pp. 235-265). Tirant Lo Blanch.

Alhambra-Borrás, T., Blouws, T. A., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., & Z. Kalula, S. (2021). Older people's dialogue about loneliness and social support: a cross-cultural qualitative study conducted in Spain and South Africa (Diálogo entre las personas mayores sobre la soledad y el apoyo social: un estudio cualitativo transcultural en España y Sudáfrica). *International Journal of Social Psychology*, 36(3), 424-457.

Ansari S, Muhammad T, Dhar M. (2021). How does multi—morbidity relate to feeling of loneliness among older adults evidence from a population—based survey in India. *J. Popul. Ageing*. doi: 10.1007/s12062-021-09343-5.

Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M.L. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 331-336.

Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João-Forjaz, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Psycho-metric properties of the Functional Social Support Questionnaire and the Loneliness Scale

- in non-institutionalized older adults in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.08.009
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bennett, S., & Thomas, A. J. (2014). Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?. *Maturitas*, 79(2), 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.009>
- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8637. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica [Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 53(3), 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol. 1. London: Basic Books.
- Buecker, S., Maes, M., Denissen, J. J. A., & Luhmann, M. (2020). Loneliness and the big five personality traits: a meta-analysis. *European Journal of Personality*, 34(1), 8–28. <https://doi.org/10.1002/per.2229>
- Buz, J. & Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981. doi:10.11144/Javeriana. UPSY12-3.aesd
- Caballer, A., Castillo, A., Martínez, M. A., Flores, R., Alarcón, A. H., Agost, M. R., Muler, M., Díaz, M. J. (2019). *Estudio del envejecimiento activo en la ciudad de Castellón desde el paradigma de la Organización Mundial de la Salud*. Fundación Dávalos-Fletcher.

- Caballero, F. F., Miret, M., Power, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-12.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & emotion*, 28(1), 3–21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2003). The Anatomy of Loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 71–74. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01232>
- Coria, C. (2016). *Los laberintos del éxito: Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos*. Pensódromo 21.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of aging and health*, 24(8), 1346–1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
- Crowe, C. L., Domingue, B. W., Graf, G. H., Keyes, K. M., Kwon, D., & Belsky, D. W. (2021). Associations of Loneliness and Social Isolation With Health Span and Life Span in the U.S. Health and Retirement Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 76(11), 1997–2006. <https://doi.org/10.1093/gerona/glab128>
- Daban, F., Garcia-Subirats, I., Porthé, V., López, M., de-Eyto, B., Pasarín, M. I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., & Díez, E. (2021). Improving mental health and well-being in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community

- health intervention. *Atencion primaria*, 53(5), 102020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102020>
- 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., & Kamphuls, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289–299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman, & A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge University Press.
- de Koning, J. L, Stathi, A., & Richards, S. (2016). Predictors of loneliness and different types of social isolation of rural-living older adults in the United Kingdom. *Ageing Soc*;1:1–32.
- De la Mata Agudo C. & Hernández Ascanio J. (2021). Lo femenino y la vivencia de la soledad. La vejez como una etapa de Fortaleza.
- de la Torre-Luque, A., de la Fuente, J., Sanchez-Niubo, A., Caballero, F. F., Prina, M., Muniz-Terrera, G., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). Stability of clinically relevant depression symptoms in old-age across 11 cohorts: A multi-state study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(6), 541-551. <https://doi.org/10.1111/acps.13107>
- de la Torre-Luque, A., Lara, E., de la Fuente, J., Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Lopez-Garcia, P., Sanchez-Niubo, A., Bobak, M., Koskinen, S., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2021). Metabolic dysregulation in older adults with depression and loneliness: The ATHLOS study. *Psychoneuroendocrinology*, 123, 104918. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104918>
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

- DiTommaso E, Brannen C y Best LA (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99-119.
- Ejlskov, L., Bøggild, H., Kuh, D., & Stafford, M. (2020). Social relationship adversities throughout the lifecourse and risk of loneliness in later life. *Ageing and Society*, 40(8), 1718-1734. doi:10.1017/S0144686X19000345
- Ejiri, M., Kawai, H., Ishii, K., Oka, K., & Obuchi, S. (2021). Predictors of older adults' objectively measured social isolation: A systematic review of observational studies. *Archives of gerontology and geriatrics*, 94, 104357. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104357>
- Esteve Grifo, M. Caballer Miedes, A (2020) La participación de las personas mayores en talleres y su efecto sobre la soledad.
- Fáisca, Raquel. Alfonso Rosa Marina, Henrique Pereira Henrique. Vaz Patto María. (2019) Loneliness and depressive symptomatology in elderly people.
- 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>
- Grant, N., Hamer, M., & Steptoe, A. (2009). Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9081-z>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hawkley, L. C., & Kocherginsky, M. (2018). Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Research on aging*, 40 (4), 365-387.
- Henning-Smith, C. & Gonzales, G. (2020). The Relationship Between Living Alone and Self-Rated Health Varies by Age: Evidence from the National Health

- Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(9), 971–980. <https://doi.org/10.1177/0733464819835113>
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al (2010) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: Meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015; 10(2):227–237.
- 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.
- Holvast, F., Burger, H., de Waal, M. M., van Marwijk, H. W., Comijs, H. C., & Verhaak, P. F. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of affective disorders*, 185, 1–7.
- Kyröläinen, A. J., & Kuperman, V. (2021). The Effect of Loneliness on Cognitive Functioning Among Healthy Individuals in Mid- and Late-Adulthood: Evidence From the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Frontiers in psychology*, 12, 701305. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701305>
- Lagarde, M (1999). Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas
- Lagarde, M. (2012) Soledad y la Desolación
- Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline?. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(11), 1613–1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>
- Lay, J. C., Pauly, T., Graf, P., Mahmood, A., and Hoppmann, C. A. (2020). Choosing solitude: age differences in situational and affective correlates of solitude-seeking in midlife and older adulthood. *J. Gerontol.* 75, 483–493. doi: 10.1093/geronb/gby044
- Li, K., & Tang, F. (2022). The Role of Solitary Activity in Moderating the Association between Social Isolation and Perceived Loneliness among U.S. Older Adults.

Journal of gerontological social work, 65(3), 252–270. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1958115>

Löfgren, M., Larsson, E., Isaksson, G., & Nyman, A. (2021). Older adults' experiences of maintaining social participation: Creating opportunities and striving to adapt to changing situations. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1974550>

López Doblaz, J., & Díaz Conde, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez.

Luo, Y., Hawkley, 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>

Maarsingh, O. R., Heymans, M. W., Verhaak, P. F., Penninx, B., & Comijs, H. C. (2018). Development and external validation of a prediction rule for an unfavorable course of late-life depression: A multicenter cohort study. *Journal of affective disorders*, 235, 105–113.

Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A Conceptual Review of Loneliness in Adults: Qualitative Evidence Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11522. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111522>

Marijnissen, R. M., Vogelzangs, N., Mulder, M. E., van den Brink, R. H., Comijs, H. C., & Oude Voshaar, R. C. (2017). Metabolic dysregulation and late-life depression: a prospective study. *Psychological medicine*, 47(6), 1041–1052. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003196>

Martín Aranda, Roberto. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Recuperado en 04 de septiembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&tlng=es.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151 (4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.

- O'Lunaigh, C., O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Coen, R., Walsh, C., Walsh, J. B., Caokley, D., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2012). Loneliness and cognition in older people: the Dublin Healthy Ageing study. *Aging & mental health*, *16*(3), 347–352. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628977>
- Osin, E. N., Leontiev, D. A. (2013). Differential loneliness scale: structure and characteristics. *Psychology. Journal of Higher School of Economy*, *10* (1), 55 – 81.
- Ost-Mor, S., Palgi, Y., & Segel-Karpas, D. (2021). Exploring gaps in positive solitude perceptions: older adults vs. gerontology professionals. *International psychogeriatrics*, *33*(12), 1253–1263. <https://doi.org/10.1017/S1041610220003555>
- Pavot, W., Diener, E., y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *70*, 340-354.
- Peplau, L. A. y Perlman, D. (1982). Perspective on loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley and Sons.
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, *172*(14), 1078–1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
- Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I., y García Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, Vol. 1, 13, 71-82.
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *24*(3), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>
- Quadt, L., Esposito, G., Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2020). Brain-body interactions underlying the association of loneliness with mental and physical health. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *116*, 283–300. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.015>

- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS one*, 13(1), e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Rokach, A., Orzech, T., & Neto, F. (2004). Coping with Loneliness in Old Age: A Cross-Cultural Comparison. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 23(2), 124–137. <https://doi.org/10.1007/BF02903073>
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala "Este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15, 26-35.
- Rubio R. (2000). Portal de Mayores. Diciembre 2000. Boletín 3. La soledad en personas mayores. Soledad objetiva y soledad subjetiva.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Rubio, R., Pinel, M. y Rubio, L. (2010). La soledad en los mayores. Una alternativa a la medición a través de la escala ESTE. Madrid: IMSERSO. Revisado el 10 de Junio en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf
- Rubio Herrera, Ramona (2009). La soledad en los mayores *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2, 2007, pp. 11-27 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España.
- Rubio, R., Rubio, L., & Pinel, M. (2009). Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II. Madrid: IMSERSO. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Russell D., Peplau L. A., Cutrona C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.* 39 472–480. [10.1037//0022-3514.39.3.472](https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472)

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of affective disorders*, *204*, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>
- Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003;14:249–280.
- Sarla, E., Lambrinou, E., Galanis, P., Kalokairinou, A., & Sourtzi, P. (2020). Factors That Influence the Relationship Between Social Support and Health-Related Quality of Life of Older People Living in the Community. *Gerontology & geriatric medicine*, *6*, 2333721420911474. <https://doi.org/10.1177/2333721420911474>
- Saygin ,Y., Akdeniz, S., & Deniz, M. E. (2015). Loneliness and interpersonal problem solving as predictors of subjective well-being. *International Journal of Information and Education Technology* *5*:32–35 doi: 10.7763/IJET.2015.V5.471
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van der Mast, R. C., & Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely?. *The American journal of psychiatry*, *162*(1), 178–180. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.178>
- Spence, R., Jacobs, C., & Bifulco, A. (2020). Attachment style, loneliness and depression in older age women. *Aging & mental health*, *24*(5), 837–839. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1553141>
- 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 of the United States of America*, *110*(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Strizhitskaya, O., Petrash, M., Murtazina, I., Vartanyan, G., & Shchukin, A. (2021). Loneliness among Middle-Aged and Older Middle-Aged Adults in Russia (Saint Petersburg) before and during COVID-19 Pandemic. *International journal of en-*

- vironmental research and public health*, 18(18), 9889. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189889>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., Salum, G. A., & Schuch, F. B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 249, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>
- Spence, R. Jacobs, C. & Bifulco, A. (2020). Attachment style, loneliness and depression in older age women *aging & mental health*, 24(5). <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1553141>
- Theeke, L. A., Mallow, J. A., Moore, J., McBurney, A., Rellick, S., & VanGilder, R. (2016). Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 242–251. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.004>
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & mental health*, 9(6), 526–534. <https://doi.org/10.1080/13607860500193138>
- Townsend, B. G., Chen, J. T., & Wuthrich, V. M. (2021). Barriers and Facilitators to Social Participation in Older Adults: A Systematic Literature Review. *Clinical gerontologist*, 44(4), 359–380. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1863890>
- Valkanova, V., & Ebmeier, K. P. (2013). Vascular risk factors and depression in later life: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychiatry*, 73(5), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.10.028>
- Vázquez Morejón A.J., Jiménez García-Bóveda R. (1994). RULS: escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Rev. Psicol. Salud* 6 45–54.
- 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*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>

- Veronese, N, Galvano, D, D'Antiga, F, Vecchiato, C, Furegon, E, Allocco, R, Smith, L, Gelmini, G, Gareri, P, Solmi, M, Yang, L, Trabucchi, M, De Leo, D, Demurtas, J (2020) Interventions for reducing loneliness: An umbrella review of intervention studies. doi: 10.1111/hsc.13248. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33278311.
- Victor, C. Keming Yang, K (2001). The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. Pages 85-104 | Received 31 Jan 2011, Accepted 08 Aug 2011, Published online: 05 Dec 2011
- Weiss, R. (1975). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. MIT press.
- Weiss RS (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1-16.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 234–240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>
- Yaben, S. Y. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos SESLA-S [Spanish adaptation of the Scale for Evaluation of Social and Emotional Loneliness in Adults SESLA-S]. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 8(1), 103–116.
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
- Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & human development*, 6(4), 419–437. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303127>
- Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & human development*, 6(4), 419–437. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303127>
- Zunzunegui, MV. F. Béland, F. I. T. Del Ser, Gornemann. (1999) La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores.

ANEXOS



ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, conteste a las siguientes preguntas sobre usted.

1. Marque con una cruz su género:

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/>

2. Edad: _____

3. Población de residencia: _____

4. Marque con una cruz su estado civil actual:

Soltero/a	<input type="checkbox"/>
Casado/a o conviviendo	<input type="checkbox"/>
Separado/a o Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
Viuda/o	<input type="checkbox"/>
No sabe/ No contesta	<input type="checkbox"/>

5. Marque con una cruz si tiene hijos o hijas:

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

6. Marque con una cruz el nivel de estudios completados:

No sabe leer ni escribir	<input type="checkbox"/>
Sin estudios, pero sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Educación primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Educación primaria (Bachiller elemental)	<input type="checkbox"/>
Educación secundaria (Bachiller superior)	<input type="checkbox"/>
Formación profesional	<input type="checkbox"/>
Enseñanza Universitaria	<input type="checkbox"/>
Otros estudios no reglados	<input type="checkbox"/>
No sabe / No contesta	<input type="checkbox"/>

7. Marque con una cruz su estado laboral actual:

Trabaja	<input type="checkbox"/>
Jubilado/a o pensionista (ha trabajado anteriormente)	<input type="checkbox"/>
Pensionista (no ha trabajado anteriormente)	<input type="checkbox"/>
En situación de desempleo	<input type="checkbox"/>
Trabajo doméstico no remunerado (amo/a de casa)	<input type="checkbox"/>
Otra situación (especificar)	<input type="checkbox"/>

8. ¿Con quién convive?

Cónyuge o pareja	
Hijo	
Hija	
Otros familiares	
Otras personas sin vínculo familiar	
Vivo solo/a	
NS/NC	

9. Cuántos días a la semana.....

- Acude al centro de salud _____ días.
- Acude al bar o al lugar de reunión de los jubilados _____ días.
- Sale a pasear o al parque con amigo/as _____ días.
- Se comunica con amigo/as por teléfono o internet _____ días.
- Le visitan sus familiares _____ días.

10. ¿Está satisfecho/a de la frecuencia con que sus familiares le visitan?

Muy insatisfecho/a Muy satisfecho/a

1 2 3 4 5 6 7

11. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio, como salir a pasear o andar, o algún otro tipo de ejercicio físico?

Casi nunca Habitualmente

1 2 3 4 5 6 7

12.- Marque la situación en la que se encuentra, puede marcar más de una:

12.1___ Cuido de otro familiar o persona conocida

12.2___ En la actualidad, puedo contar con una persona que se encarga de cuidarme o acompañarme que no es familiar mío.

12.3___ Tengo mascota

12.4___ Tengo algún grado de dependencia

12.5___ Ninguno de los anteriores

Observaciones (a completar por la persona entrevistadora):

Cuestionario de evaluación

Elige las cinco palabras que más te llamen la atención:

pueblo

nostalgia

soledad

ropa

vacío

abandono

grupo

desamparo

cocina

televisión

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego, elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado/a respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado/a respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un/una fracasado/a.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que esté siendo castigado/a.

1 Siento que tal vez pueda ser castigado/a.

2 Espero ser castigado/a.

3 Siento que estoy siendo castigado/a.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo/a.

2 Estoy decepcionado/a conmigo mismo/a.

3 No me gusto a mí mismo/a.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico/a conmigo mismo/a de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo/a por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo/a por lo todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Quería matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto/a o tenso/a que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto/a o tenso/a que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me es difícil quedarme quieto/a.
- 3 Estoy tan inquieto/a que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado/a que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso/a.
- 1 No me considero a mí mismo/a tan valioso/a y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso/a cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado/a o fatigado/a que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado/a en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA DE SOLEDAD DE DEJONG

Versión reducida de 6-ítems (Buz y Prieto, 2013; Ayala et al., 2012)

A continuación, le haremos algunas preguntas para que valore sus sentimientos en el MOMENTO ACTUAL.

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.			
2. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad.			
3. Tengo mucha gente en la que confiar completamente.			
4. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha.			
5. Echo de menos tener gente a mi alrededor.			
6. Me siento abandonada/o a menudo.			

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, conteste con sinceridad.

	Muy des- acuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.- En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2.- Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3.- Estoy satisfecho/a con mi vida	1	2	3	4	5
4.- Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5.- Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría nada	1	2	3	4	5

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-AGE

Caballero, Miret, Power, Chatterji, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, et al. (2013)

Pensando en las dos últimas semanas:

	MUY MALA	MALA	NI BUENA NI MALA	BUENA	MUY BUENA
1.- ¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	MUY INSA- TISFECHO/A	INSATISFE- CHO/A	NEUTRA	SATISFE- CHO/A	MUY SATIS- FECHO/A
2.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su audición, visión y demás sentidos?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5
4.- ¿Cómo de satisfecho/a está consigo mismo/a?	1	2	3	4	5

	MUY INSA- TISFECHO/A	INSATISFE- CHO/A	NEUTRA	SATISFE- CHO/A	MUY SATIS- FECHO/A
5.- ¿Cómo de satisfecho está con su capaci- dad para realizar sus actividades de la vida diaria (cotidianas)?	1	2	3	4	5
6.- ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
7.- ¿Cómo de satisfecho está con las condi- ciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cómo de satisfecho/a está con el modo en que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5
	NINGUNA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	MUCHA
9.- ¿Tiene suficiente energía para su vida diaria?	1	2	3	4	5
10.- ¿Cuánto control tiene sobre las cosas que le gusta hacer?	1	2	3	4	5
11.- ¿Hasta qué punto esta satisfecho/a con sus oportunidades para continuar alcanzan- do sus objetivos o metas en la vida?	1	2	3	4	5
12.- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	MUCHO
13.- ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones íntimas en su vida?	1	2	3	4	5

ANEXO 2. GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN

BENVINGUDA I PRESENTACIÓ PROJECTE

ES CONVIDA ALS PARTICIPANTS A PRESENTAR-SE

Edat / Sexe / Estat Civil / Estat Laboral / Participació en Associació

- 1) COM S'IMAGINEU A UNA PERSONA MAJOR?
- 2) PENSEU QUE HI HA DIFERENTS FORMES D'ENVELLIR?
- 3) S'ENVELLÍS IGUAL SENT HOME QUE SENT DONA?
- 4) HAVEU SENTIT A PARLAR SOBRE L'ENVELLIMENT ACTIU? QUÈ PENSEU QUÈ ÉS?

Llegir definició:

L'envelliment actiu és la millora de la qualitat de vida de les persones majors a través de la promoció de la salut, seguretat i participació en la societat, considerant les necessitats sentides, aspiracions i capacitats.

ALGUNES INVESTIGACIONS AFIRMEN QUE CADA VEGADA HI HA MÉS PERSONES MAJORS QUE SEGUEIXEN AQUEST ESTIL DE VIDA. QUÈ PENSEU?

- 5) TÉ BENEFICIS FER-SE MAJOR?
- 6) ELS ESTUDIS AFIRMEN QUE CADA VEGADA HI HA MÉS PERSONES MAJORS QUE FAN VIDA A SOLES. ESTEU D'ACORD AMB AQUEST AFIRMACIÓ?

7) PENSEU QUE HI HA DIFERENTS MANERES DE VIURE LA SOLEDAT?

8) ENS PODEU POSAR ALGUN EXEMPLE DE PERSONES CONEGUDES QUE SE TROBEN A SOLES? COM HO VIUEN?

- Dels exemples de casos que no ho porten bé: Què penseu que ha passat?
- Del exemples de casos de persones que viuen soles i ho porten bé: Quina penseu que és la diferència amb els que no ho porten bé?
- Què penseu que es podria fer per a millorar la seua situació?

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA PARTICIPACIÓ. SI HO DESITGEU PODEU AFEGIR ALGUNA COSA.

ANEXO 3. GUIÓN ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

FECHA:

LUGAR:

PERFIL PERSONA ENTREVISTADA:

ÁREA DE ACTUACIÓN: RURAL O URBANA

- ¿Qué recursos/servicios/dispositivos/programas específicos se desarrollan para la población de personas mayores?
- ¿Qué tipo de actividades se desarrollan?
- ¿Cuál es el itinerario de acceso a estos programas?
- ¿Cuál es el perfil de las personas participantes en estos programas?
- ¿Cuántas personas suelen participar en estos programas?
- ¿Hay lista de espera? ¿Cuánto tarda en resolverse?
- ¿Qué perfiles integran el personal técnico de este servicio?

- ¿Cuáles son los beneficios que tienen los actuales programas o servicios en los que pueden participar las personas mayores?
- ¿Qué beneficios aportan a las personas mayores participar en estos programas? (bienestar psicológico, red social, de soporte, salud)
- ¿Qué aspectos consideras se deberían mejorar o incorporar en la intervención con este colectivo?
- ¿Cuáles son las necesidades más importantes que presentan a día de hoy las personas mayores?
- ¿Qué aspectos consideras son una limitación o un obstáculo para la participación de las personas mayores en estos programas?
- ¿Qué dificultades específicas crees que hay en el acceso a los recursos en áreas rurales o áreas urbanas? (adaptar al área de actuación persona entrevistada)

- ¿Puedes contarnos 2-3 ejemplos de situaciones de soledad que hayas detectado en concreto?
- ¿Por qué motivos algunos casos de soledad no deseada no pueden resolverse favorablemente y se cronifican?
- ¿Puedes contarnos 2-3 ejemplos donde las personas mayores han dejado de sentirse solas?
- Explica las causas o las razones de la resolución de estos casos en concreto.

Otros comentarios y observaciones:

ANEXO 4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

INDICADORES	VARIABLES	EVALÚA	INSTRUMENTO CUALITATIVA	INSTRUMENTO CUANTITATIVA
Indicadores conductuales	Salud	Actividades vida diaria / Actividad física o ejercicio / Envejecimiento activo	Guión Grupo de Discusión – Ítem 4 (envejecimiento activo) y Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario sociodemográfico – Ítem 9 (rutinas) / Ítem 11 (ejercicio)
	Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas	Actividades culturales, lúdicas, artísticas, de relación social, asociativas, de solidaridad, de voluntariado, educativas y formativas, profesional...	Guión Grupo de Discusión – Ítem 4 y Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario sociodemográfico – Ítem 9 (rutinas)
	Otras actividades	Cuidado de otras personas, cuidado de mascotas, recepción o realización visitas	Guión Grupo de Discusión – Ítem 4 y Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario sociodemográfico – Ítem 10 (visitas) / P5.1 y P5.2 (cuidado)
Indicadores contextuales	Servicios Sociales	Asistencia domiciliaria, apoyos vida cotidiana, asesoría jurídica, asistencia psicológica, centros de relación social, centros de día, alternativas de alojamiento, promoción envejecimiento activo...	Guión Grupo de Discusión – Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	No se evalúa específicamente
	Entorno y Hábitat	Tipo vivienda, comodidad, accesibilidad, amigabilidad entorno social-ambiental, seguridad entorno social-ambiental, utilidad	Guión Grupo de Discusión – Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	
	Economía	Prestaciones y ayudas	Guión Grupo de Discusión – Transversal Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario sociodemográfico – Ítem 7 (situación laboral) / P5.4 (dependencia)

INDICADORES	VARIABLES	EVALÚA	INSTRUMENTO CUALITATIVA	INSTRUMENTO CUANTITATIVA
Indicadores contextuales	Entorno relacional	Relaciones y acciones intergeneracionales	Guión Grupo de Discusión – ítem 4, ítem 6 y ítem 7 Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario sociodemográfico – ítem 8 (vivir acompañado/a)
	Percepción calidad de vida	Valoración estado salud físico y psicológico, donde se incluyen las AVD, acciones, oportunidades y metas.	Guión Grupo de Discusión – ítem 1, ítem 4 y ítem + Aportaciones Guión Entrevista – Bloque 1 y Bloque 2	Cuestionario WHOQOL-AGE
Indicadores emocionales	Autoimagen	Tipos de envejecimiento Tipos de soledad	Guión Grupo de Discusión – ítem 1 y ítem 2 (persona mayor) / ítem 6, ítem 7 y ítem 8 (soledad) Guión Entrevista – Bloque 3	Tarea semántica (autoimagen persona sola) Escala de soledad de De Jong (sentimiento soledad)
	Satisfacción con la vida	Autoafirmación, autorrealización, vida plena y acorde con las expectativas	Guión Grupo de Discusión – ítem 5 y ítem 8.3 Guión Entrevista – Bloque 2 y Bloque 3	Escala de Satisfacción con la Vida de Diener
	Estado emocional	Problemas emocionales, síntomas, depresión, sentimiento de soledad	Guión Grupo de Discusión – ítem 5, ítem 6, ítem 7 y ítem 8 Guión Entrevista – Bloque 2 y Bloque 3	Inventario de Depresión de Beck (estado depresivo) Escala de soledad de De Jong (sentimiento soledad)
TRANSVERSAL CUALITATIVA	Perfil / Sexo-Género / Otros			

ANEXO 5. REVISIÓN SISTEMÁTICA (FASE 1)

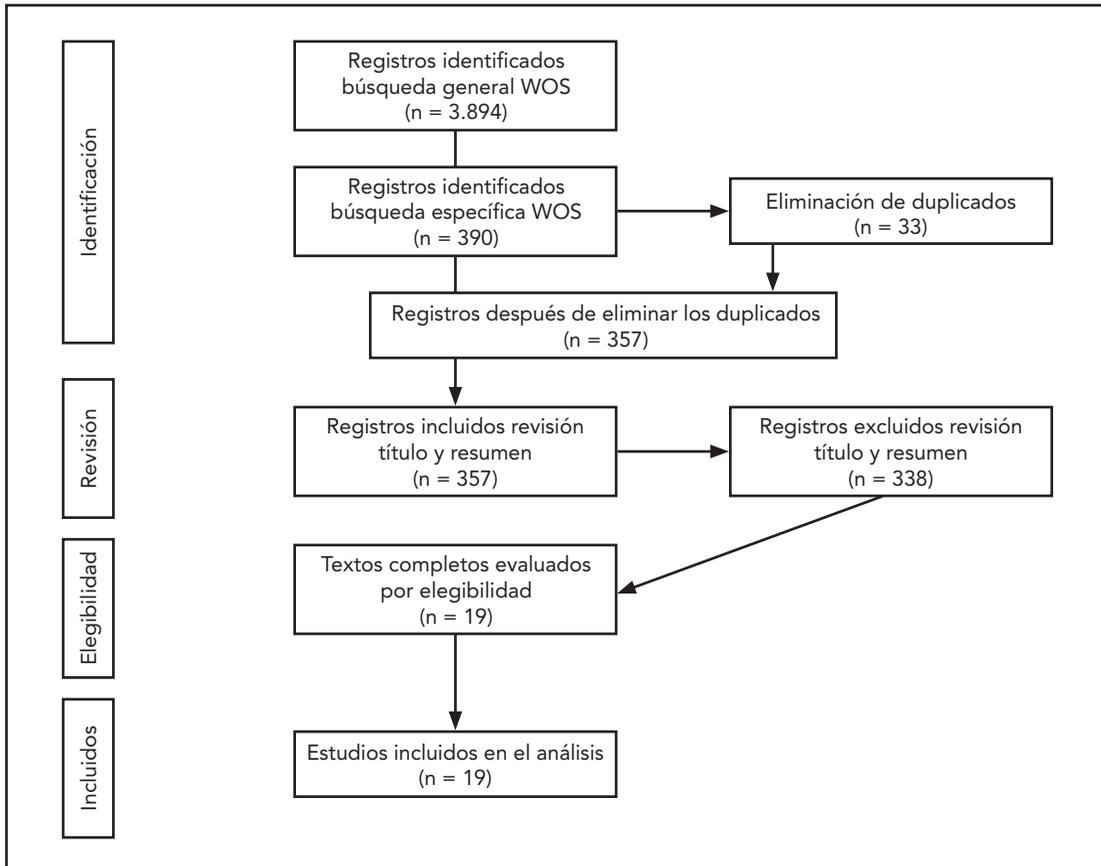
Diseño

En esta primera fase de la investigación, se ha realizado una revisión sistemática con el fin de explorar y analizar las publicaciones más recientes sobre el tema de estudio. Los objetivos de la revisión son: 1) resumir la información más actual de la soledad no deseada en la población mayor, 2) identificar los aspectos relevantes del tema de estudio, 3) identificar las aproximaciones teóricas y metodológicas, e 4) identificar los aspectos asociados a la soledad.

Análisis de la información / Resultados

La búsqueda general identificó un total de 3.894 publicaciones y, tras realizar las búsquedas más específicas se identificaron un total de 390 publicaciones. Después de eliminar los duplicados, se incluyeron 357 estudios. De estos, se excluyeron 338 estudios por no cumplir con los criterios de inclusión. Finalmente, la revisión incluye 19 estudios. El proceso de selección utilizado se muestra en la siguiente figura (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la revisión sistemática.



Fuente: Elaboración propia según Moher et al. (2019)

ANEXO 6. FRAGMENTOS DEL DISCURSO

6.1. ANÁLISIS POBLACIÓN: GRUPOS DE DISCUSIÓN

Indicadores conductuales

Salud

“Hoy en día, no solo somos activos en ocio, sino también en la salud. Ahora los mayores vamos a muchas revisiones y nos preocupamos [...] Nos preocupamos más por todo: en distraernos, en comer sano, y en las revisiones médicas”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Envejecer de manera activa es la mentalidad [...] Continuar haciendo las cosas que te gustan.” (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Hoy en día, las personas mayores están más activas porque les guste viajar, les gusta participar de algún evento, cuidarse la salud y tener un mejor bienestar que sus padres”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas

“Hace 10 años que voy a la piscina, a bailar, por las mañanas salgo a caminar,...”. (Mujer, Grupo de Discusión 1)

“Viajar, ir al baile los viernes y sábados, salir a cenar con los amigos...” (Hombre, Grupo de Discusión 2)

“Necesitas hacer actividades, hacer cosas que te gusten [...] Continúo haciendo cosas en el campo, trabajando con el ordenador, colaboro en asociaciones,... me considero una persona activa”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

Indicadores contextuales

Servicios sociales

“Se necesitan más personas con formación específica para los casos de personas que necesitan ayuda”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Para estar con una persona extraña, prefieren estar solas o buscar otro tipo de opción como irse a una residencia.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Se podría crear una asociación o voluntariado para esas personas que se sienten solas [...] El poder participar en un programa que pueda darles un empujón: ‘venga, ánimo, yo te acompaño si es preciso’”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Se debería valorar el trabajo de las trabajadoras sociales, que cada día acompañan a las personas y las ayudan en lo que sea”. (Mujer, Grupo de Discusión 1)

Entorno, hábitat, economía

“Influye la mentalidad de cada persona y el estar rodeada de gente que te aprecia, sea familia o sean amigos, para sentirse más protegida y a gusto consigo misma”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Yo vivo solo pero arriba tengo a mi hermana y a mi cuñado, aunque yo siempre he sido independiente y no estoy mal viviendo solo”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Las personas mayores ahora son más activas y se preocupan más por la salud, por estar bien, por tener más concepto de lo que pueden hacer. Y piden ayudas o reclaman cosas para mejorar su salud”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Hay veces que parejas o familia viven juntas, pero cada uno hace su vida, no hay comunicación, no hay conversaciones [...] Es una soledad que algunos aceptan y otros no porque es triste [...] no tener esa complicidad de pareja como antes, se pierde y se hiela”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Necesitas tener el bolsillo lleno y tienes que organizarte. Una persona dependiente depende de la otra persona, para la soledad y para todo”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Pienso que todo el mundo quiere estar en su casa, viva en pareja o viva solo”. (Hombre, Grupo de Discusión 2)

Percepción calidad de vida

“Todo depende de la calidad de vida de cada persona y de la salud, porque hay personas que se hacen mayores, pero son independientes para hacerse las cosas y otras personas más jóvenes, por otras circunstancias o alguna enfermedad, necesitan tener apoyos y acompañamiento.” (Mujer Grupo de Discusión 2)

“La persona se tiene que adaptar a las circunstancias de la vida, a la situación en la que uno se encuentra, y hacer actividades que le gustan para sentirse bien”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Antes la mujer se apoyaba mucho en el marido [...] En las relaciones de pareja de aquel momento había muy poca libertad [...] Como la mujer se ha tenido que acoplar al hombre, desde el momento en que ese apoyo le falla, ya no sabe por dónde tirar. No ha tenido una vida propia a partir del matrimonio”. (Hombre, Grupo de Discusión 2)

Indicadores emocionales

Autoimagen

“Me imagino una persona mayor según las circunstancias y las edades [...] Conforme va llegando la edad, van disminuyendo las facultades físicas y mentales”. (Mujer Grupo de Discusión 2)

“Me imagino una persona mayor como una persona que ha pasado una etapa importante de la vida, la vida laboral, la vida activa [...] Ahora vuelve a un principio nuevo, otra etapa de la vida a la que tiene que adaptarse y acostumbrarse a ella, a saber disfrutar y a hacerse dueño/a de su tiempo”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Las mujeres tenemos otra clase de energía sea porque los hijos nos arrastran, los nietos nos arrastran [...] La mujer tiene esa vitalidad de ponerse al día con las cosas de los niños, de llevarlos a las actividades”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Distingo entre estar solo y sentirse solo. Son dos formas de vivir o de estar solo.” (Hombre, Grupo de Discusión 2)

“Las personas pueden estar muy acompañadas y estar completamente solas. Vivir en una capital llena de gente y estar como si estuvieran en una montaña... Hay personas que quieren vivir solas porque quieren su propia independencia, y hay otras que no les queda más opción que vivir solas.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

Satisfacción con la vida

“Hacerse mayor tiene sus ventajas. Una de las principales es la madurez que te ha dado la vida porque ya las has vivido prácticamente toda”. (Hombre, Grupo de Discusión 2)

“No veo ningún beneficio en envejecer porque si no tienes todo el conocimiento, te haces viejo y no puedes caminar [...] Si uno no tiene buena salud, no merece la pena vivir”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Esta etapa es lo mejor de la vida. Problemas ya no tienes, el trabajo, el dinero, criar los hijos... Para mí, en estos momentos, es lo más bonito de la vida,... Estás muy contenta de todo eso, te vas de viaje, tienes amigos...”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Es la forma de pensar, la capacidad para entender la vida y la forma de saber asimilarla”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Me gusta la soledad, me gusta el silencio, me gusta la calma [...] Cuando estoy sola apago el televisor y lo cierro todo porque me gusta ese silencio, esa tranquilidad, esa paz.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

Estado emocional

“Me da la impresión, por las personas que son solteras que conozco y que antes vivían con su madre, que ahora ha muerto, que lo viven con gran dificultad. Necesitan salir, ir a dar una vuelta, encontrarse con alguien con quien conversar...”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Muchas amigas empiezan con el ‘me duele aquí y me duele allá’, pero yo creo que en la vida tienes que ser optimista y tirar para adelante, siempre que se pueda”. (Mujer Grupo de Discusión 2)

“Me mentalizo y pienso que no tendré miedo si me quedo sin él, si se va él primero, porque es como si me estuviera preparando para ese momento. Y tengo que estar sola, mis hijos tienen que hacer su vida y mis nietos igual. Ahora, el día que no me pueda valer, lo mejor de todo sería irme.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Recita: ‘La vida es amarga y dura si cometéis la locura de no saberla vivir, si no hay cariño y ternura y un amor que compartir, en cambio puede ser bella si sigues la buena estrella de amar, perdonar, servir y sólo podrá ser bella quien te ayuda a bien vivir’”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Es difícil de conocer porque la gente no nos abrimos, así como así. El pensar: ‘estoy solo y estoy jodido o jodida porque no tengo dónde arrimarme’. Normalmente, la gente que se encuentra sola en esas condiciones no suele abrirse a no ser que tenga alguna persona de mucha confianza. Creo que ha de ser muy jodido cuando una persona se ve obligada a vivir sola. No es lo mismo sentirse solo que estar solo.” (Hombre, Grupo de Discusión 2)

“Normalmente, escuchas hablar a las personas que se han quedado viudas de sus parejas, que han estado siempre muy unidos, las oyes hablar y dicen: ‘por el día no hay problema porque sales y hablas con uno y con otra, pero cuando cierras las puertas y sabes que estás a solas en casa, se te cae el mundo encima”. (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“Una persona se siente indefensa frente a la enfermedad o si está delicada de salud, porque dependes de la gente que te rodea, tener familia o tener una persona conocida. Es muy triste.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

“En el momento que una persona se encuentra sola tiene que plantearse que su vida ha cambiado [...] Si uno mismo no es capaz de dar el paso para no sentirse solo, cada vez estará más decaído y al final se convertirá en una persona amargada y con todas las cosas negativas que comporta”. (Hombre, Grupo de Discusión 2)

“Algunas personas no asimilan que ahora están solas”. (Hombre, Grupo de Discusión 1)

“Personas que están solas y, si tienen a alguien como persona acompañante, también se sienten solas porque es un extraño. No existe vínculo, no hay comunicación, porque no hay confianza.” (Mujer, Grupo de Discusión 2)

6.2. ANÁLISIS GRUPOS DE INTERÉS: ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Indicadores conductuales

Salud

“Hay programas de atención a pacientes crónicos o por enfermedades, grupos de población por enfermedades: persona diabética, personas con hipertensión,...”. (E5)

“Actividades de crecimiento personal, talleres de bienestar, para potencia el bienestar, autoestima, objetivos vitales, autoimagen, autoconsciencia y risoterapia...” (E1)

“El ejercicio es muy necesario e importante, es uno de los factores”. (E5)

“Se ofrece información, actividades de acompañamiento, orientación y seguimiento en los programas de salud o de soledad”. (E2)

“Atención inmediata a una necesidad concreta que pueda surgir de una aleta o una situación de riesgo sanitario o social o de cualquier tipo”. (E3)

Actividades sociales, culturales, formativas y lúdicas

“La forma de participar y relacionarse es distinta entre hombres y mujeres. Los hombres van a la placeta a charlar o arreglar el mundo, porque las actividades están muy feminizadas, y se sienten apartados. Actividades como la pintura, escritura, sumas y restas, para mejorar la memoria,..., no resultan atractivas [...] Sí que participan, pero en otras áreas como la política, o en actividades como jugar a cartas, al dominó,...” (E1)

“Cuidarse la salud no solamente es tomarse la pastilla o tomarse la insulina, sino que es también participar de un taller que puedan hacer en el centro de mayores, salir a pasear con las amigas o apuntarme a la piscina a hacer algún cursillo...” (E5)

Indicadores contextuales

Servicios sociales

“En servicios sociales, en personas mayores, está la ley de dependencia y desde ahí se realizan todas las valoraciones, y está el servicio de ayuda a domicilio. Se trata a las personas mayores, pero no sólo a ella, sino a todas las personas dependientes”. (E1)

“Prestaciones en remoto, presenciales, programa de envejecimiento activo y saludable, programa de prevención y actuación de situación de soledad no deseada, atenciones específicas...” (E3)

“En el programa “major a casa” se realiza todo un proceso de valoración y de tramitación. También se ofrece el servicio de atención domiciliaria a personas mayores o personas con diversidad funcional”. (E4)

“El servicio detecta posibles situaciones de maltrato, intentos de suicidio, ... La comunicación está protocolizada.” (E3)

“Como unidad de igualdad, se tiene toda una línea de trabajo muy enfocada a personas mayores, no destinada directamente, pero finalmente la gente que acude a las actividades son personas mayores”. (E1)

“Los programas de ayuda a domicilio también animan a acudir a la asociación de vecinos para saber las actividades que hay durante el día, favorecen el inicio de redes sociales, manejar un teléfono móvil,...” (E4)

Entorno, hábitat, economía

“Las necesidades en las personas mayores tienen que ver con el ámbito relacional. Faltan espacios que no sean los CEAM ni los centros de mayores, donde las personas puedan organizar actividades que les interesan”. (E5)

“Algunas personas tienen necesidades económicas, porque hay veces que con esa pensión se ayuda a otros familiares por sus situaciones [...] O necesidades para darse un capricho o para hacer un regalo a sus hijos o a sus nietos”. (E1)

“Hacemos movilizaciones, movemos a las personas cuando procede. También hacemos entregas de bien, por ejemplo, con ayudas técnicas como podrían ser muletas, andadores, sillas de ruedas...”. (E2)

“Favorecer la autonomía de las personas, que permanezcan en el domicilio [...] Permite que la persona siga en su entorno y en su medio”. (E4)

“Se trabaja para actuar de manera proactiva. Queremos evitar la caída y saber quién se va a caer, por sus circunstancias, por las características que presenta y por su entorno [...] Entonces queremos actuar de manera reactiva pero también de manera preventiva”. (E3)

“Se les orienta a acudir a los centros de mayores o a hacer algún tipo de actividades... A veces también es la dificultad económica porque ahí también tienen que pagar”. (E5)

“Una dificultad es la accesibilidad, las barreras arquitectónicas. Otro, las situaciones meteorológicas, algunos pueblos tienen cuevas y no pueden acudir a sus actividades en invierno o en días de viento y de lluvia.” (E1)

“La red relacional de la persona falla, desde el cercano que está ahí y da por hecho que no pasa nada; desde el familiar lejano, que sabe que existe el problema, pero no mira ahí; los servicios públicos que en ese sentido deberían mejorar el trabajo comunitario”. (E4)

Percepción calidad de vida

“Los beneficios que pueden repercutir en la atención a las personas, ya no solo el hecho de controlar alguna patología o un seguimiento por diabetes o por hipertensión, sino todo lo que es el seguimiento y la atención a esa persona para que su calidad de vida mejore”. (E5)

“Beneficios hay un montón, por ejemplo, la gimnasia ayuda a la autonomía personal. Hay personas que no podían ponerse la mano en la espalda y ahora sí pueden.” (E1)

“Cuando ha fallecido el marido, la mujer cuidadora ha empezado a acudir a la asociación de mayores [...]. El acompañarla le permitido hacer vida y vivir”. (E5)

“El beneficio principal es que las personas mayores tengan un envejecimiento lo más saludable posible, intentar que estén en sus entornos el máximo tiempo posible y comunitariamente o socialmente, lo más a gusto posible”. (E2)

“Se sienten menos solas, más apoyadas, más saludables, con más ganas de hacer cosas, con un mayor control de su destino, saber hacia dónde van, se sienten respetadas, en cuanto al trato con otras personas tanto externamente como dentro de su propia familiar”. (E2)

“Las personas mayores tienen necesidades de atención”. (E3)

“Beneficia el acompañamiento diario, se ha visto un antes y un después, en todos los aspectos, en su aspecto de salud, en su aspecto físico, en su aspecto en relación con el entorno [...]”. (E4)

Indicadores emocionales

Autoimagen

“Tenemos que diferenciar lo que es la soledad no deseada y lo que es vivir en soledad, pero disfrutando de ello. También, hay otro tipo de casos de personas que convive con otros familiares en el domicilio y presentan soledad porque no tienen relación con ellos, no son atendidos.” (E3)

“En el tema de la soledad, hay que tener en cuenta que no siempre se trata de una soledad de estar solo o sola, sino que va ligada a muchos factores”. (E1)

“Persona de 87 años [...] no quiere acudir a consulta porque está sola. [...] Vive sola en (población), aunque tiene familia en un pueblo de (población). Por teléfono se la nota triste y llorosa porque piensa que estos días no podrá reunirse con ellos”. (E5)

“Hombre mayor de 80 años, vive solo con su mujer que está ingresada en una residencia porque apenas tiene movilidad, no tienen hijos ni familiares ni contactos cercanos”. (E2)

“Suelen ser más mujeres [...] Y muchas veces, teniendo familiares cercanos también, que tienen hijos, y se sienten solas”. (E5)

“Mujer mayor de 80 años soltera y sin hijos, sus hermanos han fallecido, los sobrinos u otros familiares viven en otro país”. (E2)

“Personas de edad avanzada, yo te diría que más hombres, con alguna patología diagnosticada que dificulta la vida diaria, escasa red familiar y social, que es donde detectamos el tema de la soledad al 100%”. (E4)

“En el caso de los hombres, hay hombres que viven solo o que tienen algún tipo de enfermedad que necesitan cambiar de dieta porque no se cuidan y, por otra parte, no quieren aprender a hacerlo porque son tareas que no han hecho nunca y les cuesta”. (E1)

“La soledad tiene nombre de mujer e influyen un cúmulo de circunstancias. Generalmente, acarrear muchísimas más tareas de cuidados [...] Se olvidan de cuidarse de ellas, pierden su círculo social, no tienen tanto tiempo para salir a la calle, de reunirse, ...”. (E3)

Satisfacción con la vida

“Empiezan a dejar de sentirse solos porque empiezan a utilizar distintos recursos que desconocían, o de alguna manera se les anima y se les potencia a que socialicen y a que utilicen los recursos disponibles que tienen”. (E3)

“Otra cuestión son las limitaciones que cada una tiene a nivel personal, porque ellas comentan que su generación no se ha nutrido, tanto a nivel cultural como a nivel emocional o a nivel de expresión”. (E1)

Estado emocional

“En las personas mayores principalmente, día a día, se observa la soledad y la desconexión con el entorno”. (E4)

“En talleres proyecciones emocionales, charlas, foros, actividad de exposición fotográfica [...] Han aparecido distintos tipos de violencia [...] Los tipos de violencia se dan desde agresiones sexuales, violaciones, violencia en la pareja, en el ámbito comunitario... [...] Había mujeres que nunca lo habían contado”. (E1)

“En el caso de los hombres, la mayoría no acuden a las actividades y se quedan en los bancos o placetas charlando entre ellos, y pasan por etapas vitales con mucho malestar”. (E1)

“Además de la soledad, también siente malestar el pensar que ‘yo siempre he estado para todos cuando más lo necesitaban, pero a mí no me vienen a ver’ Su soledad está muy vinculada a lo afectivo [...] Dice ‘soy feliz’ pero se pone a llorar y comenta que a veces llora porque se siente sola y llora a escondidas para que no la vea su marido porque no la entiende”. (E1)

ANEXO 7. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

7.1. MODELO DE CONSENTIMIENTO PARTICIPANTES ENCUESTA

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA PARTICIPANTE

Estimado/a participante:

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación titulado:

Estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada

Este proyecto se está llevando a cabo desde el grupo de investigación **SOCIAL INNOVA/IIDL** de la Universitat Jaume I, cuyo objetivo es el de **analizar a través de un estudio exploratorio y descriptivo la situación de las personas mayores, a partir del análisis de los estados de soledad de la población mayor y su bienestar psicológico en la provincia de Castellón.**

Los investigadores principales de este proyecto son la doctora **M^a Raquel Agost Felip** y el doctor **Daniel Pinazo Calatayud**. En caso de tener cualquier duda sobre el proyecto, o necesitar alguna aclaración sobre el mismo, puede usted ponerse en contacto con los investigadores a través de la siguiente dirección de correo electrónico: socialinnova@uji.es

Para participar en este estudio solicitamos que conteste **un cuestionario que incluye preguntas de tipo sociodemográfico y preguntas sobre su estado emocional y calidad de vida.**

Su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

A continuación, le informamos de los beneficios que puede tener aceptar participar en el estudio.

POTENCIALES BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

- Obtención de datos estandarizados sobre el estado de bienestar y la soledad no deseada en la población mayor de 55 años de edad para su posterior tratamiento.
- Los resultados obtenidos permitirán extraer conclusiones que fomenten el envejecimiento activo y mejoren la calidad de vida de este colectivo.

POSIBLES RIESGOS E INCOMODIDADES POR RESPONDER EL CUESTIONARIO

- No existen riesgos asociados a la cumplimentación del cuestionario.

Esta investigación ha sido aprobada por la **Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I** y **CUMPLE CON LAS DIRECTRICES DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI**. Estas directrices estipulan que los participantes en estudios empíricos **DEBEN aceptar participar de forma explícita y comprensible.**

Las respuestas a esta encuesta constituyen datos de carácter personal y, por lo tanto, su tratamiento está sujeto a lo dispuesto en la regulación relevante en esta materia. En particular, al **Reglamento General de Protección de Datos** y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de **Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**

De forma voluntaria, al marcar esta casilla, confirma que:

- Soy mayor de 18 años.
- He leído y comprendido el consentimiento informado.
- Acepto participar en el estudio.
- Acepto que los datos de este estudio puedan ser utilizados por el grupo SOCIAL
- INNOVA de la Universitat Jaume I para la investigación y divulgación científica de este y de futuros proyectos afines. Los datos que se publiquen nunca permitirán mi identificación y siempre se publicarán de forma agregada y anónima.

M'han informat que el grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL de la Universitat Jaume I durà a terme el tractament de les meues dades personals d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (UE) 2016/679.

Informació bàsica sobre protecció de dades	
Responsable del tractament	Universitat Jaume I. Grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL
Finalitat del tractament	Investigació científica. Anàlisi i innovació dels serveis socials en les seues intervencions i accions.
Legitimació	La legitimació es basa en el consentiment segons el que es disposa en els articles 6 i 89 del RGPD i, addicionalment, en l'interès públic establert en l'article 1 de la Llei Orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'Universitats.
Destinataris	No se cediran dades a terceres parts tret que siga obligació legal o s'indique expressament.
Drets	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat, i a la limitació o l'oposició al tractament adreçant-se a la Secretaria General de l'UJI mitjançant el Registre Electrònic (https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica) o, presencialment, a l'Oficina d'Informació i Registre (InfoCampus), situada a l'Àgora Universitària - Locals 14-15.
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre aquest tractament de dades a https://www.uji.es/protecciondades/clausules/?t=I116

7.2. MODELO DE CONSENTIMIENTO GRUPO DE DISCUSIÓN

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA PARTICIPANTE

Estimado/a participante:

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Este grupo de discusión forma parte de un proyecto de investigación titulado:

Estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada

Este proyecto se está llevando a cabo desde el grupo de investigación **SOCIAL INNOVA/IIDL** de la Universitat Jaume I, cuyo objetivo es el de **analizar a través de un estudio exploratorio y descriptivo la situación de las personas mayores, a partir del análisis de los estados de soledad de la población mayor y su bienestar psicológico en la provincia de Castellón.**

Los investigadores principales de este proyecto son la doctora **M^a Raquel Agost Felip** y el doctor **Daniel Pinazo Calatayud**. En caso de tener cualquier duda sobre el proyecto, o necesitar alguna aclaración sobre el mismo, puede usted ponerse en contacto con los investigadores a través de la siguiente dirección de correo electrónico: socialinnova@uji.es

Para participar en este estudio solicitamos que conteste a las cuestiones que se plantean en el grupo de discusión con otras personas, con el fin de **validar los resultados del estudio de investigación en relación a la realidad de la situación de las personas mayores en la provincia de Castellón.**

Su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

Le informamos que el grupo de discusión podrá ser grabado para facilitar la transcripción de las respuestas. Posteriormente, si lo desea, podrá revisar el contenido de las transcripciones para confirmar la información proporcionada. Las grabaciones no se divulgarán públicamente.

A continuación, le informamos de los beneficios que puede tener aceptar participar en el estudio.

POTENCIALES BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

- Obtención de datos estandarizados de la atención e intervención en personas mayores para su posterior tratamiento.
- Los resultados obtenidos permitirán extraer conclusiones que fomenten los recursos para el envejecimiento activo y para la mejora de la calidad de vida de este colectivo.

POSIBLES RIESGOS E INCOMODIDADES POR RESPONDER EL CUESTIONARIO

- No existen riesgos asociados a la cumplimentación de la entrevista.

Esta investigación ha sido aprobada por la **Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I** y **CUMPLE CON LAS DIRECTRICES DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI**. Estas directrices estipulan que los participantes en estudios empíricos **DEBEN aceptar participar de forma explícita y comprensible**.

Las respuestas a esta encuesta constituyen datos de carácter personal y, por lo tanto, su tratamiento está sujeto a lo dispuesto en la regulación relevante en esta materia. En particular, al **Reglamento General de Protección de Datos** y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de **Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.

- De forma voluntaria, al marcar estas casillas, confirmo que:
- Soy mayor de 18 años.
- He leído y comprendido el consentimiento informado.
- Acepto participar en el estudio.

- Acepto que los datos de este estudio puedan ser utilizados por el grupo SOCIAL INNOVA de la Universitat Jaume I para la investigación y divulgación científica de este y de futuros proyectos afines. Los datos que se publiquen nunca permitirán mi identificación y siempre se publicarán de forma agregada y anónima.
- Acepto que se grabe el grupo de discusión para facilitar la transcripción de la misma. No se usarán las grabaciones de forma que me identifiquen ni se divulgarán públicamente.
- Acepto no divulgar el contenido del grupo de discusión.

M'han informat que el grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL de la Universitat Jaume I durà a terme el tractament de les meues dades personals d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (UE) 2016/679.

Informació bàsica sobre protecció de dades	
Responsable del tractament	Universitat Jaume I. Grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL
Finalitat del tractament	Investigació científica. Anàlisi i innovació dels serveis socials en les seues intervencions i accions.
Legitimació	La legitimació es basa en el consentiment segons el que es disposa en els articles 6 i 89 del RGPD i, adicionalment, en l'interès públic establert en l'article 1 de la Llei Orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'Universitats.
Destinatari	No se cediran dades a terceres parts tret que siga obligació legal o s'indique expressament.
Drets	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat, i a la limitació o l'oposició al tractament adreçant-se a la Secretaria General de l'UJI mitjançant el Registre Electrònic (https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica) o, presencialment, a l'Oficina d'Informació i Registre (InfoCampus), situada a l'Àgora Universitària - Locals 14-15.
Informació adicional	Pot consultar la informació adicional i detallada sobre aquest tractament de dades a https://www.uji.es/protecciondades/clausules/?t=l116

7.3. MODELO DE CONSENTIMIENTO ENTREVISTA

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA PARTICIPANTE

Estimado/a participante:

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Este grupo de discusión forma parte de un proyecto de investigación titulado:

Estudio sobre bienestar psicológico de las personas mayores y la soledad no deseada

Este proyecto se está llevando a cabo desde el grupo de investigación **SOCIAL INNOVA/IIDL** de la Universitat Jaume I, cuyo objetivo es el de **analizar a través de un estudio exploratorio y descriptivo la situación de las personas mayores, a partir del análisis de los estados de soledad de la población mayor y su bienestar psicológico en la provincia de Castellón.**

Los investigadores principales de este proyecto son la doctora **M^a Raquel Agost Felip** y el doctor **Daniel Pinazo Calatayud**. En caso de tener cualquier duda sobre el proyecto, o necesitar alguna aclaración sobre el mismo, puede usted ponerse en contacto con los investigadores a través de la siguiente dirección de correo electrónico: socialinnova@uji.es

Para participar en este estudio solicitamos que conteste a las preguntas de una **breve entrevista sobre la realidad de los programas de atención e intervención en personas mayores.**

Su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

A continuación, le informamos de los beneficios que puede tener aceptar participar en el estudio.

POTENCIALES BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

- Obtención de datos estandarizados de la atención e intervención en personas mayores para su posterior tratamiento.
- Los resultados obtenidos permitirán extraer conclusiones que fomenten los recursos para el envejecimiento activo y para la mejora de la calidad de vida de este colectivo.

POSIBLES RIESGOS E INCOMODIDADES POR RESPONDER EL CUESTIONARIO

- No existen riesgos asociados a la cumplimentación de la entrevista.

Esta investigación ha sido aprobada por la **Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I** y **CUMPLE CON LAS DIRECTRICES DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI**. Estas directrices estipulan que los participantes en estudios empíricos **DEBEN aceptar participar de forma explícita y comprensible**.

Las respuestas a esta encuesta constituyen datos de carácter personal y, por lo tanto, su tratamiento está sujeto a lo dispuesto en la regulación relevante en esta materia. En particular, al **Reglamento General de Protección de Datos** y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de **Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.

- De forma voluntaria, al marcar estas casillas, confirmo que:
- Soy mayor de 18 años.
- He leído y comprendido el consentimiento informado.
- Acepto participar en el estudio.
- Acepto que los datos de este estudio puedan ser utilizados por el grupo SOCIAL INNOVA de la Universitat Jaume I para la investigación y divulgación científica de este y de futuros proyectos afines. Los datos que se pu-

bliquen nunca permitirán mi identificación y siempre se publicarán de forma agregada y anónima.

- Acepto que se graben las entrevistas y grupos de trabajo para facilitar la transcripción de los mismos. No se usarán las grabaciones de forma que me identifiquen ni se divulgarán públicamente.
- Acepto no divulgar el contenido de las entrevistas.

M'han informat que el grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL de la Universitat Jaume I durà a terme el tractament de les meues dades personals d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (UE) 2016/679.

Informació bàsica sobre protecció de dades	
Responsable del tractament	Universitat Jaume I. Grup d'investigació Social Innova - Innovació Social i Desenvolupament Humà / IIDL
Finalitat del tractament	Investigació científica. Anàlisi i innovació dels serveis socials en les seues intervencions i accions.
Legitimació	La legitimació es basa en el consentiment segons el que es disposa en els articles 6 i 89 del RGPD i, addicionalment, en l'interès públic establert en l'article 1 de la Llei Orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'Universitats.
Destinataris	No se cediran dades a terceres parts tret que siga obligació legal o s'indique expressament.
Drets	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat, i a la limitació o l'oposició al tractament adreçant-se a la Secretaria General de l'UJI mitjançant el Registre Electrònic (https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica) o, presencialment, a l'Oficina d'Informació i Registre (InfoCampus), situada a l'Àgora Universitària - Locals 14-15.
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre aquest tractament de dades a https://www.uji.es/protecciondades/clausules/?t=l116

Laboratorio Servicios Sociales:

