



La Soledad en las Personas Mayores

Estudio sobre buenas prácticas
en detección y/o abordaje de la soledad
no deseada en las personas mayores
en Iberoamérica

MAYO 2025



Secretaría General
Iberoamericana
Secretaria-Geral
Ibero-Americana



La Soledad en las Personas Mayores

Estudio sobre buenas prácticas
en detección y/o abordaje de la soledad
no deseada en las personas mayores
en Iberoamérica

MAYO 2025



Autoridades de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Gina Magnolia Riaño Barón
Secretaría general OISS

Ana Mohedano Escobar
Vicesecretaría general OISS

Organismos miembros de los países del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores

Argentina

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (**PAMI**)

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (**DINAPAM**)

Brasil

Secretaría Nacional de los Derechos de las Personas Mayores (**SNDP**)

Chile

Servicio Nacional del Adulto Mayor (**SENAMA**)

España

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (**IMSERSO**)

México

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (**ISSSTE**)

Paraguay

Instituto de Previsión Social (**IPS**)

Republica Dominicana

Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (**CONAPE**)

Uruguay

Instituto Nacional de las Personas Mayores (**INMAYORES**)

Investigadora Principal:

Dra. Mónica Roqué

Colaboraron con la Investigación:

Luciana Machluk y Lucía Carnelli (Argentina), Hiury Milhomem Cassimiro (Brasil), Claudia Asmad Palomo y Gladys González Álvarez (Chile), Manuel Veguín García (España), Julio Pérez Guzmán y Víctor Pérez Vázquez (México), Nathalia Arce Ayala (Paraguay), Albelis Suero (República Dominicana) y Marianela Larzabal Rodríguez (Uruguay).

Expertos y Expertas Entrevistadas

Alexandre da Silva (Brasil), Daniela Cecilia Thumala Dockendorff (Chile), Mayte Sancho (España), Alondra Jiménez (México), Teodora Ferreira (Paraguay), Berenice Pérez Salvador (República Dominicana), Robert Pérez Fernández (Uruguay).

La responsabilidad de las opiniones que se expresan en esta obra es de quienes las emiten y su publicación, en ningún caso, puede considerarse como reflejo del pensamiento de todas las instituciones miembros del “Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores”, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB).

Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores

www.iberamericamayores.org

Unidad Técnica del Programa: Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

www.oiss.org

Contacto:

sec.general@oiss.org

+34 91 561 17 47

Tabla de contenido

Glosario de siglas	8
Resumen ejecutivo	9
1. Introducción	11
1.1. A quién está dirigido	12
1.2. Objetivo	12
1.3. Qué datos aporta el informe	12
1.4. Una invitación a pensar el problema de la soledad no deseada en la vejez	13
1.5. Consideraciones metodológicas	15
2. Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la región iberoamericana	19
2.1. ¿En qué tipo de hogares viven las personas mayores?	29
3. La soledad no deseada y el aislamiento en la vejez en la región Iberoamericana: conceptos y desafíos	31
3.1. Aislamiento social	32
3.2. Soledad no deseada	33
3.3. Factores que predisponen la aparición de la soledad y el aislamiento social	37
3.4. Efectos de la soledad no deseada y del aislamiento social en la salud	38
3.5. Tipos de intervenciones	40
3.6. El impacto de la pandemia y la problemática de la soledad no deseada	43

4. Buenas prácticas en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada	49
4.1. Brasil	51
4.2. Chile	55
4.3. España	60
4.4. México	66
4.5. Paraguay	67
4.6. República Dominicana	69
4.7. Uruguay	72
4.8. La voz de los Expertos: Principales resultados de las entrevistas a expertos/as de la región	75
4.8.1. Análisis de los principales aportes recopilados en las entrevistas	77
5. La voz de las personas mayores: Percepción de la soledad en personas mayores. Resultados del Grupo Focal.	83
6. La prevalencia de situaciones de aislamiento y soledad no deseada en personas mayores. Resultados de la Encuesta.	91
6.1. Características de la población encuestada	93
6.2. Resultados de la Escala de UCLA LS	113
7. Conclusiones finales	127
8. Recomendaciones	130
9. Referencias bibliográficas	131
10. Normativas y sitios institucionales consultados	135
11. Anexo	137

Glosario de siglas

AARP- American Association of Retired Persons - Estados Unidos

ALC- América Latina y el Caribe

BPS -Banco de Previsión Social - Uruguay

CEPAL- Comisión Económica para América Latina

CEPALSTAT - Comisión Económica para América Latina Estadísticas

CONAPE-Consejo Nacional de la Persona Envejeciente - República Dominicana

EVN- Esperanza de Vida al Nacer

IMSERSO-Instituto de Mayores y Servicios Sociales - España

INDEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - Argentina

INE- Instituto Nacional de Estadística - España)

INMAYORES- Instituto Nacional de las Personas Mayores- Uruguay

Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI -México

IPS- Instituto de Previsión Social - Paraguay

ISSSTE- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado -México

LGBT- Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero

MDHC- Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía - Brasil

OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OEA- Organización de Estados Americanos -

OISS- Organización Iberoamericana de Seguridad Social

ONE- Oficina Nacional de Estadística - República Dominicana

ONU- Organización de las Naciones Unidas

OPS- Organización Panamericana de la Salud

PAMI- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina

PICSPAM- Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores

SEGIB- Secretaría General Iberoamericana -

SNDPI-Secretaría Nacional para los Derechos de las Personas Mayores - Brasil

TIC- Tecnologías de la Información y la Comunicación

UCLA LS- University of California, Los Ángeles. Loneliness Scale →

UN- Naciones Unidas

Resumen ejecutivo

El presente estudio sobre la soledad de las personas mayores es una iniciativa del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las Personas Adultas Mayores (PICS-PAM). Este documento busca dar a conocer el estado de situación de esta problemática a nivel regional, así como las medidas adoptadas por los gobiernos iberoamericanos en materia de detección, abordaje y prevención de la soledad en personas mayores.

Los hallazgos que se presentan son el resultado de la implementación de un trabajo de investigación construido a partir de una estrategia metodológica mixta que articuló técnicas cuantitativas y cualitativas, basadas en una exhaustiva revisión bibliográfica; un relevamiento documental de programas, planes, normativas y políticas existentes; la realización de entrevistas semiestructuradas a expertos de los países adheridos al Programa; la implementación de una encuesta sobre la percepción de soledad en personas mayores; y la realización de un grupo focal con personas mayores de distintos países de la región.

En relación con la problemática de la soledad en la vejez, este estudio explora:

1. Datos sociodemográficos sobre población mayor en Iberoamérica, así como las principales dinámicas y tendencias del envejecimiento poblacional en los países que integran la región.
2. El estado actual del conocimiento sobre la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento social, particularmente, en el grupo de las personas mayores, sus efectos negativos en el bienestar emocional y en la salud de las personas, así como aquellos factores que favorecen su prevención.
3. Los programas, planes y políticas existentes en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores en los diversos países de la región iberoamericana.
4. Los aportes de las personas expertas entrevistadas para la profundización del conocimiento sobre las realidades locales y las particularidades de las iniciativas promovidas, de los avances, resultados y dificultades existentes en cada uno de los países.
5. Los hallazgos encontrados tras la realización de un grupo focal donde se exploraron las percepciones de las personas mayores en torno al problema de la soledad no deseada, sus causas y consecuencias.
6. Los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta sobre la percepción de soledad en personas mayores, haciendo hincapié en los factores que mayor incidencia presentan en esta problemática.
7. Conclusiones finales, mediante un resumen de todos los resultados analizados en el estudio.
8. Recomendaciones para la implementación de políticas públicas efectivas en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad en personas mayores, en base a la información recabada durante la investigación.

Como resultado del estudio, este documento da cuenta de la relevancia que ha tomado, a nivel regional, la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento social, particularmente, en la población mayor, con consecuencias negativas, tanto en el bienestar subjetivo, como en la salud de las personas.

Por esta razón, se destaca la importancia de que los Estados implementen políticas de prevención, detección y abordaje de la soledad no

deseada en la vejez, con el fin de asegurar que las poblaciones envejecan con dignidad y calidad de vida.

En este sentido, se identifican las buenas prácticas desarrolladas en Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay y se sistematizan teniendo en cuenta el tipo de intervención, la modalidad adquirida, la función y la estrategia de la intervención, destacando, en particular, la relevancia de las acciones específicas, en tanto permiten priorizar la problemática y destinar, de forma directa, recursos humanos y presupuestarios para combatir la soledad que afecta el bienestar de la población mayor.

Entre los principales hallazgos el documento advierte la existencia de factores determinantes en las situaciones de soledad en la vejez, entre los que se destacan el nivel de ingresos y la situación laboral, las características de los hogares, las viviendas y los entornos, la disponibilidad de recursos en el vecindario, la calidad de las redes sociales de apoyo, la participación en el ámbito comunitario y el estado de salud y bienestar de las personas.

La sistematización que presenta este documento busca brindarles a las instituciones responsables de generar políticas públicas relacionadas con la protección social de las personas adultas mayores en la región Iberoamericana, una visión integral respecto de la problemática de la soledad en la vejez, con información actualizada y relevante para su abordaje.

Se espera que este estudio sea un insumo útil tanto para la identificación de necesidades específicas como para el diseño y la implementación de políticas, cuyo objetivo sea la inclusión y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que residen en la región iberoamericana.



1. Introducción



1. Introducción

En el presente informe se exponen los resultados preliminares del *Estudio sobre buenas prácticas en detección y/o abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores en Iberoamérica*, de acuerdo con la convocatoria realizada por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), en calidad de unidad técnica del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM), aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Asunción (Paraguay) en 2011, con el apoyo de la Cooperación Iberoamericana y de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB).

En el Programa participan diversas instituciones responsables de las políticas públicas orientadas a las personas mayores y del envejecimiento en ocho países de la región: Argentina, Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. El mismo se propone fomentar el intercambio de buenas prácticas y profundizar en el conocimiento de la situación de las personas adultas mayores en Iberoamérica y de las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento de la población en la región.

En ese marco, se realizó una convocatoria a las instituciones integrantes del Programa, con el objetivo de indagar sobre buenas prácticas en materia de detección y abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores en Iberoamérica, así como para contar con su colaboración en la difusión de una encuesta a las personas mayores de sus países. Dicha encuesta permite conocer el impacto que tiene la soledad y el aislamiento en este grupo etario.

Para ello, se mantuvieron reuniones en forma virtual con los referentes institucionales de estos países, con excepción de Argentina, que no participó del presente estudio.

1.1. A quién está dirigido

Los resultados del presente estudio están dirigidos a las instituciones responsables de generar políticas públicas relacionadas con la protección social de las personas adultas mayores en la región Iberoamericana, incluyendo:

- profesionales que conforman los equipos técnicos de las áreas rectoras de política pública en materia de vejez y envejecimiento,
- personal académico y de investigación de este campo de estudios,
- personas adultas mayores y el público en general interesado en conocer más acerca de las condiciones de vida de esta población.

1.2. Objetivo

El *Estudio sobre buenas prácticas en detección y/o abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores en Iberoamérica* tiene como objetivo actualizar la información referida a las medidas adoptadas por los gobiernos iberoamericanos en materia de detección y/o abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores, con el fin de mejorar la calidad de vida de este grupo; impulsar la adopción de políticas públicas para prevenir la soledad no deseada por parte de los países que aún no las han diseñado; y sensibilizar sobre las consecuencias de la soledad no deseada, en especial, en colectivos vulnerables, como el de las personas mayores.

1.3. Qué datos aporta el informe

Con la finalidad de contextualizar y dimensionar la problemática de la soledad no deseada en la vejez, en el primer capítulo del informe se presenta una breve caracterización sociode-

mográfica de la población mayor en Iberoamérica, así como las principales dinámicas y tendencias del envejecimiento poblacional en los países que integran la región.

En el segundo capítulo se expone el estado actual del conocimiento sobre la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento social, particularmente, en el grupo de las personas mayores, sus efectos negativos sobre el bienestar emocional y la salud de las personas, así como aquellos factores que favorecen su prevención.

Se presenta también la información recabada respecto del efecto que la pandemia por el COVID-19 ha generado en la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento social y, finalmente, se describen las medidas implementadas en dicho contexto en los distintos países de la región, tomando como referencia los aportes relevados en el Boletín N° 21 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores (PICSPAM, 2020).

En el tercer capítulo se describen en detalle los programas, planes y políticas existentes en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores en los diversos países de la región iberoamericana, sobre la base de la información recopilada mediante relevamiento documental y entrevistas a expertos de la región, con el objetivo de identificar buenas prácticas, es decir, acciones que hayan demostrado resultados de impacto positivo para la población destinataria.

Para la instancia del informe final, el cuarto capítulo presenta un análisis pormenorizado de los resultados obtenidos tras la aplicación de la Encuesta sobre la prevalencia de situaciones de aislamiento y soledad no deseada en personas mayores en la región iberoamericana, sobre las especificidades de la soledad no deseada en la vejez, los factores que intervie-

nen, y el rol de los dispositivos y las iniciativas existentes para la estimulación de la participación y la consolidación de vínculos y redes de apoyo en relación a la calidad de vida de las personas mayores.

De manera complementaria, se expondrán los resultados del grupo focal, lo que permitirá profundizar en los aspectos cualitativos de esta problemática, y explorar las percepciones de las personas mayores en torno a la soledad no deseada, sus causas y consecuencias.

En el quinto y último capítulo, se sistematizan los hallazgos encontrados en el marco del presente estudio, las principales conclusiones arribadas y los desafíos pendientes en la materia. Asimismo, en base a la información recabada, los resultados obtenidos y las buenas prácticas identificadas en el presente estudio, se incluyen recomendaciones orientadas a impulsar la adopción de políticas públicas de sensibilización y concientización en la temática, así como de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada en personas mayores.

1.4. Una invitación a pensar el problema de la soledad no deseada en la vejez

La soledad no deseada y el aislamiento social han tomado una particular relevancia a nivel mundial, ya que representan una problemática cada vez más frecuente en las sociedades contemporáneas, con consecuencias negativas en el bienestar subjetivo y en la salud de las personas.

Uno de los grupos que evidencia una mayor afectación por esta problemática es el de las personas mayores. En la vejez, la soledad presenta características específicas que la diferencian de la experimentada en otras etapas de la vida, esto se debe a las situaciones particulares por las que transitan las personas

mayores. Las pérdidas o modificaciones de la red de vínculos y los cambios en los roles relacionados a las actividades sociales y laborales contribuyen al aislamiento, así como las disminuciones sensoriales, motrices y el deterioro de la salud limitan las oportunidades de interacción social (Pinquart y Sörensen, 2001; Nicholson, 2009). La combinación de estos factores produce una mayor exposición a situaciones que pueden derivar en sentimientos de soledad durante la vejez.

Las investigaciones existentes evidencian no solo el problema psicológico que entraña la soledad no deseada, sino también su incidencia a nivel físico, dando cuenta de que la soledad y el aislamiento social tiene un riesgo de muerte similar al de la obesidad.

La soledad incrementa el riesgo cardiovascular entre 1,4 y 1,5 veces, en igual medida que otras condiciones, tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo. Puede relacionarse, además, con una serie de condiciones graves, como hipertensión arterial, infartos, falta de vacunación, adicciones, violencia, depresión, demencia y diabetes tipo 2.

Pese a la amplia evidencia existente y a la fuerte relación entre la soledad y el riesgo de mortalidad, no suelen considerarse los factores sociales cuando se piensa en la salud, como efectivamente ocurre con el ejercicio físico, la presión arterial y la ingesta de medicamentos para bajar el colesterol, por ejemplo.

Se puede observar que las personas que experimentan soledad y aislamiento son más propensas a desarrollar problemas físicos y mentales, incluyendo síntomas depresivos, conductas agresivas, ansiedad social, impulsividad, deterioro cognitivo, mayor incidencia de la enfermedad de Alzheimer, trastornos del sueño y aumento de la presión arterial. También hay una asociación entre la soledad y un mayor riesgo de ideación suicida o intentos de suicidio (Iacub et al., 2023).

Ahora bien, la soledad no deseada representa un fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores, tales como psicológicos, físicos, sociales, culturales (Campo, 2021), por lo que resulta necesario implementar abordajes interdisciplinarios e interseccionales que permitan dar cuenta de las múltiples situaciones y condiciones, además de la edad, que colocan a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad frente a la soledad, como la discapacidad, el género y la orientación sexual, la pobreza, la condición de migrante, entre otras.

Dada la evidencia existente respecto de las consecuencias negativas de la soledad no deseada y el aislamiento, resulta fundamental el diseño y la implementación de políticas específicas orientadas a la prevención, detección y abordaje de esta problemática, cada vez más frecuente en la población mayor.

En este sentido, el mantenimiento de las relaciones sociales y la consolidación de redes de apoyo satisfactorias resultan fundamentales para mejorar tanto la salud física como mental de las personas. Es decir, una red sólida funciona como factor protector contra enfermedades, acelera la recuperación y prolonga la vida, proporcionando recursos para enfrentar pérdidas o deterioro de funciones (Campo 2021; Muchnik y Seidmann, 2006). En esta línea, diversas investigaciones (Arias y Scolni, 2005; Fassio, 2009; Campos, 2021) destacan la relevancia de la participación activa dentro de diferentes contextos (familiar, comunitario y social), en relación con la calidad de vida de las personas mayores.

En el año 2020, la pandemia por el COVID-19 y las medidas preventivas de aislamiento social promovidas por los gobiernos iberoamericanos en dicho contexto, agravaron la problemática de la soledad, en particular, de las personas mayores. Tal como se desarrolló en el Boletín N°21 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores (PICSPAM, 2020), los paí-

ses de la región adoptaron, en dicho contexto, algunas medidas específicas con el objetivo de prevenir y afrontar posibles situaciones de soledades no deseadas generadas por el aislamiento social. A través de diferentes iniciativas los países buscaron fortalecer la existencia de espacios virtuales y/o telefónicos de acompañamiento e intercambio con las personas mayores, entre las que se destacaron la plataforma digital “Comunidad PAMI” en Argentina, el Plan Ibirapitá de inclusión digital en Uruguay y líneas telefónicas exclusivas como el “Fono Mayor” en Chile y el “Disque 100” en Brasil.

A más de cuatro años del comienzo de la pandemia, resulta necesario evaluar la continuidad de las medidas implementadas en dicho contexto, así como la existencia de nuevas iniciativas orientadas a la prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada en personas mayores en la región iberoamericana.

Comprender los factores que contribuyen a la soledad y su impacto en la salud permite desarrollar intervenciones más efectivas y programas de apoyo que pueden mejorar, significativamente, el bienestar de las personas mayores.

En este sentido, resulta pertinente llevar a cabo un estudio sobre buenas prácticas en detección y/o abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores en Iberoamérica, que permita actualizar la información referida a las medidas adoptadas por los gobiernos iberoamericanos. Esta acción va orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, a la adopción de políticas públicas para prevenir la soledad no deseada -por parte de los países que aún no las han diseñado- y a sensibilizar y concientizar sobre las consecuencias de la soledad no deseada, en especial, en colectivos vulnerables como el de las personas mayores.

1.5. Consideraciones metodológicas

Para la realización del estudio se implementó una estrategia metodológica mixta, articulando técnicas cuantitativas y cualitativas, con el objetivo de construir y sistematizar información sobre la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores en Iberoamérica, así como sobre las principales medidas adoptadas por los gobiernos de la región en materia de prevención, detección y abordaje de esta problemática, profundizando en las especificidades de cada país.

En primer lugar, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de los estudios precedentes sobre soledad no deseada en la región iberoamericana, con el propósito de conocer el estado actual del tema.

Por su parte, se realizó un relevamiento documental de los programas, planes y políticas existentes en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores en los diversos países de la región iberoamericana, con el objetivo de identificar buenas prácticas, es decir, acciones que hayan demostrado resultados de impacto positivo para la población destinataria. Para ello, se procedió a recopilar, sistematizar y analizar las fuentes de información disponibles respecto a las políticas públicas activas en la materia, programas y planes de gobierno, normativa vigente, etc.

Asimismo, con el objetivo de conocer, en profundidad, las iniciativas promovidas por cada uno de los países, se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a expertos de los países adheridos al Programa (Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay), tanto a referentes radicados en las instituciones pertenecientes a los puntos focales, como a profesionales, especialistas y actores locales involucrados en la temática.

Las entrevistas a expertos permitieron obtener información directa y detallada respecto de las características de las medidas implementadas, así como de los avances, resultados y dificultades existentes en cada uno de los países. Las mismas, semiestructuradas, se realizaron en formato virtual con una duración aproximada de 60 minutos y como base una guía de preguntas, organizadas en tópicos de interés para el presente estudio. Esta guía fue enviada previamente a cada informante clave, para que esté en conocimiento de las áreas a explorar y permita, a su vez, una mejor utilidad del tiempo de la entrevista.

Para no perder información relevante, las entrevistas fueron grabadas -con la correspondiente autorización de las personas entrevistadas- y posteriormente fueron desgrabadas y organizadas para su análisis en sistemas categoriales. Esto permitió administrar un cuerpo amplio de respuestas, dispuesto por temas de interés y de fácil comparación y articulación para su posterior análisis y producción del informe final.

Listado de entrevistas

País	Referente y fecha de entrevista
Paraguay	Profesional integrante del equipo del Programa MEDICASA del Instituto de Previsión Social (IPS). 05 de febrero de 2025.
Brasil	Secretario Nacional de los Derechos de las Personas Mayores del Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía (MDHC). 13 de febrero de 2025.
República Dominicana	Encargada del Departamento de Servicios de Salud del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). 13 de febrero de 2025.
España	Experta especialista en la temática de la soledad y el aislamiento social en la vejez. 26 de febrero de 2025.
Uruguay	Experto especialista en salud mental. 06 de marzo de 2025.
Chile	Experta especialista en la temática de la soledad y el aislamiento social en la vejez. 10 de marzo de 2025.
México	Profesional integrante del equipo del Centro de Día del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 28 de marzo de 2025.

Con el fin de indagar sobre la percepción de soledad en la población mayor de 60 años de los países que integran el Programa Iberoamericano y reconocer los factores que intervienen en la exposición de esta población a situaciones que pueden derivar en sentimientos de soledad y aislamiento, se implementó una **Encuesta sobre la percepción de soledad en personas mayores**.

Para ello, se diseñó un cuestionario de carácter autoadministrado, en formato online y anónimo, dirigido a la población mayor, en general, de los países adheridos al Programa (Argentina, Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay), que incluye la medición de las siguientes dimensiones:

Perfil sociodemográfico: incluye variables como edad, género, país y ciudad de residencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, situación previsional, percepción del nivel económico, orientación sexual y origen étnico.

Características de la vivienda y el entorno: incluye variables como el tipo de vivienda y régimen de tenencia, zona donde está emplazada la vivienda, presencia de barreras arquitectónicas, percepción de seguridad, valoración del transporte público y la disponibilidad de recursos en el vecindario. Para la identificación de esta última variable se incluye una medición del capital social basado en Vafaei y colaboradores (Vafaei, et al., 2016, como se citó en Sancho, et al., 2020).

Composición del hogar: incluye variables como el número de personas en el hogar. En hogares unipersonales se indaga el tiempo y los motivos por los que vive solo/a. En hogares de dos o más personas se indaga la cantidad de miembros, la relación de parentesco con los mismos, la edad de los miem-

bros y la relación entre miembros e ingresos del hogar.

Redes de apoyo: incluye variables como la composición de la red familiar, la distancia desde su hogar al hogar más cercano de sus familiares, tipo de redes de apoyo, tamaño y calidad de la red.

Actividades y uso del tiempo: incluye variables relativas a la realización de actividades de la vida diaria, a la participación en actividades comunitarias y recreativas y al acceso y uso de TIC e internet.

Salud y bienestar: incluye variables relativas a la medición de la autopercepción de salud y memoria, deficiencias, depresión y experimentación de dolor.

Percepción de soledad: incluye la medición de la percepción de soledad a partir de la Escala UCLA LS (University of California, Los Ángeles - Loneliness Scale). Esta escala es una de las más utilizadas y recomendadas para medir la soledad y consta de 20 ítems calificados en una escala de 4 puntos, diseñados para evaluar diferentes aspectos de la experiencia de soledad, tales como, la falta de compañía, la sensación de vacío y la dificultad para establecer conexiones significativas (Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda, 1994).

A fin de garantizar la implementación de la encuesta en Brasil, se procedió a realizar una traducción del instrumento. Se desarrolló una versión en portugués de la encuesta, garantizando que las preguntas y opciones de respuesta fueran claras y coherentes en el contexto brasileño. Este proceso incluyó la traducción y revisión del contenido por parte de profesionales bilingües, con el objetivo de mantener la fidelidad del mensaje original y asegurar su comprensión por parte de los participantes en Brasil.

La recolección de datos se llevó a cabo desde el 10 de marzo hasta el 7 de abril de 2025 y la difusión de la encuesta en cada uno de los países estuvo a cargo de las instituciones responsables que integran el PICSPAM.

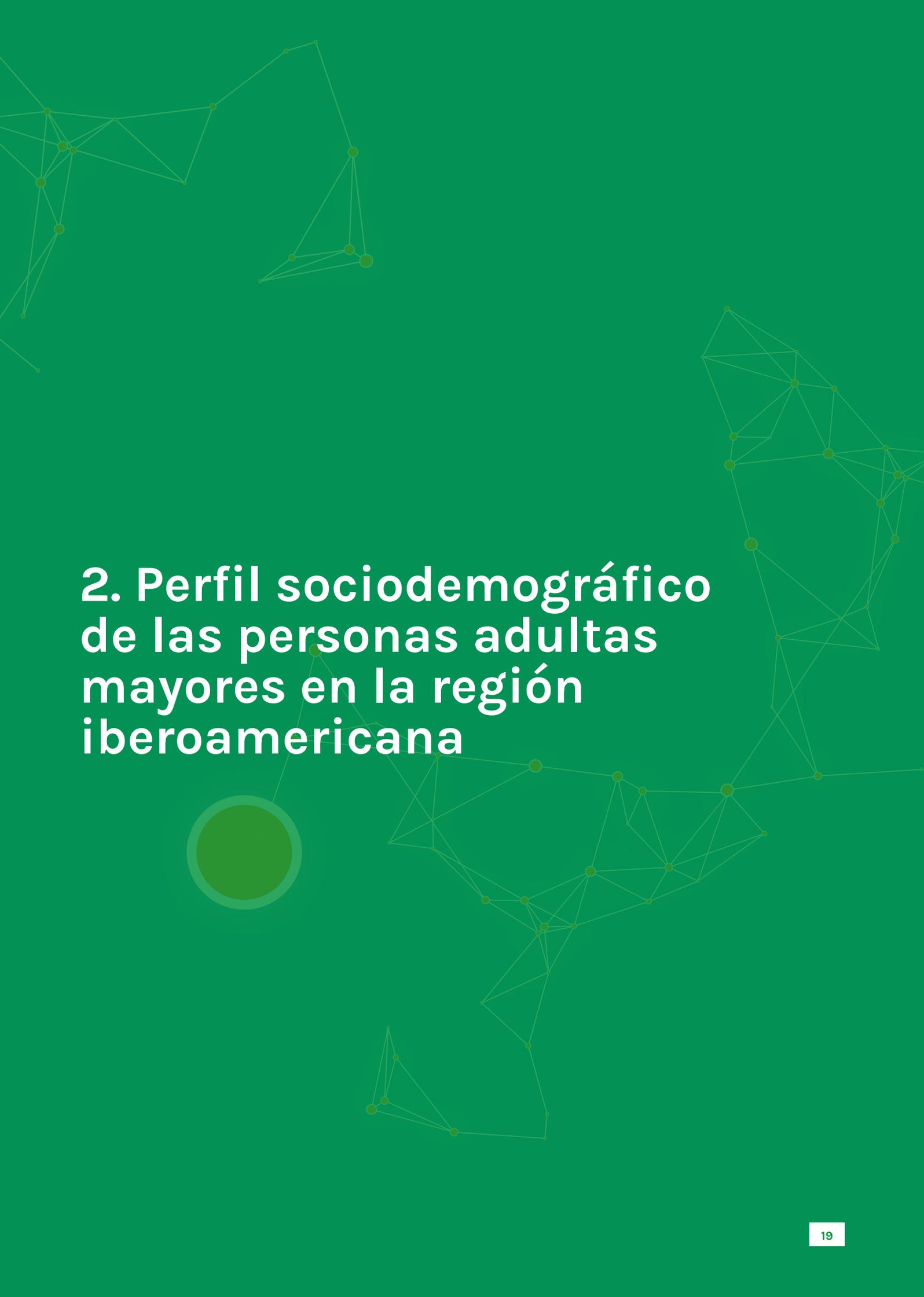
Una vez implementada la encuesta, se realizó un trabajo de limpieza de la base de datos, el cual incluyó la revisión de inconsistencias, la corrección de registros incompletos, erróneos o duplicados y la recategorización de variables. Luego se procedió con el procesamiento y análisis de la información relevada mediante el uso de programas estadísticos y de visualización de datos (IBM SPSS Statistics, PowerBI).

Por último, con el objetivo de profundizar en los aspectos cualitativos y explorar las percepciones de las personas mayores en torno al problema de la soledad no deseada, sus causas y consecuencias, se llevó a cabo un **Grupo Focal con personas mayores de distintos países de la región**. La implementación de técnicas conversacionales en el marco de una dinámica de interacción grupal permite identificar opiniones y sentidos, dando lugar a la emergencia de temáticas y perspectivas que no estaban explícitas con anterioridad al intercambio.

De esta manera, se realizó una selección intencional de personas mayores que participaron de la dinámica grupal en un formato virtual, con una duración de una hora y treinta minutos, coordinado por una persona moderadora, en base a una guía de temas disparadores previamente elaborada.

El mismo se llevó a cabo el 10 de abril de 2025 y contó con la participación de personas mayores de Argentina, España, México, Paraguay y República Dominicana.

El grupo focal fue grabado con la correspondiente autorización de las personas participantes, para no perder información relevante producto del intercambio. Posteriormente, se realizó la transcripción de los principales elementos emergentes de la dinámica conversacional y se realizó un análisis de los resultados obtenidos.



2. Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la región iberoamericana



2. Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la región iberoamericana

Según el informe de Naciones Unidas (UN) *World Population Prospects, 2024*, se espera que la población siga creciendo en los próximos 50 o 60 años, alcanzando un máximo de aproximadamente 10.300 millones de personas a mediados de la década de 2080, en comparación con los 8.200 millones que había en 2024. Una vez que alcance su punto máximo, la población comenzará a disminuir.

En la década de 1980, solo 14 países, casi todos en Europa, habían alcanzado su punto máximo de tamaño. Actualmente, ese número asciende a 63, abarcando una amplia zona geográfica que incluye países de Asia Sudoriental, América Latina y el Caribe, Oceanía, y América del Norte, además de otros países de Europa. Según el escenario de proyección realizado por Naciones Unidas, el número de personas que vive en estos lugares disminuirá un 14% en los próximos 30 años (UN, 2024).

En los países de la Región Iberoamericana¹ la población asciende aproximadamente a 702.674.484 de habitantes (Ver Tabla 1). Los países que pertenecen al Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM), es decir, Argentina, Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, representan un 68,2% de la población iberoamericana (479.148.532).

¹ La Comunidad Iberoamericana está constituida por los países de Andorra, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela (SEGIB, 2025).

Tabla 1

Población de los países iberoamericanos 2023-2025

País	Año	Fuente	Población
Andorra	2024	UN	81.930
Argentina	2024	INDEC	47.067.641
Bolivia	2024	INE	11.312.620
Brasil	2024	IBGE	212.583.750
Colombia	2024	DANE	52.695.952
Costa Rica	2024	INEC	5.164.860
Cuba	2025	ONEI	11.227.182
Chile	2025	INE	20.206.953
República Dominicana	2024	ONE	10.795.677
Ecuador	2023	UN	18.135.478
El Salvador	2024	UN	6.338.193
España	2024	INE	49.077.984
Guatemala	2025	INE	18.079.810
Honduras	2025	INE	10.039.862
México	2023	INEGI	129.500.000
Nicaragua	2023	INIDE	6.803.886
Panamá	2025	INEC	4.565.559
Paraguay	2025	INE	6.417.076
Perú	2025	INEI	34.350.244
Portugal	2024	INE	10.639.726
Uruguay	2023	INE	3.499.451
Venezuela	2024	INE	34.090.650
Total			702.674.484

Nota: elaboración propia en base a los últimos datos disponibles para cada país, conforme fuente indicada en la tabla.

Para América Latina y el Caribe (ALC) la población total para 2024 ascendió a 663 millones y se espera que para 2050 el crecimiento poblacional alcance a los 730 millones de habitantes, comenzando a decrecer en el año 2056 hasta llegar a 2100 con 613.447.200 habitantes (CEPAL, 2024).

La población, tanto a nivel mundial como regional, ha experimentado un significativo aumento de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN); mundialmente alcanzó los 73,3 años en 2024, un aumento de 8,4 años desde 1995. Se espera que, como producto de la reducción de la tasa de mortalidad, la esperanza de vida para ambos sexos aumente a 77,4 años en 2054. Es por ello que se prevé para finales de 2050 que más de la mitad de todas las muertes del mundo se produzcan a partir de los 80 años.

En 2024, la mayor EVN a nivel mundial es la de Hong Kong, la cual alcanza 85,63 años, seguido de Japón con 84,85 años y la República de Corea con 84,43 años. Otros países con una elevada EVN son Suiza con 84,09 años, España con 83,8 años y Francia con 83,4 años (UN, 2024).

La EVN es más alta en las mujeres que en los varones, siendo a nivel mundial de 76,02 años para las mujeres y de 70,72 años para los varones. La EVN más alta en las mujeres la en-

contramos en Hong Kong con 88,26, Japón con 87,88 y República de Corea 87,28. La EVN en este último país para los varones es, en promedio, entre 5 y 6 años menor, en Hong Kong asciende a 82,97 años, en Japón, a 81,83 y en República de Corea a 81,32 (UN, 2024).

En ALC también se registra un aumento de la EVN, producto de los avances en la región en materia de políticas sociales y de salud. De esta manera, para 2019 la EVN alcanzó 75,1 años para ambos sexos, siendo de 78,2 años para las mujeres y de 72 años para los varones. Cabe destacar que los efectos de la pandemia del COVID-19 en este indicador han sido notables: en los años 2020 y 2021 se registró para la región una reducción de la EVN de 2,9 años, lo que representa un retroceso equivalente a 20 años, dado que el indicador se retrotrajo a los mismos valores existentes en 2003 (72,2 años). En 2022 la misma aumentó a 73,8 años y se espera que en 2030 llegue a 77,2 años (CEPAL, 2022).

La EVN más alta dentro de los países que forman parte del PICSPAM se observa en España, seguida por Chile, Uruguay, Argentina, Brasil, México, Paraguay y República Dominicana. Las mujeres muestran una mayor expectativa de vida que los varones en todos los países, siendo la brecha más chica de 3,7 años en España y las más grande de 7,6 en Uruguay.

Tabla 2

Esperanza de Vida al Nacer distribuida por género y país.

País	EVN Total	EVN Mujeres	EVN Varones	Diferencia de años de vida a favor de las mujeres
Argentina	77,54	80,02	74,97	5,05
Brasil	76,02	79,14	72,95	6,20
Chile	81,36	83,23	79,45	3,78
España	83,80	86,45	81,09	5,35
México	75,26	78,00	72,44	5,56
Paraguay	74,11	77,09	71,00	6,08
República Dominicana	73,87	77,11	70,67	6,44
Uruguay	78,29	82,03	74,38	7,65

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

Por su parte, una proporción considerable de la población está representada por personas de 60 años y más. En los últimos 50 años la estructura de la población de la región se ha visto modificada, producto tanto de la disminución de la mortalidad y la fecundidad, como del aumento sostenido de la EVN. Estos cambios demográficos tienen como consecuencia el crecimiento significativo del número de personas mayores. Sin embargo, estas transformaciones no se han producido de la misma manera en todos los continentes: mientras que en América Latina y el Caribe sucedieron de manera rápida (50 años aproximadamente), en Europa tomó dos siglos (CEPAL, 2022), lo que permitió a los países de este continente contar con más tiempo para generar políticas de protección, capaces de acompañar el envejecimiento poblacional.

La cantidad de personas mayores de 60 años y más en 2024 a nivel mundial fue de 1.184 millones y se espera que en 2100 aumente hasta alcanzar 3.019 millones. Para la región de ALC la cifras al mismo año llegan a casi 95 millones, proyectándose para 2100 en 233 millones de personas mayores (UN, 2024). En los países que forman parte del PICSPAM el número asciende a 77.917.248 personas de 60 años y más en 2024, proyectándose alcanzar para 2100 las 157.680.424 de personas.

Tabla 3

Cantidd de personas de 60 años y más y porcentaje respecto a la población generalpor país miembro del PICSPAM 2024-2100.

País	2024			2100		
	Total de Población	Cantidad personas de 60 años o más	% personas de 60 años o más	Total de población	Cantidad personas de 60 años o más	% personas de 60 años o más
Argentina	47.720.157	7.698.486	16,1	40.355.990	15.621.236	38,7
Brasil	211.998.574	34.163.449	16,1	163.364.065	65.157.939	39,9
Chile	19.764.772	3.871.353	19,6	13.430.618	6.465.582	48,1
España	47.910.528	13.464.885	28,1	33.127.477	13.929.176	42,0
México	130.861.006	15.953.416	12,1	130.248.835	49.655.874	38,1
Paraguay	6.929.153	686.871	9,9	9.047.990	2.860.489	31,6
República Dominicana	11.427.554	1.352.493	11,8	11.674.912	3.990.128	24,2
Uruguay	3.386.586	726.295	21,4	2.245.887	986.83	43,9
Total	479.998.330	77.917.248	16,2	403.495.774	157.680.424	39,1

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

Como se observa en la Tabla 3, en todos los países integrantes del PICSPAM las proyecciones indican que la población mayor, en términos absolutos, continuará aumentando considerablemente, con excepción de España, donde se espera que para el año 2100 la población de personas de 60 años y más vuelva a estar casi al mismo nivel que en 2024. Sin embargo, al observar el dato en términos relativos, la proporción de personas mayores en España respecto de la población general aumenta hasta llegar al 42%, debido a la disminución pronunciada del total de la población.

Cabe aclarar que la diferencia existente entre las cantidades de población total registradas en la Tabla 3 respecto de las indicadas en la Tabla 1 se debe al uso de fuentes distintas. Mientras en la Tabla 1 se utilizaron los últimos datos disponibles para cada país, en la Tabla 3 se optó por utilizar los datos proporcionados

por UN en *World Population Prospects 2024*, con el objetivo de favorecer la comparación entre países, en un mismo periodo de tiempo (2024-2100).

Las poblaciones tanto a nivel mundial como en la región de ALC encontrarán un máximo de crecimiento a mediados de este siglo y luego comenzarán a descender. Este descenso se debe, fundamentalmente, a la baja de la natalidad, pero como también se produce la baja de la mortalidad, el gran peso en las poblaciones lo tendrá el grupo de personas mayores. Por ello, para 2100 casi 1 de cada 2, o 1 de cada 3 personas tendrá 60 años o más en los países del PICSPAM.

Tabla 4

Proporción de personas de 60 años y más, según género en los países del PICSPAM.

País	2024		2100	
	% Mujeres	% Varones	% Mujeres	% Varones
Argentina	56	44	52	48
Brasil	55	45	52	48
Chile	54	46	51	49
España	55	45	54	46
México	55	45	52	48
Paraguay	55	45	53	47
República Dominicana	55	45	53	47
Uruguay	59	41	54	46

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

La proporción de mujeres dentro del grupo de personas de 60 años y más es mayor que la de los varones en ambos periodos (2024 y 2100). Sin embargo, se observa una disminución de la proporción de mujeres al finalizar el siglo. El aumento de la proporción de los varones es debido, probablemente, al aumento de la esperanza de vida de los mismos.

Para la región de ALC, de acuerdo con lo establecido por la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (OEA), la población mayor se define como las personas de 60 años y más.

Sin embargo, algunos países de la región y del mundo, en consonancia con la mayoría de los organismos internacionales, realizan estimaciones tomando como corte de este grupo etario la edad de 65 años y más, motivo por el cual se incluyen en el presente informe los datos correspondientes a los países del PICSPAM considerando este criterio.

Tabla 5

Cantidad de personas de 65 años y más en los países del PICSPAM.

País	2024		2100	
	Cantidad	% de la población total	Cantidad	% de la población total
Argentina	5.673.636	11,9	13.143.146	32,6
Brasil	23.424.113	11	54.823.805	33,6
Chile	2.793.767	14,1	5.650.821	42,1
España	10.130.895	21,1	12.016.600	36,3
México	10.794.161	8,2	41.492.014	31,9
Paraguay	453.003	6,5	2.316.101	25,6
República Dominicana	900.429	7,9	3.259.958	27,9
Uruguay	543.384	16	841.577	37,5
Total	54.713.388		133.544.022	

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

En la Tabla 5 se observa que en 2024 el país con mayor proporción de personas de 65 años y más es España, pero, para 2100, ese lugar le pertenecerá a Chile, con cuatro puntos porcentuales por encima. Si bien en términos absolutos tanto Brasil como México son los países con el número más elevado de personas de 65 años y más, en referencia a su relación con la población general, son Chile, Uruguay y España los países del PICSPAM que mayor proporción de personas mayores presentarán en 2100.

Tabla 6

Proporción de personas de 65 años y más, según género en los países del PICSPAM.

País	2024		2100	
	% Mujeres	% Varones	% Mujeres	% Varones
Argentina	58	42	52	48
Brasil	56	44	53	47
Chile	54	46	52	48
España	56	44	55	45
México	55	45	52	48
Paraguay	56	44	53	47
República Dominicana	56	44	54	46
Uruguay	61	39	54	46

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

En este grupo también se observa que la proporción de mujeres es mayor a la de los varones, siendo la brecha de género más marcada la de Uruguay (22 puntos porcentuales), en 2024. Sin embargo, en 2100 la proporción de mujeres se reduce en todos los países y la brecha de género de Uruguay disminuye 8 puntos porcentuales.

Por su parte, la proporción de personas de 80 años y más se irá incrementando en toda la región de ALC: mientras que para 2024 el 13% de la población de 60 años y más pertenecía a este grupo, para 2100 se espera que el 36% del total de personas mayores tengan 80 años y más. Los países del PICSPAM presentan igual comportamiento.

Tabla 7

Cantidad de personas de 80 años y más y cantidad de mujeres de 80 años y más en los países del PICSPAM

País	2024		2100	
	Población Total	Cantidad de mujeres	Población Total	Cantidad de mujeres
Argentina	1.331.016	879.108	6.405.045	3.489.402
Brasil	4.162.583	2.531.254	23.968.641	13.206.037
Chile	645.400	381.848	3.085.895	1.643.924
España	3.034.413	1.892.381	6.471.859	3.738.399
México	2.052.326	1.153.758	17.630.239	9.567.244
Paraguay	76.619	47.401	816.762	470.171
República Dominicana	154.041	100.028	1.220.439	707.834
Uruguay	160.853	112.857	422.725	246.390
Total	11.617.251	7.098.635	60.021.605	33.069.401

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

Tabla 8

Proporción de la población de 80 años y más (ambos sexos) respecto del grupo de 60 años y más en los países del PICSPAM

País	2024	2100
	%	%
Argentina	17	41
Brasil	12	37
Chile	17	48
España	23	47
México	13	36
Paraguay	11	29
República Dominicana	11	31
Uruguay	22	43

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

En la Tabla 7 se observa que del total de personas de 60 años y más, la cantidad de mayores de 80 años crecerá, de manera significativa, hasta 2100. Este grupo es prioritario en las estrategias para abordar la soledad no deseada, por la pérdida de redes (pareja, amigos/as, hermanos/as, relaciones pares fundamentales para la vida), por ello será necesario realizar acciones que permitan armar nuevos vínculos y nuevas redes.

En la Tabla 8 se observa cómo crecerá esta población y la gran proporción que adquiere dentro del grupo de personas mayores. En España, del total de personas de 60 años y más casi el 47% pertenecerá al grupo de 80 y más años. Tendencias parecidas se registran en Uruguay, Chile y Argentina, si bien en todos los países del PICSPAM este porcentaje es elevado. Será necesario pensar en este nuevo escenario demográfico a la hora de planificar políticas públicas gerontológicas, sobre todo, las destinadas a abordar la soledad y el aislamiento que pueden padecer los grupos de edad avanzada.

Tabla 9

Proporción de personas de 80 años y más, según género en los países del PICSPAM.

País	2024		2100	
	% Mujeres	% Varones	% Mujeres	% Varones
Argentina	66	34	54	46
Brasil	61	39	55	45
Chile	59	41	53	47
España	62	38	58	42
México	56	44	54	46
Paraguay	62	38	58	42
República Dominicana	65	35	58	42
Uruguay	70	30	58	42

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en *World Population Prospects 2024* (UN, 2025).

En este grupo de edad, las mujeres tienen una proporción mucho mayor que los varones, llegando a representar entre el 60% y 70% de la población de 80 años y más en 2024. Para 2100 esa diferencia se achica y los varones aumentan su proporción, aunque nunca alcanza la paridad.

2.1. ¿En qué tipo de hogares viven las personas mayores?

La presencia de hogares unipersonales ha ido aumentando en el tiempo, debido a los cambios demográficos como la baja de la fecundidad y los movimientos migratorios, así como las nuevas formas de familias.

Las familias monoparentales, las familias sin hijos, las rupturas de pareja también han ido incrementando la posibilidad de vivir solas o solas. El aumento de la EVN, las mejoras en la salud, y los mejores niveles socioeconómicos posibilitan que las personas mayores puedan vivir solas (López y Pujadas, 2018, como se citó en Sancho et al., 2020). Si bien vivir

solo/a no implica directamente aislamiento o sentimientos de soledad, en algunas situaciones pueden estar relacionadas ambas realidades, puesto que vivir solo/a supone que la integración social se produce, fundamentalmente, fuera del hogar (De Jong Gierveld, 1987; Weiss, 1973, como se citó en Sancho et al., 2020). Resulta importante tener en cuenta esta variable.

La Tabla 10 muestra la proporción de la población general que vive en hogares unipersonales en los países del PICSPAM.

Si se tiene en cuenta que en ALC viven 663 millones de personas, es posible estimar que alrededor de 31 millones (31.161.000) viven solos/as en la región. En los países de la Unión Europea la cantidad de personas que viven solas es variada, con cifras que van desde el 10,6%

Tabla 10

Proporción de la población general que vive en hogares unipersonales en los países del PICSPAM.

País	Año	Fuente	%
Argentina	2022	INDEC	8,6
Brasil	2023	CEPALSTAT	6,5
Chile	2022	CEPALSTAT	6,8
República Dominicana	2023	CEPALSTAT	7,1
España	2021	INE	10,6
México	2022	CEPALSTAT	3,8
Paraguay	2023	CEPALSTAT	3,5
Uruguay	2023	CEPALSTAT	6,1
Promedio América Latina	2023		4,7

Nota: elaboración propia en base a datos disponibles en CEPALSTAT (2025), INDEC (2022) e INE (2021).

en España hasta el 22,2% en Dinamarca o el 20,9% en Alemania. El valor medio de la Unión Europea alcanza al 14,8% (INE, 2020).

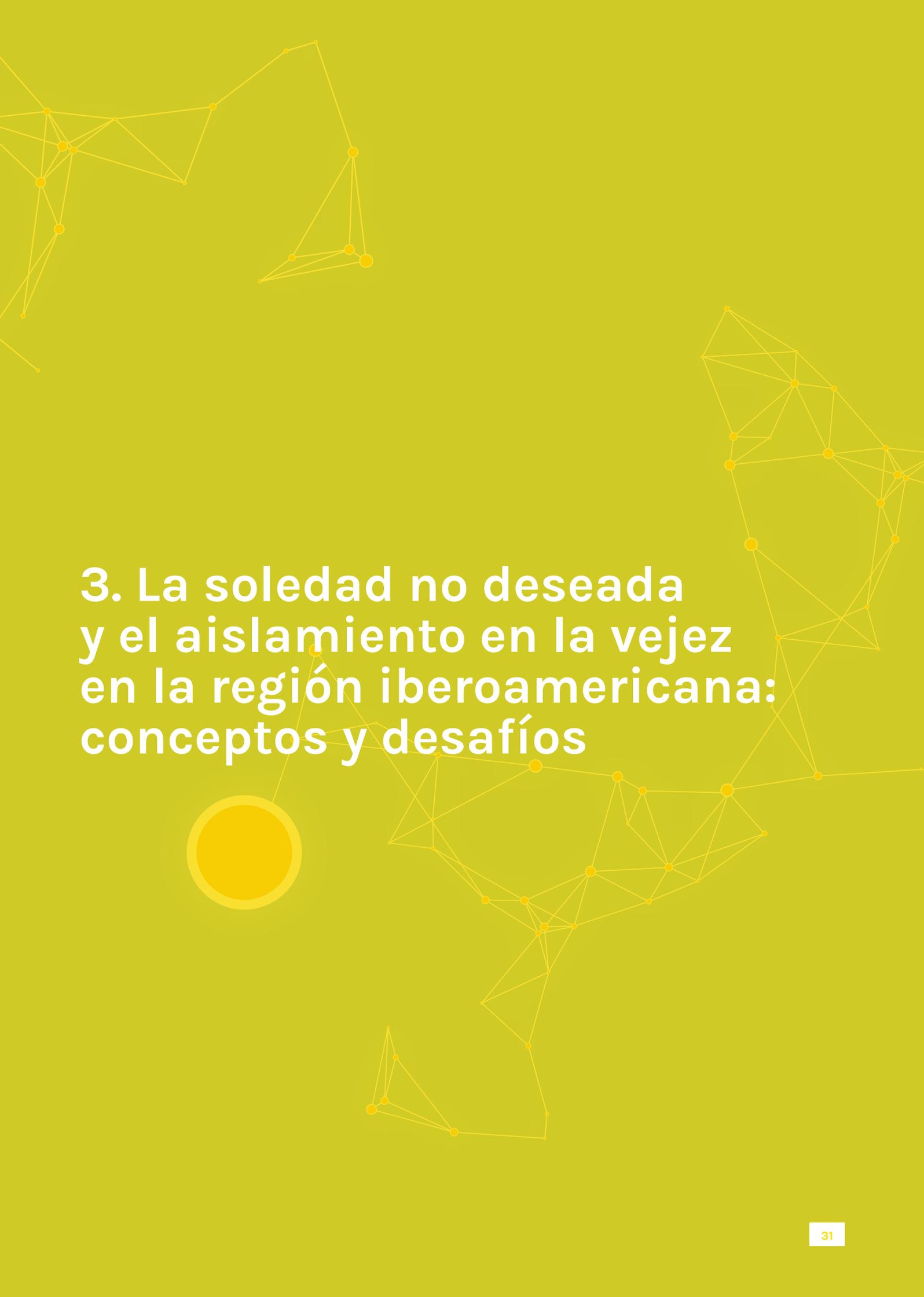
Por su parte, la cantidad de personas mayores que vive sola también resulta significativa. Las personas de 65 años y más que viven solas, en la Unión Europea, en 2018, representaban un 32,5%, es decir, más de 17 puntos porcentuales por encima de lo que sucede en la población general. En países como Dinamarca este número asciende a un 46,9%, en Suecia, a un 39%, en Francia, a un 36,2% y en España, a un 25,2% (INE, 2020).

En la región de ALC las tendencias son similares. En Argentina, según el Censo realizado en 2022, las personas de 60 años y más que viven solas representan el 21,3%, siendo un porcentaje mayor el de las mujeres (24,5%) que el de los varones (17,1%) (INDEC, 2022). En Chile, de acuerdo con el Censo de 2017, un 14,4% del total de personas de 60 años y más está en esta situación (15,4% para las mujeres y 13,2% para los varones) (INE, 2025). En México, según la

Encuesta Nacional de los Hogares, el 17,4% del total de personas de 60 años o más vive sola² (INEGI, 2027).

Los datos de Paraguay y República Dominicana resultan particularmente llamativos, ya que en ambos países la cantidad de varones de 60 años y más que viven solos supera a la cantidad de mujeres de la misma edad, en la misma situación. En Paraguay, según el Censo realizado en 2022, las personas mayores que viven solas representan el 9,5%, siendo el 7,7% en el caso de las mujeres y 11,5% en el caso de los varones (INE, 2022). Por su parte, en República Dominicana, de acuerdo el Censo de 2022, el total de personas mayores que viven solas representa un 15,5%, siendo un 13,9% en el caso de las mujeres y un 17,3% en el de los varones (ONE, 2022).

² No se encontró el dato desagregado por género.



3. La soledad no deseada y el aislamiento en la vejez en la región iberoamericana: conceptos y desafíos



3. La soledad no deseada y el aislamiento en la vejez en la región iberoamericana: conceptos y desafíos

Si bien la problemática de la soledad está presente en todas las edades, hay dos grupos que la sufren más que otros, el conformado por las personas jóvenes y el de las personas mayores. El informe *Barómetro de la soledad no deseada en España* (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024) señala que se observa “una relación entre edad y soledad no deseada en forma de “U”, es decir, que la soledad es más frecuente entre las personas más jóvenes, menor en la edad adulta media, y más común entre las personas mayores” (p. 23). En este trabajo abordaremos la soledad no deseada en las personas mayores.

Las problemáticas de la soledad no deseada y el aislamiento social presentan una considerable importancia, tanto por el padecimiento que estos generan a las personas mayores, como por el alto costo que representa para los sistemas de salud el abordaje de las consecuencias físicas y psíquicas a las que llevan estas dos problemáticas.

En los próximos apartados se desarrollarán conceptualmente estas nociones, teniendo en cuenta que, en ocasiones, actúan de manera simultánea, como señalan Cacioppo y Cacioppo (2014), indicando que el aislamiento, que es una situación objetiva, y la soledad, que es subjetiva, están frecuentemente vinculados en los casos en los que la persona cuenta con escaso control sobre el entorno social. Esto sucede, por ejemplo, en personas mayores con altos niveles de dependencia (Hawkley et al., 2008).

3.1. Aislamiento social

En muchas oportunidades se utilizan indistintamente los conceptos aislamiento social, vivir solo y soledad, siendo estas situaciones diferentes entre sí, tanto en cuanto a las causas que la originan, como a la vivencia y los efectos que tienen en la calidad de vida de las personas mayores y su salud física y psíquica.

Por aislamiento social se entiende aquella situación objetiva en la que la persona tiene pocos contactos con otros individuos, sean ellos amistades o familiares (Gené-Badia et al., 2016).

A diferencia de la soledad no deseada, el aislamiento social es observable, objetivo y fácilmente cuantificable. Se refiere a la cantidad de contacto social del que dispone una persona. Algunos autores lo nombran también como soledad objetiva (Sancho et al., 2020).

Víctor et al. (2020) plantean que el aislamiento social se puede evaluar según las características de la red de la persona, teniendo en cuenta, por ejemplo, el número, su densidad y la reciprocidad de los vínculos, además de cuantificar la participación social que tiene la misma. Estos autores sostienen que la forma en que las personas mayores experimentan el aislamiento social puede agruparse en cuatro modalidades:

- a) En relación con las personas de su misma generación (aislamiento del grupo de pares).
- b) En comparación con personas de menor edad (aislamiento por contraste generacional).
- c) En relación con otro momento de sus vidas (aislamiento relacionado con la edad).
- d) En comparación con personas que han tenido su misma edad, pero en otra época (aislamiento de cohorte anterior).

Asimismo, Iacub et al. (2023) plantean que se puede llegar a la situación de aislamiento social por condiciones medioambientales, no necesariamente vinculadas con la edad, y por otros motivos que pueden estar relacionados con el proceso de envejecimiento. En este último caso, cuando la persona mayor deja de participar en espacios de intercambio social a causa de limitaciones físicas, de comunicación, de traslado o económicas.

3.2. Soledad no deseada

La soledad como problemática con connotación y efectos negativos es nombrada de diferentes maneras. Por un lado, están quienes nombran al sentimiento de soledad como soledad no deseada, diferenciándola de la soledad deseada, que se entiende como aquel estado buscado, cargado de una connotación positiva. También se la denomina soledad crónica. Según el Informe *Barómetro de la soledad no deseada en España* (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024), la soledad crónica se define como aquella que persiste por más de dos años. Otros autores lo llaman como aislamiento social percibido o subjetivo (Cacioppo y Cacioppo, 2014), diferenciándolo del aislamiento social objetivo.

En el artículo “El reto de la soledad en la vejez”, Yanguas Lezaun et al. (2018) describen las diferentes conceptualizaciones que se han desarrollado en cuanto a la noción de soledad en las últimas cinco décadas. En las mismas, diferentes autores la han definido tomando en cuenta las múltiples dimensiones que abarca. Sintetizan los diferentes desarrollos teóricos en cuatro perspectivas clásicas, a saber: cognitiva (relacionada con la diferencia entre los vínculos que se desea tener y los que efectivamente se tiene), interaccionista (alude a la falta de relaciones significativas y pertenencia comunitaria), psicodinámica (representa los efectos negativos de la necesidad de cercanía en los vínculos) y existencialista (entiende la

soledad como un aspecto inherente al ser humano, que genera tanto dolor como oportunidad de creación y reflexión). Posteriormente, recorren las diferentes definiciones formuladas a lo largo de las últimas décadas, destacando la pluralidad de miradas y aspectos abordados, así como la necesaria complementariedad entre los mismos para poder comprender un constructo tan complejo y multidimensional como lo es el de la soledad (Yanguas Lezaun et al., 2018).

Iacub et al. (2023) mencionan desarrollos teóricos orientados a poner en valor la función evolutiva de la soledad como “dolor social”:

Al igual que el dolor físico o el hambre, la soledad es considerada como una señal aversiva que evolucionó para motivarnos a tomar medidas que minimicen el daño sobre nuestro cuerpo físico y social (Cacioppo et al., 2014). El dolor físico protege al individuo de los peligros físicos. La soledad evolucionó por una razón similar: para proteger al individuo del peligro de permanecer aislado. La idea de la soledad como dolor social es más que una metáfora. Estudios de resonancia magnética funcional muestran que la región del cerebro que se activa cuando experimentamos el rechazo social es, de hecho, la misma región -el cíngulo anterior dorsal- que registra las respuestas emocionales al dolor físico (Cacioppo y Patrick, 2008, p. 5).

En el informe “Soledad y personas mayores”, Yanguas (2018) menciona que, si bien existe una gran variedad de definiciones sobre la soledad desarrolladas en las últimas décadas, son citadas, frecuentemente, las conceptualizaciones de dos autoras que resultan complementarias entre sí. La primera es la de De Jong Gierveld (1998, como se citó en Yanguas, 2018) que describe cuatro componentes de la soledad. Por un lado, se observa una carencia que puede manifestarse como una sensación de vacío, que se genera a partir de la falta de in-

timidad en los vínculos. Además, se advierte un componente temporal: es necesario que transcurra el tiempo para que el sentimiento de soledad se vaya consolidando. Por otro lado, están presentes una variedad de emociones, que van desde la frustración, la melancolía y la tristeza, hasta la vergüenza y la desesperación. Por último, se destaca la necesidad de una evaluación subjetiva de la persona que padece la soledad, que evalúe el tipo y cantidad de relaciones con las que cuenta y la calidad de estos vínculos.

La segunda conceptualización mencionada es la de Víctor et al. (2009, 2016, como se citó en Yanguas, 2018) que destaca la vivencia de la soledad, donde entran en juego, de forma destacada, la historia de vida y la dimensión contextual.

Estos autores puntualizan una serie de dimensiones que deben tenerse en cuenta para estudiar la soledad y que interaccionan entre sí, a saber:

- Las variables intrapersonales, entre las que se ubican los estilos cognitivos (cómo evalúa las situaciones, cuáles son las expectativas de la persona, etc.) y la personalidad.
- Las relaciones interpersonales.
- Los eventos vitales, entre los que se pueden observar aquellos relacionados con la salud de la persona, como también aquellos ligados con sucesos vinculados con el ámbito social (síndrome del nido vacío, jubilación, viudez, entre otros).
- Aspectos ligados con factores sociales, como la presencia de estereotipos negativos sobre la vejez.
- El ambiente social, que alude a las características de la vivienda y de la comunidad donde la persona reside.

Para Víctor et al. (2020), el concepto de soledad tiene una destacada vinculación con los conceptos de calidad de vida y bienestar subjetivo. Para poder evaluar, con mayor precisión, el tipo de soledad que aqueja a la persona, se puede hacer uso de la clasificación que realizan Gené-Badia et al. (2016), donde mencionan que la soledad es “la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amistades (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva)” (p. 605).

Si bien existe gran cantidad de evidencia empírica vinculada con la medición de la soledad en un momento determinado de la vida de las personas, algunos estudios se han enfocado en el ciclo vital, tomando en cuenta las trayectorias biográficas (Dykstra et al., 2005; Holmén y Furukawa, 2002; Jylhä, 2004; Newall, Chipperfield y Ballis, 2014; Víctor et al., 2005b; Wenger y Burholt, 2004, como se citó en Sancho et al., 2020).

En un estudio sobre la soledad a lo largo del tiempo, se pudieron observar patrones de soledad vinculados con la edad, al consultar a las personas sobre su nivel actual de soledad comparándolo con el nivel que recuerdan de 10 años antes. A continuación, se detallan algunos de los resultados obtenidos:

Este estudio mostró que un 68% informó estabilidad en su nivel de soledad (un 54% no se sentía solo/a en ambas y un 15% mostraba una soledad frecuente), el 23% informó un empeoramiento y un 10% se sentía menos solo/a. Esto permitió conocer cómo para algunas personas la soledad era una experiencia nueva en la vejez y diferenciar a aquellas para las que era una continuación de lo vivido en etapas anteriores (Víctor et al., 2005b, como se citó en Sancho et al. 2020, p. 23).

Sancho et al. (2020) describen la soledad como una problemática multidimensional en la que se incluyen a la privación como una experiencia enlazada a la carencia de un vínculo de intimidad, que se vivencia, por ejemplo, con sentimientos de vacío. Resulta importante la evaluación que la persona realice sobre esta vivencia, que puede llevar a que la considere una realidad desesperante o que la evalúe como un presente sobre el que se puede intervenir para lograr una mejora. Por último, destacan que esta vivencia puede estar acompañada de emociones como la frustración y la desesperación, así como la culpa, la tristeza y la vergüenza (De Jong Gierveld, 1987, 1998; Shute y Howitt, 1990, como se citó en Sancho et al., 2020).

Cacioppo et al. (2015) señalan que, posteriormente a que el psiquiatra Fromm-Reichmann (1959) advirtiera sobre la importancia de la temática de la soledad y la necesidad de definirla rigurosamente, fueron muchos los autores que la caracterizaron como una condición psicológica y evaluaron las diferencias entre las personas, a partir de la introducción de medidas que permitieran cuantificar estas diferencias. Entre ellos, destacan Lynch y Convey (1979), Peplau, Russell y Heim (1979), Russell, Peplau y Cutrona (1980) y Weiss (1973). Además, estos autores hacen referencia a la definición de Peplau y Perlman (1982) en la que describen la soledad como una experiencia subjetiva negativa, que surge a partir de la contrastación entre aquellos vínculos que se desearían tener y los que realmente se tienen. Puntualizan la complejidad que representa este sentimiento, ya que puede experimentarse estando en compañía de muchas personas o en pareja. En contraposición, existe otro tipo de soledad que no tiene la connotación negativa de la detallada anteriormente y es aquella que no solamente ha sido buscada, sino que constituye una oportunidad de encontrarse con uno mismo, para disfrutar de un momento creativo y/o de descanso social.

Estos autores remarcan la importancia de rodearse de personas significativas y de sentirse en conexión con las mismas, estando presente en el vínculo la cercanía, la interacción y la confianza.

La complejidad del constructo de la soledad reside, además, en que puede ser analizada teniendo en cuenta sus tres dimensiones: íntima, relacional y colectiva (Cacioppo et al., 2015). La dimensión de la soledad íntima sería análoga a la soledad emocional (Weiss, 1973, como se citó en Cacioppo et al., 2015), que consiste en la ausencia de un vínculo significativo y recíproco, en quien poder confiar en momentos de crisis. Siguiendo el desarrollo del mismo autor, se establece otra analogía entre la soledad relacional y la soledad social, refiriéndose esta última a la falta de un grupo más extendido de cercanía significativa, como la familia y/o grupo de amistades. Por último, la soledad colectiva alude a la dimensión de las identidades sociales valoradas por el individuo, aquellas que generan sensación de pertenencia colectiva.

De Jong et al. (2015) postularon un modelo de soledad con cuatro grupos de determinantes de la misma: las características personales (estado civil, salud, etc.), las condiciones de vida desfavorables (nivel socioeconómico), la red social y/o el compromiso social (red personal de relaciones familiares y no familiares, y la participación en organizaciones comunitarias) y, por último, el nivel de satisfacción (calidad percibida de su red social).

Iacub et al. (2023) plantean que, además de que las personas mayores en situación de soledad sienten que sus relaciones no cuentan con la intimidad, calidad, frecuencia ni intensidad que desearían, vivencian una sensación de falta de integración en sus grupos. Una escena frecuente se desarrolla cuando la persona mayor está participando de una reunión social, acompañada de personas que le interesan, pero no se siente escuchada, valorada y/o

respetada. En ocasiones, también sucede que la persona percibe que sus relaciones tienen cierto nivel de superficialidad y débil intercambio afectivo, esto puede llevar a experimentar emociones como tristeza, vacío, desesperación, fastidio, aburrimiento, desesperanza, así como sensación de vulnerabilidad, baja autoestima y/o falta de proyecto vital. Es importante conocer estas reacciones posibles ante la problemática de la soledad, para facilitar su detección tempranamente.

Si bien resulta de vital importancia la detección de la soledad no deseada en las personas mayores y su abordaje, existe cierta controversia sobre los efectos devastadores de esta problemática, en relación con la divulgación en la sociedad. En esta línea, en *Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Guipuzkoa*, Sancho et al. (2020) plantean lo siguiente:

La alarma social vinculada a la soledad en la vejez podría perjudicar más que mejorar la situación. Un discurso alarmista del calibre que se está produciendo puede contribuir a que los estereotipos negativos asociados a la vejez se mantengan (Víctor et al., 2000), y a que sean incorporados por las propias perso-

nas mayores, al considerar que la soledad es un problema serio y esperable en ese grupo de edad (Schoenmakers, Van Tilburg y Fokkema, 2014; Torstam, 2007). De hecho y, a pesar de la existente evidencia de que se trata de una experiencia que ocurre en otros grupos de la población, la soledad suele ser concebida como un problema específico de la vejez, aunque los datos de prevalencia no avalan esta vinculación (Dykstra, 2009; Ellaway, Wood y MacIntyre 1999; Víctor et al., 2018). La relevancia de desmontar estos estereotipos tiene que ver con la profecía autocumplida, ya que considerar la soledad como un hecho que sucederá en la vejez puede inducir a que se vea como inevitable y provocar que las personas desistan de tratar de mejorar su situación incluso antes de empezar (Hilton y Von Hippel, 1996; Schoenmakers et al., 2014) (Sancho et al., 2020, p. 9).

Sancho et al. (2020) plantean que las diferentes formas en que fue estudiado el constructo de la soledad fueron constituyendo una tipología de la misma que abarca factores vinculados con la dimensión, la temporalidad y el tipo de déficit (Perlman y Peplau, 1981, como se citó en Sancho et al., 2020).

Tabla 11
Tipos de soledad

Dimensión	<p>Soledad existencial: considerada como positiva y parte de la condición humana, pudiendo favorecer el crecimiento personal.</p> <p>Ansiedad de la soledad: considerada de forma negativa (Moustakas, 1961, como se citó en Sancho et al., 2020).</p>
Temporalidad	<p>Soledad como estado temporal: relacionada con acontecimientos específicos.</p> <p>Soledad como un rasgo crónico o duradero: con características temperamentales (también llamadas primarias, asociadas a la personalidad) o situacionales (también llamadas secundarias, es una respuesta a cambios en el contexto socio-ambiental y/o en las acontecimientos externos) (Weiss, 1973, como se citó en Sancho et al., 2020).</p>
Déficit	<p>Soledad emocional: carencia de una relación personal e íntima.</p> <p>Soledad social: inexistencia de conexión social amplia (Weiss, 1973, como se citó en Sancho et al., 2020).</p>

3.3. Factores que predisponen la aparición de la soledad y el aislamiento social

Iacub et al. (2023) destacan la multideterminación de las problemáticas de la soledad y el aislamiento social. Partiendo de esa base -sin desconocer las características de personalidad y los diferentes estilos de apego que tienen las personas-, plantean una serie de situaciones, frecuentes en la vejez, que facilitan que la persona sufra las problemáticas de la soledad no deseada y el aislamiento social. Entre las mismas se destacan los duelos, la jubilación y las disminuciones sensoriales y motrices.

Duelos

Con cierta frecuencia, los duelos son la puerta de entrada para situaciones de soledad no deseada y/o aislamiento social; esto suele suceder por las emociones que acompañan estos procesos o por el cambio que puede llegar a representar en la red de apoyo de la persona mayor. Si bien las pérdidas suceden durante toda la vida, en la vejez ocurren más frecuentemente, como, por ejemplo, los diferentes roles, personas significativas, ciertas capacidades, el trabajo, las mascotas, etc.

Jubilación

Otro de los cambios frecuentes en la vejez es la jubilación, este evento tiene ciertas particularidades, por ejemplo, representa una situación novedosa para muchas personas que inauguran en sus vidas el hecho de no tener rutinas preestablecidas, ya sea, institucionales o autogestivas, ni intercambios necesarios y periódicos con otras personas. Esto, si bien puede ser vivido como una situación de libertad para algunas personas, a otras puede generarles emociones intensas, ligadas a la incertidumbre o al temor. En muchos casos, las formas de transitar esta nueva etapa van a estar relacionadas con las posibilidades que ha tenido la persona de anticipar reflexivamente

escenarios acerca de la misma, tanto de forma individual como participando de dispositivos prejubulatorios. La posibilidad de diseñar proyectos vitales para la etapa postjubulatoria puede marcar una gran diferencia en los intercambios sociales que tenga la persona y su sentido de vida e integración.

Disminuciones sensoriales y motrices

Iacub et al. (2023) plantean que las disminuciones sensoriales y motrices representan otro gran conjunto de posibles obstáculos para la socialización. En el caso de las personas mayores con deficiencia auditiva, la dificultad que se les presenta para comprender lo que se dice a cierta distancia o en espacios con muchos sonidos simultáneos, junto con la dificultad general para oír, lleva a que se vayan alejando de situaciones sociales, generando conductas evitativas. Es muy común que el entorno de la persona mayor no llegue a comprender el verdadero motivo de las conductas evitativas, decodificando como falta de interés, por ejemplo, lo que en realidad responde a dificultades para comunicarse y sentirse integrada.

Sumado a esto, habitualmente las personas mayores tardan en consultar con el especialista, demorando la posible indicación de uso de audífonos. En el caso de ya contar con ellos, se observa una baja adherencia al uso de los mismos, ya sea por dificultades vinculadas con la calibración o con el seguimiento en la adaptación.

La disminución visual que tienen muchas personas mayores es otro de los aspectos que se vinculan con la soledad no deseada y el aislamiento social, ya sea, por las dificultades que representa para trasladarse en medios de transporte público, como por el hecho de limitar la comunicación interpersonal ocasionada por la pérdida de las señales no verbales, como los movimientos de los labios, las expresiones faciales y el lenguaje corporal, llevando esto a una disminución en la participación social.

En algunos casos, se agrava la situación social cuando la persona padece tanto de disminución auditiva como visual, ya que esto no permite compensaciones que sí ocurren cuando la disminución sensorial es de un solo sentido.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que en la vejez puede aumentar el deterioro de la marcha, esta situación suele verse agravada por la presencia de enfermedades crónicas. La inestabilidad en la marcha puede generar efectos físicos y emocionales. Si bien es una de las principales causas de deterioro funcional, discapacidad, muerte y un predictor de aislamiento e institucionalización, esta suele no ser tratada de forma adecuada. Sumado a lo anterior, es frecuente que el entorno de la persona mayor despliegue conductas sobreprotectoras por temor a las caídas, complejizando la situación y sumando obstáculos a la socialización.

Otro factor que se relaciona con las problemáticas abordadas en el presente estudio es la salud bucal de las personas mayores. Yáñez-Haro y López-Alegría (2022) concluyeron, a partir de una revisión sistemática, que se evidencia una vinculación entre el deterioro en la calidad de vida de las personas mayores y su salud oral, fundamentalmente, por la pérdida de piezas dentales.

Teniendo en cuenta la perspectiva de la interseccionalidad, resulta importante destacar que existen otros aspectos que se relacionan con la soledad no deseada y el aislamiento social en las personas mayores, como por ejemplo, formar parte de la comunidad LGBT. En esta línea, Fernández-Roses et al. (2024) plantean que “la soledad, más allá de ser un fenómeno individual subjetivo, es el resultado de factores sociales complejos que han de atenderse” (p. 1), por ello, se proponen analizar cómo influyen, en la vivencia de la soledad, las estructuras sociales y de desigualdad.

Rada Schultze (2018) señala que las personas lesbianas y gays sufren una doble discrimina-

ción, homofobia (debido a su orientación sexual) y viejismo (debido a su edad).

Parte de este grupo, al ser socializados en otro contexto sociocultural –épocas en las que, como se vio, a la comunidad LGBT se la tildaba de perversos, enfermos y degenerados debido a su preferencia sexual–, debieron realizar una “doble vida” dejando en la oscuridad su orientación sexual, quedándose en gran medida aislados y en soledad para, así, repeler o evitar, de algún modo, toda vejación posible. Por tal motivo, se convirtieron en un subconjunto de la población invisibilizado y altamente vulnerable (Rada Schultze, 2018, pp. 46-47).

Por su parte, Marhánková (2019) introduce otro aspecto importante vinculado al sentimiento de soledad que experimentan algunas personas de la comunidad LGBT cuando ingresan a una residencia de larga estadía:

En su estudio, Stein et al. (2010) señalan los sentimientos de soledad y tensión que experimentan las personas mayores LGBT en las instituciones en relación con la imposibilidad de hablar abiertamente de su vida (incluido el trauma causado por la muerte de una pareja que, sin embargo, no es reconocida como tal) (p. 9).

3.4. Efectos de la soledad no deseada y del aislamiento social en la salud

Yanguas Lezaun et al. (2020) plantean la existencia de condicionantes intrínsecos y extrínsecos que moldean el estado de salud de las personas. Entre los intrínsecos se encuentran los aspectos clínicos, genéticos y la fragilidad. Entre los condicionantes extrínsecos, se incluyen aquellos aspectos vinculados al entorno social y al entorno físico. Estos dos tipos de con-

dicionantes se potencian entre sí, desplegando una influencia recíproca. En este sentido, los meta-análisis realizados por Holt-Lunstad et al. (2010, 2015, como se citó en Yanguas Lezaun et al., 2020) mostraron cómo la soledad y el aislamiento social aumentan el riesgo de mortalidad, siendo comparables a otros factores de riesgo de los que se tiene más conocimiento y cuya vinculación cuenta con mayor difusión.

La National Academies of Sciences (2020) señaló que el aislamiento social y la soledad no deseada constituyen serios problemas para la salud pública, aunque no son tenidos en cuenta en la misma medida que su gravedad lo requeriría. En esta publicación se hace referencia a destacadas investigaciones que dan cuenta de los efectos devastadores que tienen la soledad no deseada y el aislamiento social en la salud física y psíquica de las personas mayores:

- El aislamiento social aumenta, significativamente, el riesgo de mortalidad de una persona por todas las causas, un riesgo que puede rivalizar con los riesgos del tabaquismo, la obesidad... (Holt-Lunstad et al., 2017).
- Estar conectado socialmente de diversas maneras se asocia con una probabilidad de supervivencia un 50% mayor, y algunos indicadores de integración social se asocian con una probabilidad de supervivencia un 91 % mayor (Holt-Lunstad et al., 2010).
- El aislamiento social se ha asociado con un aumento del 29% en el riesgo de mortalidad por todas las causas y un aumento del 25% en el riesgo de mortalidad por cáncer (Fleisch Marcus et al., 2017; Holt-Lunstad et al., 2015).
- La soledad se ha asociado con tasas más altas de depresión clínicamente significativa, ansiedad e ideación suicida (Beutel et al., 2017).
- La soledad se ha asociado con un aumento del 59% en el riesgo de deterioro funcional y un aumento del 45% en el riesgo de muerte (Perissinotto et al., 2012).
- Las malas relaciones sociales (caracterizadas por el aislamiento social o la soledad) se han asociado con un aumento del 29% en el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria y un aumento del 32% en el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (Valtorta et al., 2016a).
- La soledad entre los pacientes con insuficiencia cardíaca se ha asociado con un riesgo casi cuatro veces mayor de muerte, un riesgo 68% mayor de hospitalización y un riesgo 57% mayor de visitas al departamento de emergencias (Manemann et al., 2018).
- El aislamiento social se ha asociado con un aumento de, aproximadamente, el 50% en el riesgo de desarrollar demencia (Kuiper et al., 2015; Penninkilampi et al., 2018) (National Academies of Sciences, 2020, pp. 1-2).

En diferentes investigaciones se ha analizado la relación entre la escasa participación comunitaria, la soledad, el aislamiento y el riesgo de demencia. Un meta-análisis realizado sobre 19 estudios (Kuiper et al., 2015) mostró que, aquellas personas que tienen más sentimientos de soledad, escasa participación social y menor frecuencia de contacto social, cuentan con un mayor riesgo de desarrollar demencia. Estos autores, a partir del análisis de estudios realizados, sugieren que lo que aumenta el riesgo de demencia es la menor interacción social, en mayor medida que aspectos más específicos de la red social, como su tamaño o la satisfacción con la misma.

lacub et al. (2023) plantean que diversas investigaciones han estudiado la relación entre

la ideación suicida y el suicidio con la soledad no deseada y el aislamiento social. La mayoría de las mismas han encontrado una marcada relación entre la soledad y el intento de suicidio, independientemente de la depresión. Sumado a esto, se ha encontrado, en personas mayores en situación de soledad, una relación entre ideación suicida o autolesiones (Huang, et al., 2017, Wand et al., 2018 y Van Wijngaarden et al., 2015 como se citó en Iacub et al., 2023).

3.5. Tipos de intervenciones

Cacioppo et al. (2015) puntualizan que, al reconocer a la soledad como factor de riesgo para múltiples padecimientos, se ha incrementado el interés en diseñar intervenciones para prevenir o reducir el sentimiento de soledad.

En diferentes países se han implementado campañas de concientización que apuntan a la prevención y a la disminución del estigma social que tiene la soledad. Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha desarrollado una campaña que brinda información valiosa con respecto a la problemática de la soledad, tanto en relación con su desestigmatización, como a recursos útiles de diferentes lugares a los cuales acudir para resolver situaciones específicas, como, por ejemplo, mejorar las habilidades digitales de las personas mayores, conocer la oferta de voluntariados y los diferentes tipos de servicios de apoyo disponibles en cada vecindario.

Por otro lado, en los Estados Unidos, con el objetivo de facilitar la búsqueda de información valiosa para generar nuevas relaciones sociales, la Fundación AARP creó Connect2Affect. Allí las personas pueden encontrar orientación acerca de cómo hacer nuevas amistades, hasta el uso de tecnología innovadora orientada a fomentar las relaciones.

En cuanto a los diferentes modelos de intervenciones, estos autores incluyen, como parte de un primer modelo, aquellas orientadas a una

respuesta individual enfocadas, por ejemplo, en brindar apoyo social a personas en situación de soledad. Este tipo de propuestas cuentan con la limitación de no generar interacciones recíprocas, siendo esto de gran importancia para mitigar el sentimiento de soledad.

Un segundo modelo está enfocado en aumentar las posibilidades de interacción social, aunque señalan que, una mayor cantidad de interacciones no equivale a una buena calidad de las mismas.

El tercer modelo expuesto, brinda una respuesta complementaria a los anteriores, propiciando una mejora en las habilidades sociales de las personas con sentimientos de soledad (Cacioppo et al., 2015).

Existen diferentes tipos de intervenciones que se desarrollan frente a la problemática de la soledad, las mismas pueden ser organizadas de acuerdo con diferentes criterios. Por un lado, se pueden dividir según sean genéricas o específicas. Entre las genéricas están aquellas que apuntan a mejorar diferentes aspectos de la vida de las personas, como la soledad. En este subgrupo se encuentran las intervenciones orientadas al desarrollo de habilidades y ocio, las terapias psicológicas y actividades del cuidado de la salud, entre otras. Las intervenciones específicas, en cambio, están orientadas a reducir la soledad de forma directa, por ejemplo, aquellas que utilizan las nuevas tecnologías y las que están dirigidas a generar nuevas amistades (befriending), entre otras (Schoenmakers, 2013; Víctor et al., 2018, como se citó en Sancho et al., 2020).

Las intervenciones pueden ser agrupadas teniendo en cuenta el formato, su desarrollo en forma grupal o individual, o según el tipo de actividad que se realice (terapéuticas o educativas, por ejemplo). Otra forma de agrupamiento puede realizarse en función del ámbito donde se desarrolle la intervención, pudiendo ser residencial o comunitario.

Otra manera de organizar los tipos de intervención es aquella orientada a fortalecer el apoyo social, acrecentar las posibilidades de interacción social, propiciar una mejora en las habilidades sociales o trabajar sobre la cognición social desadaptativa (Masi et al., 2011; McWhirter, 1990; Perese y Wolf, 2005; Rook, 1984, como se citó en Sancho et al., 2020).

Jopling (2015, como se cita Sancho et al., 2020) plantea la importancia de incorporar entre los criterios de categorización de las intervenciones en soledad, a aquellos aspectos vinculados con la forma de llegar a las personas con sentimientos de soledad, la comprensión de esta problemática relacionándola con el ciclo vital de las personas y la forma de ofrecer apoyos tendientes a que la persona acceda a la intervención que le resulte necesaria. “Estos elementos que abordan el nivel micro o individual serían los denominados servicios base y constituyen el primer paso para conseguir llevar las intervenciones a las personas que los necesitan que, por diferentes motivos, no llegan a ellas” (Sancho et al., 2020, p. 30).

Por su parte, Yanguas Lezaun et al. (2020) plantean que si bien, por las características de los diseños metodológicos implementados y la falta de robustez en los mismos, aún no es posible precisar qué intervenciones son las más eficaces para mitigar estas problemáticas, existen ciertas particularidades de las intervenciones que favorecen la obtención de mejores resultados.

Estos autores plantean la diferencia existente en los desarrollos teóricos en relación con los diversos tipos de intervenciones que tienen como objetivo reducir la soledad y el aislamiento de las personas mayores. Agrupan las mismas en intervenciones individuales y grupales.

Muchas de las intervenciones individuales están centradas en la compañía. Si bien al-

gunas son realizadas por profesionales, la mayoría de las mismas son llevadas a cabo por personas voluntarias, en el domicilio de la persona mayor, en su mayoría. En algunos casos, se favorece la salida del hogar y la realización de actividades. Estas intervenciones también se desarrollan bajo la modalidad telefónica.

Las intervenciones grupales están orientadas a aumentar la participación social de las personas mayores, incrementando su bienestar y mejorando su calidad de vida. Entre las mismas, se pueden mencionar los grupos de apoyo para diferentes tipos de patologías, los programas intergeneracionales y los talleres para personas mayores, entre otros.

En relación al tipo de intervenciones basadas en las nuevas tecnologías, se encuentran las diferentes aplicaciones que facilitan la comunicación a distancia con otras personas. Si bien cada vez más personas mayores encuentran en internet una herramienta para interactuar con otras personas, la brecha digital aún está presente y pone en evidencia las limitaciones de este tipo de intervenciones.

En una revisión de intervenciones (Dickens et al., 2011, como se citó en Yanguas Lezaun, 2020) se observó que el tipo de intervenciones grupales de apoyo fueron las más beneficiosas en relación a la mejoría en los niveles de salud, el incremento en la participación social y la reducción de la soledad. Un dato que resulta interesante, para el diseño de futuras intervenciones, es el aumento de la sensación de control sobre las actividades que realizaban, que reportaron las personas mayores luego de participar de los grupos. Las actividades que incluían la dimensión educativa fueron las que demostraron mayor efectividad.

En “Soledad - Guía para la acción”, Marsillas y del Barrio (2022) clasifican los diferentes tipos de intervenciones según sean de abordaje directo o se desarrollen en relación al entorno de

la persona mayor. Dentro del primer grupo se incluyen aquellas intervenciones orientadas a fomentar y hacer posibles las conexiones sociales, así como intervenciones que buscan brindar apoyo para que las personas puedan mantener las relaciones actuales y aquellas que están orientadas a modificar el modo en que las personas mayores piensan sus relaciones. En el segundo grupo se incluyen aquellas intervenciones que se orientan a generar facilitadores estructurales que colaboren en la prevención de la soledad en aquellas personas mayores que presenten factores de riesgo. Entre estos facilitadores se incluyen el trabajo en el vecindario, el desarrollo de proyectos comunitarios, la participación en voluntariados y la construcción de una mirada real y positiva sobre el envejecimiento.

Iacub et al. (2023) sostienen que el sistema de salud es el lugar privilegiado de conexión con la comunidad, por ello, resulta fundamental que los servicios de atención puedan identificar a las personas con riesgo de aislamiento social o soledad no deseada, para poder desarrollar las estrategias preventivas necesarias. Es necesario también, que las personas mayores tengan la información de los riesgos para su salud física y psíquica asociados a estas problemáticas, para poder tomar decisiones adecuadas.

En la misma línea, resulta fundamental la participación de los equipos de atención para poner en práctica programas que incorporen la prescripción socio-sanitaria entre sus intervenciones. Entre estas recomendaciones, los/as profesionales podrán incorporar todos los recursos socio-sanitarios presentes en su comunidad (espacio socio-recreativos, talleres, entre otros). De este modo, se abordan las necesidades de las personas mayores de forma integral, buscando mejorar su calidad de vida (OISS, 2020).

Iacub et al. (2023) plantean que son necesarias acciones en tres planos diferentes:

Sensibilizar e informar

-Divulgar la temática de la soledad y el aislamiento, tanto en relación a los riesgos que conllevan como a la dificultad de su detección en relación con el estigma asociado. La producción de guías acerca de la temática, tanto para las personas mayores, sus redes sociales, los equipos de salud y a la comunidad en general, deberán ofrecer contenidos claros y adecuados a cada sector (OISS, 2020).

Prevenir

-Brindar información local sobre los espacios de inserción para personas mayores (centros de personas mayores, programas universitarios para la tercera edad, voluntariados, entre otros).

- Fomentar la participación en espacios grupales.

-Generar espacios de alfabetización digital. “La inclusión digital no es simplemente una capacitación tecnológica ni un problema técnico que se debe solucionar: en efecto, es un derecho y una oportunidad para garantizar la plena participación social y, con ella, construir una ciudadanía digital activa” (OISS, 2020).

- Diseñar diferentes tipos de instancias, dentro de la comunidad, de detección de personas en riesgo de soledad e incorporar en el sistema de salud instancias de detección de personas en situación de soledad o con mayor riesgo de padecerla para, de este modo, poder intervenir tempranamente.

Abordar

-Psicoeducación sanitaria individual y grupal. Explicar los cambios esperables en esta etapa de la vida posibilita transitar la misma con mejores herramientas. Esta estrategia ayuda a despejar temores fundamentados en ideas erróneas, la información precisa en el momento adecuado es de vital importancia (OISS, 2020).

-Evaluar los componentes de la situación de soledad de la persona mayor con el objetivo de diseñar un esquema de intervención ajustado a sus necesidades (OISS, 2020).

-Derivar a dispositivos de participación en la comunidad. Existen múltiples opciones de instituciones que promueven la participación de las personas mayores en la comunidad, como, por ejemplo, Clubes de Día, Centros de Jubilados, Turismo Social, Colonias de Vacaciones, Programas Universitarios para Personas Mayores, entre otros (OISS, 2020).

-Brindar contención y acompañamiento psicológico. En situaciones que lo requieran, es importante realizar una consulta con profesional capacitado en psicogerontología. Puede buscarse por motivación personal o por sugerencia de personas de su entorno (familiares, amistades y/o coordinadores de espacios grupales a los que asista) (OISS, 2020).

-Promover primeros auxilios psicológicos. El objetivo es brindar herramientas sencillas que aporten recursos y contención en momentos de soledad o aislamiento, a través de acompañamiento telefónico o de servicios ubicados en los centros de salud (OISS, 2020).

-Facilitar. Mejorar la accesibilidad arquitectónica y urbanística para posibilitar los encuentros. En este sentido es de gran importancia que las veredas, los tiempos de los semáforos, entre otros, sean accesibles a los tiempos y recursos de las personas mayores.

-Mejorar habilidades sociales. Participar de espacios grupales donde se puedan adquirir conocimientos acerca de cómo mejorar la interacción con los demás y entrenar estrategias, colaborar para mejorar las relaciones y el bienestar subjetivo. Las habilidades sociales se pueden entrenar tanto en relación a lo que se expresa como a las acciones. Si bien es recomendable abordar esta temática en espacios grupales, también se puede incorporar esta estrategia en dispositivos individuales (pp. 10-11).

3.6. El impacto de la pandemia y la problemática de la soledad no deseada

La pandemia de COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, tuvo un fuerte impacto en la población, pero especialmente en las personas mayores, quienes fueron consideradas como uno de los principales grupos de riesgo, al ser una población más susceptible al contagio y al desarrollo de sintomatología grave, debido a la mayor presencia de comorbilidades, enfermedades crónicas o discapacidades.

Como medida de prevención, los Estados implementaron políticas de aislamiento o confinamiento obligatorio y medidas de restricción del contacto social. Esta situación implicó el cambio de hábitos y rutinas de la población, y repercutió, de forma directa, en aspectos como la reducción de la actividad física, la limitación de la participación comunitaria, la transforma-

ción de los vínculos sociales, la aparición de malestar psicológico, entre otros.

En este marco, diferentes estudios han evidenciado cómo la pandemia del COVID-19 ha visibilizado y acentuado la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento, así como sus efectos negativos en el bienestar de la población mayor. Pinazo (2020) plantea que, además del impacto en la salud de las personas mayores, la pandemia y los cambios producidos por las políticas de aislamiento, afectaron, de manera considerable, la salud psicológica y emocional de las personas. Por su parte, Torío López (2021) sostiene que la mayor parte de las personas mayores experimentaron situaciones de soledad durante la pandemia, afectando desde emociones hasta procesos cognitivos y situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, incluyendo transformaciones significativas a nivel interpersonal, social y cultural.

Otras investigaciones se han orientado a evaluar desde una perspectiva empírica el impacto de la pandemia y del confinamiento en la población mayor. De acuerdo a los resultados de la Encuesta sobre el impacto del COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores, realizada por el Observatorio de la soledad en la ciudad de Barcelona (2020), el 41% de las personas mayores encuestadas manifestó haber aumentado su sentimiento de soledad durante el confinamiento producido por la pandemia de COVID-19. Dentro de este grupo, resulta posible destacar tres factores principales relacionados con este incremento del sentimiento de soledad: el factor relacional, ya que el 43% asoció dicho crecimiento con la disminución, limitación o ausencia de contactos sociales y personales; el factor existencial, en tanto el 21% lo relacionó con los sentimientos de angustia, vacío, tristeza, desesperanza o desmotivación provocados por la pandemia; y el factor del aislamiento físico causado por las medidas de confinamiento implementadas, motivo destacado por el 16% de las personas mayores que percibieron dicho incremento.

Por su parte, según el estudio realizado por la Fundación “La Caixa” (García González, Montero, Grande, 2021) en la región de Andalucía, el sentimiento de soledad en la población mayor aumentó del 47% al 56% durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19. Asimismo, este porcentaje fue mayor en el segmento de las mujeres mayores: un 62% indicó tener sentimientos de soledad durante el confinamiento, mientras que en el caso de los varones, la incidencia de este sentimiento fue del 50%. Por otro lado, durante la pandemia, la soledad aumentó, de forma considerable, entre las personas de 65 a 79 años, mientras que la población mayor a 80 años que presentaba niveles más altos de soledad antes del confinamiento, no registró aumentos significativos.

El estudio realizado por Campo et al. (2021) buscó reconocer las variables que inciden en el sentimiento de soledad en la población mayor residente en la ciudad de Buenos Aires, en el contexto del aislamiento social obligatorio dispuesto en el marco de la pandemia por COVID-19. En este sentido, la encuesta realizada arrojó que el 37,6% de la población percibió sentimientos de soledad, considerando que las variables más relevantes frente al sentimiento de soledad son ser mujer, pertenecer al segmento etario de 65 a 69 años, habitar en hogares nucleares incompletos y poseer bajos recursos económicos.

El estudio realizado por ONU Mujeres (2022) buscó aportar información respecto al impacto psicosocial de la pandemia del COVID-19 en el grupo específico de las mujeres adultas mayores en Argentina. Para ello, se utilizó una metodología mixta que combinó los abordajes cualitativo y cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 300 mujeres mayores, residentes en las diferentes regiones argentinas. Entre los resultados que arrojó la investigación se puede observar cómo las mujeres mayores presentaron diferencias en el impacto en su vida cotidiana, dependiendo de si vivían solas o con más personas. Han desarrollado meca-

nismos adaptativos que les permitieron transitar esta etapa con mayor bienestar. Si bien en la mayoría de los casos la salud física se mantuvo, la cuarta parte de las mujeres entrevistadas refirió un empeoramiento de su salud vinculado, mayormente, con la disminución de la actividad física y/o la postergación de controles médicos. En cuanto al impacto psicológico, refirieron haber experimentado una serie de emociones, como ser tristeza, miedo, ansiedad, irritabilidad, intolerancia, entre otros. En relación con los aspectos psicosociales, destacaron la disminución o pérdida del contacto presencial y físico, con familiares y amistades, como uno de los cambios más significativos.

La investigación realizada por Iacub et al. (2020) buscó relevar los efectos emocionales de la pandemia en personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se realizó una encuesta telefónica a 757 personas mayores durante los primeros meses del aislamiento social preventivo. Entre los resultados obtenidos se destaca el nivel alto de regulación emocional presente entre las personas mayores encuestadas, hallándose un elevado nivel de bienestar. Se pudo observar una diferencia entre las personas mayores de menor edad, que manifestaron experimentar más emociones ligadas a mayor irritabilidad, ansiedad, miedo, entre otras. Además de las personas mayores de menor edad, los grupos en los que se pudo observar un menor nivel de regulación emocional es el de las mujeres, los que conviven con grupos familiares y aquellos que tienen menor nivel educativo.

La situación del aislamiento físico producida por la pandemia de COVID-19, sin dudas, habilitó la reflexión sobre la soledad en las personas mayores y permitió considerarlo como un tema de relevancia a ser abordado principalmente por las políticas públicas.

De esta manera, los Estados tuvieron que implementar acciones para limitar el impacto de la crisis y aplicar medidas específicas para

dar respuesta a los problemas más importantes aparejados por la emergencia sanitaria. En relación a la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores, tal como fue detallado en el Boletín N° 21 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (PICS-PAM, 2020), los países de la región readeclararon políticas preexistentes y/o implementaron nuevas acciones con el objetivo de mitigar los efectos negativos de la pandemia respecto a esta problemática.

En Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSS-JP) desarrolló una plataforma digital denominada “Comunidad PAMI”, que tuvo como objetivo brindar diferentes propuestas recreativas, culturales, e informativas, así como la generación de un espacio de intercambio de experiencias destinado a personas mayores, con el propósito de acompañar las situaciones de confinamiento y aislamiento físico. Esto incluyó la implementación de talleres virtuales sobre el uso de herramientas digitales, actividad física, yoga, hábitos saludables, canto, recetas de cocina, entre otros, así como la publicación de materiales recreativos, propuestas culturales y recomendaciones sociosanitarias.

Asimismo, se constituyó una red de personas voluntarias dedicadas a brindar contención, escucha, y apoyo afectivo y emocional, coordinada por un equipo de profesionales del área psico-social, quienes se encargaron de generar un vínculo telefónico y/o digital con aquellas personas mayores afiliadas que solicitaban ser contactadas y acompañadas por esta red.

En Brasil, la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores del Ministerio de Mujeres, Familia y Derechos Humanos, junto con la Defensoría del Pueblo Nacional, crearon una vía exclusiva dentro de la línea telefónica “Disque 100”, con el objetivo de brindar apoyo emocional, pautas preventivas y de autocuidado y una atención

especializada hacia las personas mayores en situación de aislamiento social.

En este caso, “Disque 100” es un dispositivo de atención telefónica creado en 1997 y administrado por la Defensoría del Pueblo Nacional, que funciona como un canal de información y denuncia sobre posibles abusos y/o violaciones de derechos o informes de agresión y malos tratos para la población en general. Ahora bien, en el marco de la pandemia por COVID-19, se creó dentro de este servicio telefónico preexistente, una vía exclusiva para el acompañamiento de personas mayores en situaciones de aislamiento y soledad no deseada.

Para ello, se diseñó un Protocolo de Servicio específico y se desarrollaron capacitaciones para las personas que atienden la línea telefónica, sobre el enfoque, la información y el trato hacia la población mayor que realiza las llamadas.

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) implementó un conjunto de medidas orientadas a evitar la soledad de las personas adultas mayores y garantizar su calidad de vida en el contexto de aislamiento social. Entre ellas, resulta posible destacar el fortalecimiento del Fono Mayor, una línea telefónica gratuita que, al igual que en Brasil, venía funcionando con el objetivo de resolver dudas y hacer consultas relativas a la oferta programática del Estado para las personas mayores. En el contexto de la pandemia del COVID-19 se decidió reorientar el trabajo de esta línea telefónica para otorgar contención emocional y acompañamiento psicológico a través de un equipo integrado por trabajadores sociales y profesionales del área psico-social del SENAMA, acompañado por una red de colaboradores integrantes del voluntariado “Yo Te Ayudo”.

Asimismo, para los grupos de mayor fragilidad, el SENAMA brindó el Servicio de Teleasistencia, a través de la entrega de un aparato celular habilitado con un software que funciona como botón de pánico y cuenta con datos móviles y

minutos ilimitados para comunicarse con tele-operadores especialistas en Gerontología y con sus contactos significativos. En el Programa Cuidados Domiciliarios se crearon pautas de acción para mantener su funcionamiento, minimizando los riesgos de contagio.

En España, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) trabaja la problemática de la soledad no deseada de las personas mayores con anterioridad a la pandemia. Sin embargo, la crisis sociosanitaria por el COVID-19 obligó a fortalecer y profundizar dichas acciones. En 2020 se trabajó en la elaboración de una Estrategia Nacional contra la Soledad No Deseada en las Personas Mayores que incluyó medidas de corto, mediano y largo plazo para la prevención y el abordaje de esta problemática.

De esta manera, la Estrategia Nacional tuvo como principales objetivos sensibilizar a toda la población y a las organizaciones de la sociedad civil, sobre la responsabilidad de participar en la construcción de una sociedad respetuosa con los derechos de las personas mayores; desarrollar la sociabilidad de las personas mayores fomentando, a través de la familia, de los servicios sociales y del voluntariado, las relaciones interpersonales; concentrar los programas en las personas mayores con discapacidad, o en situación de dependencia que se ven obligadas a vivir en soledad; promover investigaciones y la recopilación de datos para hacer visible el alcance y características del problema de la soledad en personas mayores; promover la creación de un Fondo de Innovación, sostenido conjuntamente con empresas y fundaciones, que dote de recursos para investigar los medios más eficientes que necesita cada comunidad para ayudar a las personas a conectarse y establecer vínculos entre sus miembros; ofrecer y promover programas de formación de formadores para profesionales que trabajan con personas mayores, así como la elaboración de guías y recomendaciones destinadas a ayudar a las personas que se sienten solas; promover programas de

formación, apoyo y respiro, hacia las familias; mejorar la tasa de actividad de las personas mayores en los distintos dispositivos existentes en su entorno, tales como centros de mayores, lúdicos y deportivos; y realizar Campañas de Sensibilización.

En México, el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de Campeche, espacio creado en 2016, que promueve la participación e integración social, económica y cultural de las personas mayores, a través de la prestación de servicios de salud y diversas actividades académicas y recreativas, creó la iniciativa “Contigo en la Distancia”, con el objetivo de garantizar, de forma virtual, la atención de las personas mayores en el contexto de confinamiento forzado por la pandemia de COVID-19. De esta manera, esta estrategia permitió brindar información sobre las recomendaciones sociosanitarias y prácticas de autocuidado, materiales para la contención emocional, así como implementar estrategias de intervención y seguimiento a través del uso de herramientas digitales.

Entre ellas, resulta posible destacar el envío de mensajes diarios a las personas mayores, mediante grupos de WhatsApp, con información y rutinas de ejercicios, actividades de estimulación cognitiva, recomendaciones alimenticias y hábitos saludables; la atención personalizada, vía telefónica, con nutricionistas y fisioterapeutas para consultas y seguimientos específicos; la realización de actividades académicas, culturales y recreativas, mediante videollamadas individuales o grupales; y la difusión de videos informativos relacionados con temas de la pandemia, las acciones preventivas y las medidas de mitigación, así como temas médicos de interés enfocados, primordialmente, en la prevención.

Asimismo, esta estrategia fue acompañada de visitas presenciales a las personas mayores que viven solas, y el apoyo para el desarrollo de algunas actividades como la realización de compras y trámites.

En Paraguay, el Instituto de Previsión Social (IPS) impulsa los Clubes “Vida Plena”, que han sido conformados en distintas localidades de todo el país, con el propósito principal de generar acciones que contemplen la promoción, la prevención y la protección de la salud de las personas mayores, con un enfoque desde el envejecimiento activo. Si bien el aislamiento preventivo implementado por COVID-19 determinó el cese de las actividades presenciales en estos dispositivos, el IPS impulsó un cambio en la modalidad de participación bajo la opción digital y a distancia, con el objetivo de generar acciones que minimicen los efectos negativos del aislamiento social, garantizando la continuidad de las actividades y acompañando a las personas mayores durante este contexto.

Esta medida implicó el acompañamiento y la asistencia a las personas mayores a través de llamadas telefónicas y/o videollamadas, de manera individualizada, vía telemedicina preventiva o grupales mediante espacios virtuales de recreación y educación, adaptados para sostener la sociabilidad y fomentar hábitos saludables que prevengan situaciones de soledad no deseada y de depresión en los diferentes grupos de participantes. Además, de forma complementaria, se constituyó un espacio de consejería orientada a las redes socio-familiares de las personas mayores.

En República Dominicana, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) desarrolló un dispositivo de atención psicológica, en modalidad virtual, mediante servicios de teleasistencia, llamadas telefónicas, videollamadas o reuniones virtuales, que tuvo como objetivo la evaluación de los procesos cognitivos y afectivos de las personas mayores que lo requieran, a través de la administración de una serie de instrumentos que valoran diversas dimensiones: la función cognitiva, haciendo énfasis en la memoria y la orientación (Escala “Pfeiffer”), cuantifica posibles síntomas depresivos (Escala de “Depresión Geriátrica GDS-15”) y mide la soledad social a partir de la experiencia sub-

jetiva de insatisfacción frente a la sociedad en la que las personas mayores viven, en términos de estilos de vida, de valores y de usos de nuevas tecnologías (“Escala Este II”).

Posteriormente, el equipo de atención psicológica de CONAPE, de acuerdo a los resultados obtenidos, complementa esta acción a partir de una segunda instancia, donde se elaboraba un plan de intervenciones con el propósito de favorecer y estimular la integración y participación social de las personas mayores participantes. Algunas de las intervenciones posibles podrían ser la terapia cognitiva-conductual, el acompañamiento emocional, la rehabilitación cognitiva, e instancias de psicoeducación familiar, entre otras.

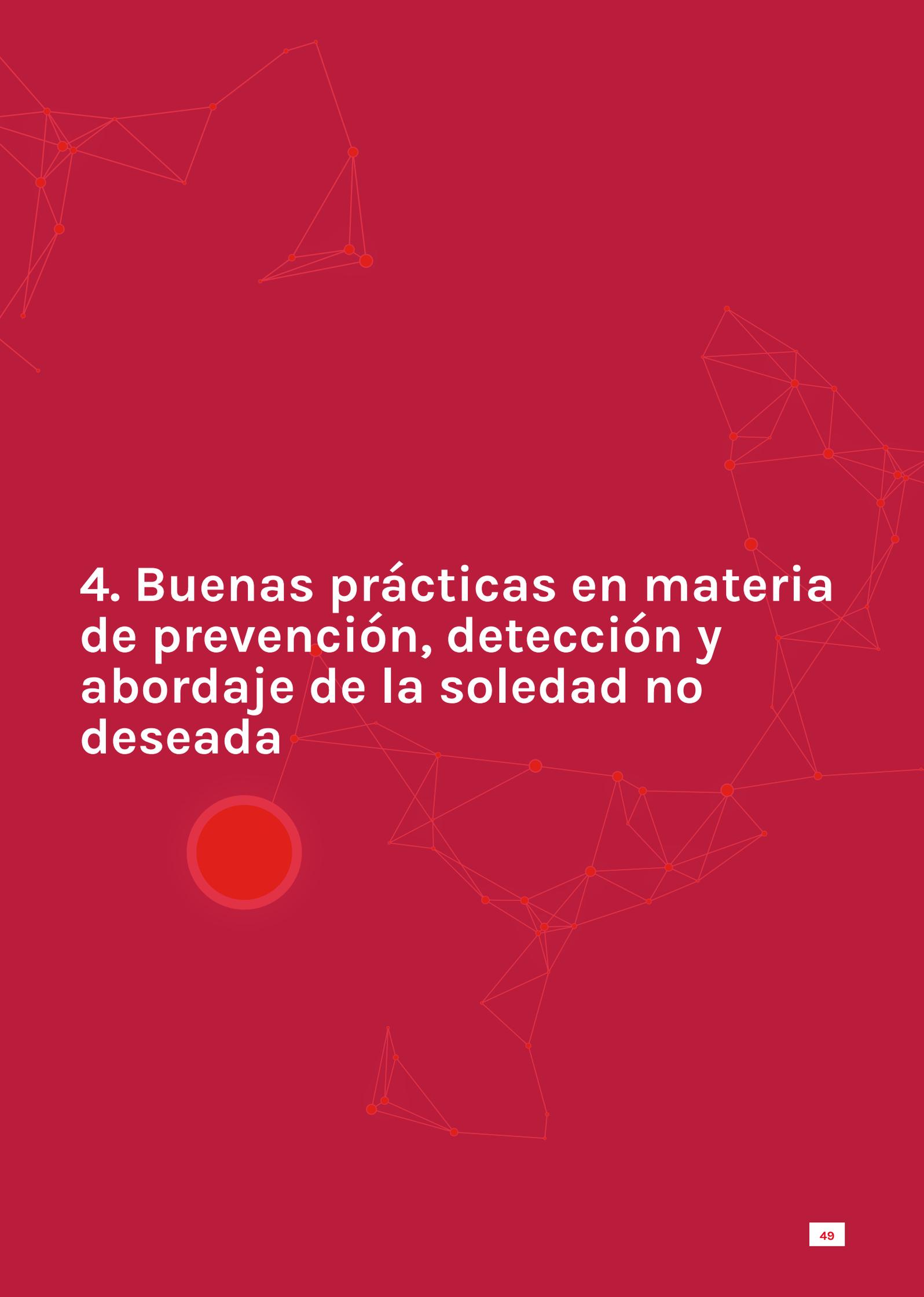
En Uruguay, desde el año 2015 funciona el Plan Ibirapitá, diseñado e implementado por el Centro Ceiba, de manera conjunta con el Programa Nacional de Voluntariado del Ministerio de Desarrollo Social, el cual tiene como objetivo promover la inclusión digital y fortalecer el tejido intra e intergeneracional, mediante el uso y apropiación de las nuevas tecnologías, buscando contribuir al empoderamiento de las personas mayores, generando instancias y contenidos para evitar el aislamiento y la soledad.

En el contexto de la pandemia por COVID-19 el Plan Ibirapitá reconfiguró sus acciones, pasando de la modalidad presencial a la virtual,

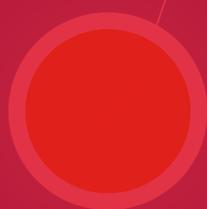
generando nuevas estrategias de acompañamiento y contención para quienes se encontraron en situaciones de aislamiento, ayudando a mitigar algunas de las consecuencias socioemocionales que puedan surgir de las mismas, potenciar el empoderamiento de las personas mayores, evitar los sentimientos negativos de la soledad y, al mismo tiempo, continuar disminuyendo la brecha digital.

De forma complementaria, los equipos técnicos del Instituto Nacional de Personas Mayores (INMAYORES) detectaron la necesidad de generar espacios de formación para las nuevas personas voluntarias que fueran a acompañar a las personas mayores, de manera tal de garantizar el respeto de sus derechos. De esta manera, las instancias de capacitación destinadas a las personas voluntarias abordaron diferentes conceptos acerca de la vejez y el envejecimiento desde un enfoque de derechos humanos.

A partir de lo anteriormente expuesto, que permitió conocer el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en las personas mayores de Iberoamérica y las medidas que se han implementado en los diferentes países, para prevenir y afrontar las problemáticas de la soledad no deseada y el aislamiento social, se expondrán en el siguiente apartado las medidas actuales que se desarrollan para abordar estas problemáticas.



4. Buenas prácticas en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada



4. Buenas prácticas en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada

Para relevar las buenas prácticas que los distintos países se encuentran desarrollando en materia de prevención, detección y abordaje de la soledad no deseada en personas mayores, se elaboró una ficha de relevamiento de programas, la cual fue completada por cada una de las instituciones miembro del PICSPAM³. Una vez sistematizada la información recolectada, se analizaron las políticas, programas y servicios a partir de las siguientes dimensiones:

1. **Tipo de intervención:** esta dimensión permite distinguir entre acciones genéricas (o indirectas), es decir, aquellas que apuntan a mejorar diferentes aspectos de la vida de las personas, entre los que se encuentra la soledad; y acciones específicas (o directas), esto es aquellas que han sido diseñadas para abordar y reducir la problemática de las soledades de manera directa.

2. **Modalidad.** Esta dimensión permite clasificar a las acciones que tienen como destinatarios a las personas mayores en individuales o grupales, de acuerdo a su formato.

3. **Función de la intervención:** esta dimensión permite distinguir el tipo de función que cumple la acción en cuestión. De esta manera, las intervenciones pueden estar orientadas a:

- a) Mejorar el apoyo social de personas mayores con redes sociales débiles, que padecieron pérdidas personales, o con necesidades de cuidado y compañía.
- b) Aumentar las oportunidades de contacto social, es decir, favorecer

el contacto y la interacción social de personas mayores que se encuentran aisladas o con escaso contacto debido a problemas de salud o de entorno.

- c) Mejorar las habilidades sociales, como las conversaciones cara a cara y por teléfono.

4. **Estrategia de intervención:** esta dimensión permite clasificar las acciones de acuerdo a si implican estrategias de sensibilización, de prevención o de abordaje.

La sensibilización hace referencia a la divulgación de la temática de la soledad y el aislamiento. La prevención hace referencia a las acciones destinadas a evitar las situaciones de soledad y aislamiento, en otras palabras, aquellas que brindan información sobre los espacios de inserción para personas mayores (centros de personas mayores, programas universitarios, voluntariados, entre otros), que promueven la participación en espacios grupales, o que generan espacios de alfabetización digital. El abordaje refiere a aquellas acciones destinadas a personas mayores que ya se encuentran atravesando situaciones de soledad y/o aislamiento, y se basan en brindar herramientas para enfrentar dicha problemática, en evaluar las situaciones de soledad y proponer estrategias de intervención o derivación para su atención, en mejorar la accesibilidad arquitectónica y urbanística para posibilitar los encuentros, en brindar servicios como los dispositivos de Clubes o Centros de Día, Centros de Jubilados, Turismo Social, Colonias de Vacaciones, Programas Universitarios para personas mayores, o en desarrollar acciones que permiten generar habilidades sociales.

³ Ver Ficha de relevamiento de programas en el Anexo.

Si bien tanto las acciones genéricas (o indirectas) como las específicas (o directas), tomando en cuenta las distintas estrategias de intervención y modalidades existentes, son importantes para combatir la soledad de las personas mayores, son las acciones específicas las que, en mayor medida, permiten dar cuenta de la relevancia de esta problemática en la agenda pública, priorizando esta situación y destinando recursos humanos y presupuestarios para combatir, de forma directa, un problema que se considera grave para el bienestar de la población mayor.

Un ejemplo de ello es Reino Unido, que creó en 2018 el primer Ministerio de Gobierno para abordar la Soledad junto a una Estrategia intergubernamental en consonancia. De esta manera, se aborda la problemática de la soledad de manera integral, considerando a todos los grupos de edad, pero priorizando a las personas jóvenes y a las personas mayores (Government of the United Kingdom, 2018).

España, por su parte, si bien no cuenta con un organismo dedicado exclusivamente a esta problemática, se encuentra en proceso de elaboración de la Estrategia Nacional contra la Soledad No Deseada en las Personas Mayores, dependiente del Ministerio de Políticas Sociales y Agenda 2030, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (PICSPAM, 2020).

Japón cuenta con el Ministerio de la Soledad y el Aislamiento creado en 2021 para combatir la soledad no deseada. Según un informe realizado por el gobierno de Japón, la soledad afecta a más de 16 millones de personas, en especial, a las personas mayores que se sienten abandonadas y a las personas jóvenes que sienten la soledad, dado que no pueden adaptarse a las presiones de la sociedad moderna (Observatorio estatal de la soledad no deseada, 2021).

Estos tres ejemplos muestran la jerarquía que los gobiernos de estos países le han otorgado al tratamiento de un tema tan grave que im-

pacta no solo en la calidad de vida de las personas, sino también en los sistemas de salud y protección social. El rango ministerial permite una asignación presupuestaria, una gestión y un abordaje específico que, sin duda, tendrá mucho más impacto que cuando estas acciones no están explícitamente manifestadas en las estructuras organizacionales. En los países de la región son pocas las acciones directas que se están implementando, ya que, por lo general, los programas o servicios tienen otros objetivos prioritarios y la temática de la soledad y el aislamiento aparece como uno más entre otros. En muchos casos, las acciones que terminan dando respuesta a la problemática de la soledad y aislamiento, no son identificadas como tales y, por lo tanto, no suelen ser priorizadas.

A continuación, se detallan las acciones destacadas en cada uno de los países miembros del Programa Iberoamericano, analizando sus características de acuerdo a las categorías seleccionadas.

4.1. Brasil

En el caso de Brasil las políticas que se analizaron fueron las presentadas por la Secretaría Nacional para los Derechos de las Personas Mayores (SNDPI), dependiente del Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía (MDHC). Como se observa en las Tablas 11, 12, 13 y 14 Brasil presenta ocho programas, de los cuales cinco abordan las soledades de manera específica y tres, de manera genérica.

Un programa a destacar es “Envejecimiento en los territorios”, el cual tiene como objetivo la formación de agentes locales en la temática de los derechos humanos de las personas mayores. Una vez capacitados, cada agente, a través de visitas domiciliarias, realiza el monitoreo de 150 a 200 personas mayores de su comunidad. Asimismo, en el marco de dichas visitas aplica dos cuestionarios para el seguimiento

de cada persona: uno evalúa la situación socioeconómica y otro releva el cumplimiento de los derechos humanos y la identificación de posibles violaciones a los mismos. Si bien la intervención es de tipo genérica, el trabajo en territorio sobre la violación de los derechos humanos tiene impacto como mecanismo para evitar o identificar situaciones de aislamiento y soledad.

Otro programa a destacar es el denominado “Viva más ciudadanía”, que consiste en empoderar a las personas mayores. Su objetivo radica en brindar información para combatir toda

forma de violencia y discriminación, fortaleciendo la ciudadanía. Representa una acción genérica, promueve la inclusión social a través de la participación en los talleres grupales y la posibilidad de formar nuevas redes y, por ello, resulta una gran estrategia para combatir el aislamiento social y la soledad.

Es importante mencionar que todas las acciones que viene realizando la SNDPI resultan relevantes, ya que, de manera directa o indirecta, permiten mejorar el apoyo social y aumentar las oportunidades de contacto social de las personas mayores.

Tabla 12

Análisis de los programas y servicios informados por la SNDPI. Brasil, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Envejecimiento en los territorios Secretaría Nacional de Derechos Humanos	Promover el derecho al envejecimiento y garantizar el cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas mayores a través de la formación de agentes locales, promotores de derechos, encargados de evaluar la situación de las personas mayores que residen en municipios con altos índices de envejecimiento y de privación socioeconómica, así como de la construcción o el fortalecimiento de las articulaciones institucionales que posibiliten la efectividad de la política para las personas mayores en los territorios.	Formación de agentes locales promotores de los Derechos Humanos de las Personas Mayores Evaluación de la situación de las personas mayores residentes en municipios con altos índices de envejecimiento y de privación socioeconómica. Articulaciones institucionales para el cumplimiento de derechos	Individual	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
Viva Más Ciudadanía Secretaría Nacional de Derechos Humanos	Promover derechos y fortalecer la ciudadanía de las personas mayores que se encuentran situación de vulnerabilidad o son víctimas de discriminación, a través de la generación espacios de participación, inclusión y formación que tienen como propósito concientizar sobre los derechos de este grupo poblacional y combatir toda forma de violencia y discriminación.	Talleres de formación y concientización sobre los derechos de las personas mayores / Talleres de alfabetización digital	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 13

Análisis de los programas y servicios informados por la SNDPI. Brasil, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa Paraná Travels +60 Coordinación General de Políticas Públicas para Personas Mayores de la Secretaría de la mujer, igualdad racial y personas mayores del Estado de Paraná	Garantizar el derecho al acceso de la población mayor a actividades turísticas, el ocio y la cultura.	Desarrollo de actividades turísticas y culturales destinado a personas mayores de los municipios seleccionados	Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención
Programa de Viviendas Larga Vida Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, y la Secretaría de Desarrollo Social del Estado de San Pablo	Garantizar el acceso a una vivienda digna a personas mayores solas o con vínculos familiares frágiles, independientes para las actividades de la vida diaria, en situación de vulnerabilidad y riesgo social, con un ingreso mensual de hasta 2 salarios mínimos, promoviendo una mayor socialización de los residentes, rescatando el modelo comunitario	Construcción de complejos habitacionales con unidades autónomas, áreas comunes y un Centro Social, diseñados con criterios de accesibilidad y desde el paradigma comunitario, destinados a personas mayores solas o con redes insuficientes y que estén en situación de vulnerabilidad económica	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 14

Análisis de los programas y servicios informados por la SNDPI. Brasil, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
<p>Proyecto Vida Digna en el Hogar</p> <p>Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía en alianza con la Secretaría de Estado de Salud de Rio Grande do Norte</p>	<p>Promover la ciudadanía y los derechos humanos de las personas mayores encamadas o confinadas en sus hogares, especialmente el derecho a la salud, a la atención integral y a la asistencia social, con el objetivo de reducir la institucionalización de largo plazo y garantizar la dignidad humana de estas personas, así como de sus cuidadores.</p>	<p>Relevamiento de personas mayores postradas en cama o confinadas en sus hogares</p> <p>Otorgamiento del equipamiento de apoyo asistencial</p> <p>Seguimiento de los casos</p> <p>Implementación de acciones preventivas y promocionales de salud</p>	Individual	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
<p>Programa Paraná Cuida Más</p> <p>Coordinación General de Políticas Públicas para Personas Mayores de la Secretaría de la mujer, igualdad racial y personas mayores del Estado de Paraná</p>	<p>Promover el envejecimiento activo y saludable mediante la práctica de actividades físicas y estimulación cognitiva con personas mayores, favoreciendo la interacción entre personas, reduciendo los riesgos de soledad y aislamiento social, y fortaleciendo afectos positivos y apoyo social.</p>	<p>Desarrollo de actividades físicas y de estimulación cognitiva con personas mayores</p>	Grupal	Específica	Mejoran el apoyo social	Prevención

Tabla 15

Análisis de los programas y servicios informados por la SNDPI. Brasil, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa de acompañamiento para personas mayores Departamento de Salud del Municipio de San Pablo	Brindar atención domiciliaria a personas mayores en situación de fragilidad, vulnerabilidad social y aislamiento, favoreciendo la permanencia de las personas en sus entornos comunitarios	Asistencia y cuidados en domicilio para personas mayores	Individual	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
Programa de Mayor Atención Ciudad de Belo Horizonte	Mejorar y ampliar las acciones de promoción del envejecimiento activo y las acciones atención a la población mayor, que vive en situación de vulnerabilidad social	Asistencia y cuidados en domicilio para personas mayores	Individual	Genérica	Genérica Mejoran el apoyo social	Abordaje

4.2. Chile

En Chile las políticas que se analizaron fueron las presentadas por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Del análisis de las Tablas 15,16, 17, 18 y 19 se observa que, de los cinco programas presentados, dos proponen intervenciones específicas y tres corresponden a intervenciones de tipo genéricas. Los programas con intervenciones específicas o directas “Comunidades que cuidan” y el servicio de “Acompañamiento telefónico mayor” (ATM).

El programa “Comunidades que cuidan” presenta dos componentes que se corresponden con acciones directas destinadas a combatir el aislamiento y la soledad. Por una parte, el componente de vinculación y coordinación comunitaria, en el que se desarrollan actividades de fortalecimiento de las conexiones entre las personas mayores y las redes de apoyo formales e informales. Por otra parte, el componente de integración y participación comunitaria, el

cual pone en marcha actividades que fomentan la integración de las personas mayores en jornadas comunitarias.

El servicio de “Acompañamiento telefónico mayor” (ATM), tiene como objetivo fomentar el bienestar emocional de las personas mayores, a través de un espacio telefónico de comunicación, compañía y escucha activa de personas voluntarias capacitadas. Este tipo de servicios resultan fundamentales para dar compañía y combatir la soledad. Por ejemplo, la tasa de uso de teleasistencia en países europeos alcanza hasta un 11% entre las personas mayores de 65 años (Benedetti, F. et al., 2022).

Otro programa a destacar es “Condominios de viviendas tuteladas” que, si bien representa una intervención genérica, no solo consiste en otorgar una solución habitacional adecuada a las personas mayores vulnerables, sino que, además, proporciona un apoyo psicosocial y comunitario a las personas asinatarias de las

mismas, con la finalidad de promover la vinculación con la red social y comunitaria, contribuyendo con su integración y autonomía.

Es necesario mencionar que todas las acciones que viene realizando el SENAMA, tanto aquellas intervenciones específicas como ge-

néricas, aportan para el mejoramiento del apoyo social, aumentan oportunidades de contacto social y mejoran las habilidades sociales de las personas mayores. Por ello, su combinación resulta una buena estrategia para abordar la problemática de la soledad y el aislamiento en el país.

Tabla 16

Análisis de los programas y servicios informados por SENAMA. Chile, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Centros Diurnos Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	El Programa Centros Diurnos para el Adulto Mayor tiene como propósito que las personas mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social, conserven o mejoren su nivel de funcionalidad, manteniéndose en su entorno familiar y social.	<p>Centros Diurnos Comunitarios: buscan mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores con un grado de dependencia leve, permitiéndoles mantenerse en su entorno familiar y social. Los servicios que brindan se agrupan en tres áreas: Personal, Social y Comunitaria. En el área Personal, se establece un plan de atención integral, en el que se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) atención integral a la persona mayor; b) acciones de intervención del cuidador; c) servicios generales. <p>Centros Diurnos Referenciales: busca mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores con un grado de dependencia leve y/o moderada, manteniéndose en su entorno familiar y social. Entre otros servicios brinda atención integral a la persona mayor, por medio de terapias funcionales, cognitivas, socioafectivas y servicios de orientación para el domicilio.</p>	Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 17

Análisis de los programas y servicios informados por SENAMA. Chile, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Comunidades que Cuidan Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	Implementar en el territorio un modelo de atención comunitaria a través del apoyo y/o acompañamiento que realice el o la Agente de Bienestar Comunitario en base a las necesidades de las personas mayores.	<p>Promoción bienestar físico, emocional y social: Desarrollo de actividades de apoyo y acompañamiento en actividades de la vida cotidiana de las personas mayores.</p> <p>Vinculación y coordinación comunitaria: Desarrollo de actividades de fortalecimiento de las conexiones entre las personas mayores y redes de apoyo formales e informales. Trabajo intersectorial.</p> <p>Integración y participación comunitaria: Desarrollo de actividades que fomentan la integración de las personas mayores en jornadas comunitarias.</p> <p>Preparación y capacitación: Formación de voluntarios y capacitación de la red formal para personas mayores y agentes comunitarios.</p>	Individual	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 18

Análisis de los programas y servicios informados por SENAMA. Chile, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
<p>Condominio de Viviendas Tuteladas</p> <p>Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)</p>	<p>Contribuir a que personas mayores autovalentes en situación de vulnerabilidad, accedan a viviendas adecuadas a sus necesidades y a servicios de apoyo sociocomunitarios..</p>	<p>Plan de Intervención Psicosocial y Sociocomunitario: comprende la intervención psicosocial (Individual) y sociocomunitaria (grupal) y corresponde a un conjunto de acciones individuales y grupales dirigidas a las personas mayores residentes de los CVT, cuyo objetivo es brindar atención psicosocial directa y domiciliaria para la promoción de la autonomía, participación social y comunitaria, y el acceso a las redes de apoyo local, a través de un trabajo en red intersectorial a nivel local. Esta acción es planificada y ejecutada por el/la monitor/ha designado a cada condominio de viviendas.</p> <p>Conservación y/o reparación material de la vivienda: el operador deberá evaluar la conservación y/o reparación material de las viviendas, sede social del condominio y/o su entorno, la cual deberá realizarse durante la ejecución anual del convenio que se firme. Lo anterior aplica para los CVT que tienen un año o más de operación.</p>	Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 19

Análisis de los programas y servicios informados por SENAMA. Chile, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Fono Mayor Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	Acceso a información y gestión oportuna para la toma de decisiones, según las necesidades que planteen las personas mayores y la ciudadanía en general	Atención, asesoría, información y contención emocional. Línea telefónica gratuita a nivel nacional. El Fono Mayor de SENAMA es parte de la Sección de Atención Ciudadana (SIAC), bajo la Subdivisión de Promoción de Derechos de SENAMA. El Fono Mayor cuenta con un equipo de 6 profesionales especializados en Gerontología que atienden las consultas de las personas mayores y de la comunidad en general, que buscan orientación y guía para abordar los temas de vejez y envejecimiento.	Individual	Genérica	Mejoran las habilidades sociales	Prevención
Acompañamiento telefónico mayor (ATM) Fundación Amanoz "Juan Carlos Kantor"	Fomentar el bienestar emocional de las personas mayores usuarias del acompañamiento telefónico, a través de un espacio de comunicación, compañía y escucha activa por parte de voluntarios capacitados.		Individual	Específica	Mejoran las habilidades sociales	Abordaje

Tabla 20

Análisis de los programas y servicios informados por SENAMA. Chile, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Vínculos Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	Entregar herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares.	El programa consiste en brindar apoyo especializado a personas adultas mayores. Para esto, cada persona es acompañada por un monitor comunitario que a través de sesiones individuales en su domicilio y grupales, implementan un proceso de intervención en las áreas psicosocial y socio-ocupacional. Diagnóstico: El monitor comunitario identifica cuáles son las capacidades, necesidades y recursos de cada persona para luego iniciar su intervención psicosocial. Acompañamiento: Se extiende por 24 meses, y su objetivo es apoyar a las personas adultas mayores para que mejoren su bienestar, en áreas tales como: Autonomía Acceso y vinculación a Redes Salud Vivienda y entorno Seguridad Social Ingresos Educación	Individual	Específica	Mejoran las habilidades sociales	Abordaje

4.3. España

Para el análisis de las políticas españolas destinadas a combatir la soledad y el aislamiento se han tomado en cuenta aquellas relevadas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), dependiente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Algunas de ellas son propias (tres) y otras son responsabilidad de otras administraciones públicas (una regional y dos municipales). Todas ellas desarrolladas en 2023 y 2024. Del análisis de las Tablas 20, 21 y 22 es notorio observar que la totalidad de los programas enviados (seis) son intervenciones específicas (directas) para

abordar esta problemática. En España, hace años se viene estudiando y abordando la soledad no deseada y el aislamiento como un problema grave en las personas mayores, principalmente, por la sociedad civil. El primer estudio sobre la soledad en personas mayores en este país se realizó en 1975 (el Informe GAUR de la Confederación Española de Cajas de Ahorros) al que le siguieron un número muy importante de investigaciones desarrolladas a lo largo de estos años. El último estudio es el que arroja el Barómetro de la soledad no deseada (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024) o el estudio Coste de la soledad no deseada en España (Casal Rodríguez, et al., 2023).

Es un ámbito muy presente en la agenda política regional, municipal y nacional. Desde 2020, la actividad parlamentaria de todo el espectro político ha sido abundante, tanto las mociones en el Senado como varias proposiciones de Ley presentadas en el Congreso. Algunas de estas iniciativas se dirigían a las personas mayores en entorno rural, otras, en un sentido amplio, transversal e inclusivo de la sociedad en su conjunto, otras, vinculando su estrecha conexión con la salud mental.

En 2020 se aprueba una de las primeras estrategias frente a la soledad. En este caso, a cargo del Ayuntamiento de Barcelona 2020-2030, fruto de un intenso período de consultas, mapeo de recursos y encuestas por grupos específicos: infancia, juventud, discapacidad y personas mayores (Ayuntamiento Barcelona, 2021). En ese período se desarrollaron un buen número de planes y estrategias públicas, algunas dirigidas exclusivamente a personas mayores, como la del Ayuntamiento de Madrid (Portal Web del Ayuntamiento de Madrid). Otro ejemplo de marco estratégico es el de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2021) que cuenta con Plan Estratégico, más conceptual, de diagnóstico e identificación de áreas de trabajo en esa región bastante envejecida y con cierto aislamiento geográfico entre municipios. A este Plan Estratégico se une un Plan de Acción 2022-2025 que operativiza en 30 acciones en personas mayores el abordaje de esta situación.

Asimismo, se crearon alianzas público-privadas interesantes entre universidades y sociedad civil, entre administraciones públicas y sociedad civil (Fundación La Caixa) y varios ayuntamientos, como el programa “Siempre acompañados”.

Se han creado Observatorios de soledad como el Observatorio Aragonés de Soledad y el Observatorio estatal de soledad no deseada, SoledadES, financiado por Fundación ONCE y que ha desarrollado un trabajo de investigación y alianzas que no había antes. Por último, hay

algún observatorio de organizaciones de sociedad civil, como el de la Organización No Gubernamental Amigos de los Mayores.

Algunas empresas se están uniendo a la sensibilización y prevención en su ámbito, no solo en el sector de los cuidados o de las personas mayores, sino también en el de la comunicación y algunos otros.

Todos estos ejemplos son solo una pequeña muestra del enorme desarrollo y compromiso adquirido en los últimos años por gran parte de los actores institucionales y privados. Con relación al IMSERSO, hay que mencionar varios intentos de poner en marcha una estrategia, incluso antes de la pandemia. Lamentablemente, el primer intento fue interrumpido por la atención a las diversas emergencias. Durante 2021 y 2024 se ultimó un segundo borrador que partía de un nuevo análisis de esa nueva realidad, consultas específicas a actores de la academia, del sector sanitario y sociosanitario, ayuntamientos y tercer sector en sentido amplio que no llegó a ser aprobado en Consejo de Ministros. En 2025, dando continuidad a esos esfuerzos previos se llevará a cabo una consulta mucho más amplia y con el compromiso de ser transversal en todas las franjas etarias y situaciones de vulnerabilidad, con un enfoque de ciclo vital, y no circunscrito a una edad o situación concreta. No se quiere obviar el valor positivo de la soledad y el apoyo a una resiliencia en la persona y en la sociedad hacia factores de riesgo importantes.

Algunas acciones llevadas a cabo en estos años, aparte de las mencionadas en las Tablas, son un curso de formación a profesionales sanitarios y sociosanitarios de tres jornadas, disponible en canal Youtube. Se llevó a cabo una aproximación que recogía los principales impactos en los medios de comunicación escritos y audiovisuales fundamentalmente, y algo en redes en relación a los mensajes que se trasladaban a los contenidos asociados a soledad.

Ha habido bastante atención a la influencia de programas de turismo y/o termalismo en el bienestar de personas mayores y en la prevención y reducción de soledad. Estos programas son financiados por el IMSERSO. Tuvieron una primera valoración en 2023 y en 2025 se llevará a cabo un estudio con encuestas a personas usuarias y grupo control, para medir el impacto en salud mental y bienestar de estos programas en personas mayores, entre otras cuestiones.

El IMSERSO forma parte del Consejo Asesor Social de la profesión farmacéutica compuesta por más de una decena de entidades sociales que junto al IMSERSO ponen el foco en temas que afectan a la población y que proponen un decálogo de recomendaciones sobre un tema cada año. En 2024 se trabajó en la Soledad como reto compartido por todos (Instituto de Salud Global Barcelona - ISGlobal, 2025).

A continuación, se destacan algunos de los programas analizados:

a) “Servicio VinclesBCN”. Este servicio es brindado por el ayuntamiento de Barcelona y se encuentra dirigido a las personas mayores para reforzar y ampliar sus amistades. El objetivo principal es combatir la soledad no deseada, promoviendo las relaciones sociales de las personas mayores y mejorando su bienestar mediante el acceso y uso de las nuevas tecnologías. Consiste en una aplicación sencilla que se instala en una tableta o un teléfono celular inteligente. Esta aplicación permite la comunicación entre la persona usuaria, su familia y su círculo de amistades. La comunicación se hace en formato de mensaje de texto, fotografía y vídeo.

b) “Colaboración bilateral con farmacias para detección de soledad no deseada”. En el marco de esta iniciativa, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el IMSERSO, en 2023, firmaron un protocolo de actuación para la configuración de la Red de Farmacias contra la soledad no deseada. De esta manera, se capacita a las personas que trabajan en las farmacias para la detección y derivación de aquellas personas mayores que manifiestan esta problemática. Resulta una estrategia de alto impacto positivo, dado que las farmacias representan un lugar de concurrencia frecuente de las personas mayores, lo que estimula la generación de vínculos entre ellas y las personas que atienden.

c) El “Grupo motor sobre soledad” en centros adscritos al IMSERSO y el “Grupo de trabajo de políticas públicas en soledad” son acciones dirigidas a las personas que trabajan en las instituciones públicas del nivel local y regional con impacto en la gestión, como el personal del IMSERSO y otros organismos públicos. Se trata de acciones de coordinación, elaboración de diagnósticos, y diseño de políticas prevención y abordaje de la soledad y el aislamiento. La importancia de estos programas radica en que se ha incorporado en la agenda institucional la problemática, siendo una de las tareas más relevantes para su personal. De esta manera, la gestión de las acciones que se desarrollan dispone de un recurso humano entrenado y capacitado para llevarlas adelante.

Tabla 21

Análisis de los programas y servicios informados por el Gobierno de Aragón, Departamento social y de familia y el IMSERSO. España, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Teléfono de Atención al Mayor Gobierno de Aragón	Acceso a información y gestión oportuna para la toma de decisiones, según las necesidades que planteen las personas mayores y la ciudadanía en general	Atención telefónica / Atención social / Atención psicológica..	Individual	Específica	Mejoran las habilidades sociales	Abordaje
Colaboración bilateral con farmacias para detección de soledad no deseada. IMSERSO	Capacitar a farmacias en la detección de soledad e implementar protocolos para detectar y derivar evaluando el impacto.	Formación en soledad de farmacias comunitarias. Elaboración de Guía de ayuda a detección temprana. Implementación proyecto piloto en Aragón y otros. Protocolo de detección, derivación. Derivación a servicios sanitarios o sociales para abordaje.	Individua	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

Tabla 22

Análisis de los programas y servicios informados por IMSERSO. Responsable Ayuntamiento de Madrid. España, 202

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
<p>Proyecto Estratégico de Prevención de la Soledad no Deseada</p> <p>Organismo Autónomo Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid</p>	<p>Identificar y facilitar oportunidades de encuentro que posibiliten a la población madrileña la generación autónoma de relaciones interpersonales satisfactorias en su entorno cercano y en su vida cotidiana.</p>	<p>Actividades de sensibilización e información: charlas, participación en jornadas, cursos de formación, artículos, etc., a agentes colaboradores y población general.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de materiales de sensibilización: vídeos, blog, juegos interactivos, scape room, juegos de mesa, etc. - Organización de actividades de encuentro interpersonal de diversa índole: de bienestar personal, socioculturales, de fomento de actividad física, así como de entornos digitales y redes vecinales. - Establecimiento de itinerarios de intervención y seguimiento a las personas con sentimientos de soledad dentro de la estrategia de riesgo. - Coordinación con los agentes colaboradores de cada una de las zonas (21 distritos) de la ciudad. - Difusión de actividades mensuales a través de la web <p>www.soledadnodeseada.es</p>	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Sensibilización

Tabla 23

Análisis de los programas y servicios informados por el Ayuntamiento de Barcelona y el IMSERSO. España, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Servicio VinclesBCN	Identificar y combatir la soledad no deseada de las personas mayores mediante la tecnología.		Individual	Específica	Mejoran las habilidades sociales	Prevención
Grupo de Trabajo de políticas públicas en soledad. Ayuntamiento de Barcelona IMSERSO junto a otras entidades públicas municipales y regionales	Generar y gestionar conocimiento desde la coordinación de instituciones públicas activas en la lucha contra la soledad.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación entre instituciones públicas de distinto nivel: local, regional y nacional. - Reuniones virtuales. - Información compartida. - Propuesta multiterritorial, multiactor y multinivel. 		Específica	Mejoran la gestión de los programas para combatir la soledad	Prevención
Grupo Motor sobre soledad en centros adscritos IMSERSO	Poner en común las iniciativas exitosas en soledad y mejora del conocimiento en soledad sobre personas con discapacidad y familias, personas con enfermedades raras, personas con demencias y personas institucionalizadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Formación interna. - Diagnóstico de necesidades y de fortalezas en prevención, detección y abordaje de soledad. - Referencias en ámbito académico o institucional de interés investigación. - Trabajo en plataforma telemática con reuniones mensuales por temáticas y reuniones plenarias. - Jornadas. - Extraer aprendizajes de la experiencia de los centros para compartir y servir de posible referente a otros centros sociosanitarios. 		Específica	Mejoran la gestión de los programas para combatir la soledad	Sensibilización

Más allá del relevamiento de programas específicos para abordar la soledad, España presenta un importante desarrollo de programas y servicios sociales que resulta pertinente incorporar en el presente estudio, debido a que directa o indirectamente mejoran el apoyo social y aumentan las oportunidades de contacto social de las personas mayores. Según el informe de Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España (IMSERSO, 2022), ellos son:

- 1- Los Centros de Mayores, cuyos objetivos son promover la convivencia de las personas mayores, propiciar la participación y la integración social. Los mismos ofrecen actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas y/o recreativas. La cobertura del servicio es del 38,9% de la población de 65 años y más (3.771.465) y la cantidad de Centros asciende a 3.739.
- 2- Los Centros de Día destinados a prestar atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora. Si bien el objetivo principal es proporcionar atención socio-sanitaria que prevenga y compense la pérdida de la autonomía, también promueve el fortalecimiento de las redes sociales. Existen 3.545 Centros, los que alcanzan una cobertura equivalente al 1,1% de la población mayor (105.447 personas de 65 años y más).
- 3- El Servicio de Teleasistencia, donde a través de un dispositivo se brinda una atención directa y personalizada ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento. Esta atención es brindada por pro-

fesionales especializados que proporcionan los apoyos necesarios para poder resolver dichas situaciones. La cobertura del servicio es del 10,2% de la población de 65 años y más (988.623).

- 4- El Servicio de ayuda en domicilio, cuyo objetivo es atender a las personas en su domicilio para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. De este modo, permite que las personas mayores continúen insertas en la comunidad y promueve la conformación y el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo. La cobertura del servicio es del 5,5% de la población de 65 años y más (534.321).

4.4. México

En el caso de México, el programa informado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se denomina “Casa de Día”.

Este programa plantea una intervención de tipo genérica, orientada a aumentar las oportunidades de contacto social. Las Casas de Día representan una estrategia fundamental para la inclusión y socialización de las personas mayores.

Tabla 24

Análisis del programa informado por el ISSSTE. México, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Casa de Día Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Proporcionar servicios sociales, culturales, recreativos y deportivos, que tiendan a cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social de los jubilados y pensionados a través de espacios de atención en donde se promueva la participación, la seguridad, la autonomía, la salud física y mental, y les permita una calidad de vida y autonomía personal, lo cual se optimiza en favorecer vínculos en su entorno familiar y social. Brindar atención a los Adultos Mayores dentro del espacio institucional.		Grupal	Genérica	Genérica. Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

4.5. Paraguay

En el caso de Paraguay las políticas que se analizaron fueron presentadas por el Instituto de Previsión Social (IPS). Como se observa en las Tablas 24 y 54, de los cuatro programas seleccionados, dos representan intervenciones genéricas y dos, intervenciones directas o específicas.

De esta manera, el programa “Vida saludable y feliz” tiene como objetivo fomentar la integración social para combatir el aislamiento social; y el programa de atención integral al adulto mayor “Club vida plena”, sostiene como uno de sus objetivos el apoyo psicosocial destinado a personas mayores. Ambos programas plantean una modalidad grupal y se encuadran en una estrategia preventiva, buscando aumentar y fortalecer las oportunidades sociales en las personas mayores.

Por su parte, el Programa MEDICASA, si bien es posible caracterizarlo como una intervención genérica, representa una iniciativa muy relevante para el combate del aislamiento social, dado que brinda atención domiciliaria interdisciplinaria. Está dirigido a personas mayores que presentan discapacidad o dependencia y que no pueden movilizarse hasta un centro de atención ambulatoria. Se ofrece atención en enfermería, nutrición, asistencia social, psicológica, fisioterapia, capacitación a la persona cuidadora, contención familiar, entre otras.

Tabla 25

Análisis de los programas informados por el Instituto de Previsión Social. Paraguay, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa "Vida saludable y feliz" Secretaría Nacional de Deportes	Promover el envejecimiento activo por medio de actividades deportivas, fomentando la integración social para combatir el aislamiento social de las personas mayores.	Desarrollo de talleres y actividades	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención
Programa de Atención Integral al Adulto Mayor "Club Vida Plena" Instituto de Previsión Social	Promover el envejecimiento activo y saludable mediante la práctica de actividades físicas y estimulación cognitiva con personas mayores, favoreciendo la interacción entre personas, reduciendo los riesgos de soledad y aislamiento social, y fortaleciendo afectos positivos y apoyo social.	Desarrollo de actividades físicas y de estimulación cognitiva con personas mayores	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención

Tabla 26

Análisis de los programas informados por el Instituto de Previsión Social. Paraguay, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa MEDICASA Instituto de Previsión Social	Facilitar un espacio enfocado al desarrollo personal y profesional de los cuidadores de personas mayores.	Apoyo y capacitación de cuidadores principales de personas mayores. Atención domiciliaria a personas mayores con limitaciones físicas y mentales.	Individual	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
Programa “Promoción de la autonomía y envejecimiento activo” Municipalidad de Asunción	Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en la ciudad de Asunción, mediante el desarrollo de acciones de carácter preventivo, orientadas a la optimización de la salud y las capacidades físicas y psíquicas y a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.	El programa prevé la realización de talleres y actividades de asistencia social, actividades físicas de bajo impacto, yoga, tai chi, zumba gold, danza, actividades culturales, uso de herramientas tecnológicas, emprendedurismo.	Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje

4.6. República Dominicana

En República Dominicana las políticas que se analizaron fueron relevadas por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). Como se observa en las Tablas 26, 27 y 28 se seleccionaron 11 programas, siendo el país con mayor volumen de acciones informadas. Ocho de estos programas son intervenciones de tipo genéricas y tres se refieren a intervenciones específicas. Estos últimos son: el programa de “Infoalfabetización”, que proporciona a las personas mayores conocimientos para la utilización de las nuevas tecnologías, el programa “Actividades culturales y recreativas”, que tiene como objetivo aumentar la participación social de las personas mayores y el progra-

ma “Acogida del adulto mayor en situaciones de emergencia”, cuyo objetivo es combatir el abandono de las personas mayores en situación de calle o de vulnerabilidad social.

De los programas de intervención genérica o indirecta, resulta posible destacar “Familias de cariño”, a partir del cual se brindan cuidados y apoyos en domicilio a través de un pago a familias que pueden guardar una relación de parentesco o no con la persona mayor. El ingreso a este programa se realiza en base a los resultados que arroja la medición de la soledad, a partir de la Escala de Soledad Social Este II. Priorizan. En este programa las personas que están solas tienen prioridad para el ingreso.

Otro programa también a destacar es “Pasante con sabiduría”, que tiene como objetivo insertar laboralmente a las personas mayores, produciendo un efecto directo en la disminución del aislamiento social además de mejorar su situación económica. Por último, se destaca el “Programa de Alfabetización”, adaptado a las necesidades individuales de las personas mayores, para mejorar sus habilidades de lectura, escritura y

comprensión, el cual si bien representa una intervención de tipo genérica o indirecta -dado que no tiene como objetivo explícito combatir la soledad-, es una iniciativa que no solo genera espacios de participación que aumentan las oportunidades de contacto social de las personas, sino que, además, aumenta la autoestima y mejora el bienestar personal, generando mayor confianza para establecer relaciones.

Tabla 27

Análisis de los programas informados por CONAPE. República Dominicana, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa “Vida saludable y feliz” Secretaría Nacional de Deportes	Brindar cuidados en domicilio y apoyo económico a personas mayores que viven solas y tienen necesidades de cuidado	Servicio de cuidados en domicilio Apoyo económico	Grupal	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
Hospedaje CONAPE	Proveer alojamiento y cuidado permanente de largo plazo a través de los Centros Permanentes y a través de los Centros Diurnos brindar atención integral. En estos últimos se aplica una escala de soledad. La Escala de Soledad Social Este II.	Centros Diurnos Centros Permanentes Centros Transitorios Centros para Adultos	Grupal	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Abordaje
Pasante con Sabiduría CONAPE	Insertar laboralmente a las personas mayores		Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención
“AMA” Acogida del Adulto Mayor en Situaciones de Emergencia CONAPE	Rescatar a los adultos mayores en situaciones de abandono, indigencia y deambulación.		Individual	Específica	Mejoran el apoyo social	Abordaje

Tabla 28

Análisis de los programas informados por CONAPE. República Dominicana, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa Comunidades de Cuidados Dirección General del Programa Social «Supérate»- Y el CONAPE	Brindar servicios domiciliarios de cuidado	«Comunidades de Cuidado» cuenta con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otras organizaciones nacionales, gracias a las acciones desplegadas para brindar la mejor asistencia y servicio	Individual	Genérica	Mejoran el apoyo social	Abordaje
Imagen Positiva CONAPE	Superar la imagen estereotipada que se tiene de la persona adulta mayor, fortalecer su autoestima y mejorar su apariencia física a través de servicios de Estilismo, salón de belleza, barbería y cuidado de la piel. Fortalecer su autonomía y mejorar su apariencia física.	El programa prevé la realización de talleres y actividades de asistencia social, actividades físicas de bajo impacto, yoga, tai chi, zumba gold, danza, actividades culturales, uso de herramientas tecnológicas, emprendedurismo.	Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Otras

Tabla 29

Análisis de los programas informados por CONAPE. República Dominicana, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Infoalfabe-tización CONAPE	Proporcionar a los adultos mayores habilidades prácticas y conocimientos necesarios para acceder y utilizar recursos tecnológicos	Capacitación	Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención
Actividades Culturales y Recreativas CONAPE	Aumentar la participación de los adultos mayores en la sociedad.		Grupal	Específica	Aumentan oportunidades de contacto social	Prevención
Alfabetización CONAPE	Ofrecer programas de alfabetización adaptados a las necesidades individuales de los adultos mayores que necesitan mejorar sus habilidades de lectura, escritura y comprensión.	Capacitación	Grupal	Genérica	Mejoran las habilidades sociales	Prevención
Empodera-miento del Adulto Mayor sobre la ley 352-98 CONAPE	Empoderar al adulto mayor a través de charlas impartidas sobre sus derechos establecidos en la ley 352-98.	Capacitación	Grupal	Genérica	Mejoran las habilidades sociales	Prevención
Gestión de Viviendas (reparación o construcción) Ministerio de Vivienda, Hábitat y Edificaciones (MIVED) y CONAPE	Gestionar reparación o construcción de viviendas para adultos mayores		Individual	Genérica	Aumentan oportunidades de contacto social	Otras

4.7. Uruguay

En Uruguay se analizaron las políticas relevadas por el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) el cual depende del Ministerio de Desarrollo Social. Como se observa en las Tablas 29, 30 y 31 se seleccionaron 6 programas, de los cuales cuatro son intervenciones de tipo genéricas y dos se refieren a intervenciones específicas.

Estos últimos son el programa Ibirapitá y el programa Personas Mayores del Municipio de Montevideo. El programa Ibirapitá tiene como objetivo promover la inclusión digital, a través de la provisión de un dispositivo móvil (celular) y el acceso a internet sin costo para las personas mayores pertenecientes al Banco de Previsión Social (BPS), siendo de alcance nacional. La intervención mejora las habilidades sociales de las personas mayores. Es necesario aclarar que, si bien el programa

Ibirapitá incluye un componente de capacitación digital que plantea una grupal, el programa fue clasificado de modalidad individual considerando que su principal componente es la entrega del dispositivo móvil con plan de internet.

Por su parte, el programa Personas Mayores promueve la inclusión social y está dirigido a atender los problemas de soledad y/o aislamiento, así como el abordaje de las violencias. Brinda el servicio de centro de día, la cual es una prestación directa para combatir el aislamiento y la soledad. Este programa es eje-

cutado por el Municipio de Montevideo y su intervención aumenta las oportunidades de contacto social de las personas mayores.

De los programas de intervención genérica o indirecta, resulta importante destacar “Turismo accesible para todos”, dado que las barreras arquitectónicas son, sin duda, una de las causales del aislamiento que se produce en las personas mayores. El poder eliminarlas permite que las personas mayores puedan disfrutar de entornos turísticos al igual que el resto de la población y, de este modo, poder aumentar las oportunidades de contacto social.

Tabla 29

Análisis de los programas informados por CONAPE. República Dominicana, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Programa Ibirapitá Banco de Previsión Social	Promover la inclusión digital de las personas mayores en Uruguay, con el fin de mejorar la inclusión social, la participación y la equidad.	Acceso a un dispositivo móvil (celular) sin costo y a un Plan Móvil Ibirapitá	Individual	Mejoran las habilidades sociales	Específica	Prevención
Programa de Estadías Vacacionales Banco de Previsión Social	Acceder a estadías en centros vacacionales, tanto de manera individual como grupal, además de excursiones y paseos de un día.	Estadías vacacionales, para jubilados/as, pensionistas y funcionarios/as del BPS a partir de los 55 años, ya sea que viajen en forma individual o integrada a organizaciones en la red de instituciones adheridas al Registro Nacional de Instituciones del BPS	Grupal	Aumentan oportunidades de contacto social	Genérica	Prevención

Tabla 31

Análisis de los programas informados por INMAYORES que lleva adelante el Ministerio de Turismo de la Nación. Uruguay, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Turismo interno para adultos mayores Ministerio de Turismo	Brindar mayores oportunidades para viajar y realizar turismo recreativo a personas jubiladas, para ejercer el derecho al tiempo libre y la recreación.	Subvenciona parte del costo del paquete turístico elegido por el beneficiario del programa. Los paquetes son de carácter grupal e incluyen el transporte, la estadía con media pensión y paseos en todos los destinos.	Grupal	Aumentan oportunidades de contacto social	Genérica	Prevención
Turismo accesible para todos Ministerio de Turismo	Turismo accesible	Incentivo y promoción de adecuación de espacios de ocio y recreación: Se promueve la adecuación de infraestructuras y servicios turísticos hacia la accesibilidad, no solo en lo que refiere a lo arquitectónico, sino en general, realizándose campañas de difusión respecto del tema.x	Grupal	Aumentan oportunidades de contacto social	Genérica	Prevención

Tabla 32

Análisis de los programas informados por INMAYORES que lleva adelante el Municipio de Montevideo. Uruguay, 2025.

Programa / Servicio	Objetivo	Componentes	Modalidad	Tipo de Intervención	Función de la intervención	Estrategia de intervención
Personas Mayores (Municipio de Montevideo)	1-Promover la inclusión social de las personas mayores- 2 Atender los problemas de soledad y/o aislamiento. 3- Facilitar la comunicación con grupo de pares, familia y con la comunidad. 4- Generar pertenencia de las personas mayores	1-Actividades físicas; 2- Ocio y recreación; 3-Atención en violencia; 4-Beneficios tarjeta dorada; 5- Centros diurnos; 6-Programa inclusión	Grupal	Aumentan oportunidades de contacto social	Específica	Abordaje
Las Canas de Vivir perspectiva desde la Educación Física (Universidad de la República UdelaR- Montevideo)	Comprender la situación posmoderna desde el imaginario social, en torno a la vejez. Alcanzar una comprensión de la felicidad, como fin de la "vida buena", en el sentido de las éticas aplicadas a los campos de envejecimiento y vejez.		Grupal	Aumentan oportunidades de contacto social	Genérica	Prevención

4.8. La voz de los expertos: principales resultados de las entrevistas a expertos/as de la región

Con el objetivo de conocer, en profundidad, las iniciativas promovidas por cada uno de los países, se realizaron entrevistas semiestructuradas a expertos de los países adheridos al Programa, tanto a referentes radicados en las instituciones pertenecientes a los puntos focales, como a profesionales, especialistas y actores locales involucrados en la temática. Estas instancias de intercambio permitieron obtener información directa y detallada respecto de la problemática de la soledad, sus de-

finiciones y abordajes, las características de las medidas implementadas, así como de los avances, resultados y dificultades existentes en cada uno de los países.

Los/as expertos/as entrevistados fueron los siguientes:

Brasil

Alexandre da Silva. Secretario Nacional de los Derechos de las Personas Mayores, Vicepresidente del Consejo Nacional de las Personas Mayores y Asesor del Consejo Nacional de los Derechos de las Personas Mayores del Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía

(MDHC). Tiene especialización en Gerontología por la Universidad Federal de São Paulo, doctorado en Salud Pública por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo y maestría en Rehabilitación por la Unifesp. También se desempeña como profesor adjunto del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de Jundiaí y ha trabajado como columnista sobre envejecimiento, vejez y longevidad en Uol y O Futuro das Things. Con amplia experiencia en investigación, activismo y consultoría, centra sus aportes en los ámbitos del envejecimiento, la vejez, las desigualdades y la discriminación. Participa activamente en los Grupos Temáticos “Envejecimiento y Salud Pública” y “Racismo y Salud”, ambos de la Asociación Brasileña de Salud Pública, y anteriormente fue miembro del Centro Internacional de Longevidad con foco en raza, etnicidad y desigualdades sociales. Su experiencia abarca consultoría, investigación, análisis de datos, conferencias y clases, con énfasis en envejecimiento, derechos humanos y ciudadanía, políticas públicas, salud pública, salud de la población negra y salud colectiva. Además, fue columnista de UOL-Longevidade, contribuyendo con reflexiones y análisis sobre el envejecimiento y la vivencia de las personas mayores.

Chile

Daniela Cecilia Thumala Dockendorff. Profesora Titular de la Universidad de Chile. Doctora en Psicología y Magíster en Antropología y Desarrollo de la misma universidad. Psicóloga clínica, se dedica a la psicoterapia con personas mayores y sus familias. Investigadora asociada del Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo, coordinadora del Núcleo Interdisciplinario de Psicogerontología y disciplinas afines y miembro del Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable.

España

Mayte Sancho. Actual Directora General del IMSERSO, Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense y Máster en Gerontología Social por el mismo centro. Durante 30 años ha ejercido como funcionaria del IMSERSO y su trayectoria la ha convertido en una de las mayores expertas en envejecimiento a nivel internacional. Recientemente, fue elegida por la ONU como una de las 50 líderes mundiales que más han contribuido a transformar la sociedad para envejecer mejor. Ha sido responsable del Observatorio del Envejecimiento y la Dependencia del Gobierno de España, experta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y del Consejo de Europa en Envejecimiento y Protección Social, y miembro del grupo que elaboró la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. También ha sido Directora científica de Matia Instituto Gerontológico y Directora de Planificación de la Fundación Matia. Asimismo, ha sido Vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

México

Alondra Jiménez. Licenciada en gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Técnico en urgencia médica Cruz Roja Mexicana de Ecatepec. Técnico en extracción vehicular, formando parte del cuerpo del área de rescate urbano de Cruz Roja Mexicana de Ecatepec. Auxiliar de enfermería. Pasantía Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores. Actualmente trabaja en Casa de Día para jubilados y pensionados del ISSSTE.

Paraguay

Teodora Ferreira. Licenciada en Trabajo Social y Gerontóloga Social. Docente de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción. Miembro Directivo del Consejo de

Adultos Mayores de Asunción, Secretaria Ejecutiva de la Organización Conviviendo con Nuestras Diferencias (CONIF), miembro de la Sociedad Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, y ex Jefa del Área de Adultos Mayores de la Municipalidad de Asunción.

República Dominicana

Berenice Pérez Salvador. Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Especialista en Geriátría por la Universidad Iberoamericana y Magíster en Gestión de Centros de Salud por la Universidad Tecnológica de Santiago. Es diplomada en Habilitación en Pedagogía y Docencia Universitaria por la Universidad Tecnológica de Santiago; egresada de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor; Diplomada en Gestión del Talento Humano por Competencia (Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional); Diplomada en Políticas Públicas para el Desarrollo (Instituto de Formación Política Dr. José Francisco Peña Gómez); y ha realizado el Diplomado Iberoamericano sobre Políticas de Cuidados para las Personas Mayores (PAMI, Argentina). Asimismo, se encuentra acreditada en Desarrollo de Competencias en la Atención de Salud para las Personas Mayores (OPS) y es encargada del Departamento de Servicios de Salud del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente.

Uruguay

Robert Pérez Fernández. Psicólogo y Magíster en Salud Mental por la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UdelaR). Doctor en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Exprofesor Titular y Coordinador del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento de la UdelaR. Trabaja en psicoterapia y en prácticas comunitarias de cuidado en salud mental con personas mayores, con personas con afecciones neurocognitivas y con familias.

4.8.1. Análisis de los principales aportes recopilados en las entrevistas

Definiciones de Soledad

Teodora Ferreira, experta de Paraguay, sostiene que la soledad puede ser considerada de dos maneras: una, vinculada con una decisión personal y otra, relacionada con situaciones condicionantes, como el propio entorno; esta última sería una soledad casi obligada.

Entre estas situaciones que llevan a la soledad, la entrevistada incluye la dependencia, la dificultad para movilizarse y la jubilación.

Alexander da Silva, experto de Brasil, en relación a la diferencia entre soledad y soledad no deseada plantea que considera más apropiado nombrar la soledad deseada como *solitud*, que es “cuando una persona mayor está en buenas condiciones para elegir, en relación a su salud y a la participación social”, dejando reservado el término “soledad” para referirse a lo que, en algunos países, denominan soledad no deseada.

Berenice Pérez, experta de República Dominicana, define a la soledad no deseada en las personas mayores como “un sentimiento de abandono, en algunos casos, o de falta de compañía para la realización de las actividades de su vida diaria”.

Es un estado que predispone a que el adulto mayor pueda, incluso, desarrollar ciertas enfermedades, ya que “hay estudios que determinan que los adultos mayores que se encuentran con alto grado de soledad tienen más predisposición a tener enfermedades cardíacas, a tener mayor deterioro cognitivo, etcétera.”

Mayte Sancho, experta española, sostiene que resulta importante hablar de soledades. Define la soledad como una

percepción subjetiva que se produce a lo largo de la vida, no solo en la vejez, sino que ahora toda la evidencia científica viene a decir, que las situaciones de soledad complicadas, además, se producen con más intensidad en otros grupos de edad que en la vejez. Yo miro estas cosas en clave de señalar a un grupo de edad, por lo tanto, estigmatizar. Y parece que el asunto “vejez” siempre está estigmatizado. Ahora somos los más solos, los más tristes, los más... ¿no?

En cuanto a la denominación de soledad no deseada, Mayte Sancho indica que “cuando uno habla de soledad es porque no es deseada, no hace falta aclarar, si yo hablo de que me siento sola es no deseada y lo que pudiera ser deseada es yo voy sola al cine, yo vivo sola, digamos, es más como objetivo”.

Sancho plantea lo dificultoso que resulta conceptualizar el término soledad, por la cantidad de diferentes definiciones que se han desarrollado:

ya sabéis que está todo el enorme problema de definir la soledad, porque es un concepto bastante indefinido o polidefinido, con lo cual es igual que indefinido. Yo ahí no tengo una posición clara, sí me gusta esta definición que la veo tan sencilla que es como esa especie de distancia entre mi expectativa y mi realidad. Que ya sabéis que se usa mucho. El bienestar de las personas está muy relacionado con esa expectativa que yo tenía y que no se ha cumplido en este caso, ¿no? O que hay una gran distancia.

Durante la entrevista Mayte Sancho realiza una crítica al modo de abordar la problemática de la soledad, comenta que para ella hay otros efectos no deseados relacionados con ese enfoque trágico, patológico y medicalizado de la

soledad. Continúa expresando que, en vez de incidir tanto en ese aspecto trágico, habría que trabajar en todas las condiciones que rodean las situaciones de soledad: “No nos hacemos ningún favor con esa mirada tan patologizante. Nosotros ahora estamos reformulando la estrategia transversalmente”.

Para contrarrestar lo que nombra como “cultura de desgracia”, Mayte Sancho propone una mirada distinta que se vehiculiza en generar toda una serie de herramientas para que las personas puedan gestionar lo mejor posible las situaciones de soledad. Por otro lado, propone “trabajar mucho en prevención; que la gente sepa que determinados modelos de vida y de convivencia o no convivencia te pueden llevar a situaciones de soledad que no esperabas, pero esto es así y es un hecho.”

Robert Perez, experto de Uruguay, define a la soledad como “un sentimiento, un afecto, una vivencia subjetiva desagradable, de una vivencia negativa del sí mismo, de la persona, de insatisfacción con el sí, con ella misma y con sus vínculos, con sus afectos y que, de alguna forma, impacta, limita o invalida, obstaculiza, visibiliza un proyecto de vida.” Señala que esta vivencia representa un dolor subjetivo.

Por otro lado, comenta que

Todo elemento subjetivo está constituido por significaciones sociales que se van moldeando en torno a la vida y, por lo tanto, tiene que ver con la historia de vida de las personas. Todo lo relacionado con la soledad no deseada atenta, digamos, limita la libertad y la riqueza de la persona. Esa sensación subjetiva empobrece mucho a la persona y le quita libertad, sobre todo.

Daniela Thumala Dockendorff, experta chilena, afirma que en su país se utiliza el término soledad no deseada

...para diferenciarla de cuando uno quiere estar solo, cuando uno disfruta esos momentos de soledad, de introspección, de reflexión, de descanso. De repente es un agrado que nadie te hable ¿no?

A mí no me gusta mucho la expresión soledad no deseada, porque la encuentro demasiado larga. Entonces, tal vez, es mejor hablar de “solitud” y de “soledad”. La solitud como ese espacio donde uno está con uno mismo, agradado, agradable, bien, que resulta grato o placentero o relajado. Y soledad está mucho más asociada a un sentimiento displacentero. Yo creo que lo importante es la distinción, que hay espacios que uno busca y otros que uno padece. Y lo que nos preocupa es el que uno padece, no el que uno busca.

Definiciones de Aislamiento

Berenice Pérez, en relación al concepto de aislamiento social, indica que

Hay situaciones en las que los adultos mayores pueden estar en aislamiento social cuando, de alguna manera, no tienen o no pueden comunicarse con personas en su entorno, no van a ninguna actividad, no van a ningún hogar de día, no asisten a asociaciones y, en muchos casos, o no saben usar las tecnologías o no disponen de ella, como, por ejemplo, tener un teléfono con internet para estar en un grupo de WhatsApp, etcétera, o de pertenecer a alguna comunidad que se puedan reunir de manera virtual, como es el caso de los que son creyentes, que hay cultos religiosos que se dan por internet, por WhatsApp y ellos no pueden acceder.

Mayte Sancho, en cuanto a la definición de aislamiento social indica que “el concepto de aislamiento es una percepción objetiva y es mucho más definible y no tiene más aristas que la situación en sí misma.”

Por su parte, Robert Perez señala, en relación al concepto de aislamiento social, que

Tiene que ver con los contactos sociales que tiene la persona. Una persona puede no tener contactos sociales o estar aislada socialmente y no tener un sentimiento de soledad no deseada, porque se puede sentir muy acompañada por otras personas o por otras situaciones o por otras vivencias. Es ese movimiento más relacionado a la riqueza creativa interior de la persona, sentirse acompañada internamente, fortalecida internamente por ejemplo, personas privadas de libertad. La persona puede no sentirse sola y, es más, es ese sentimiento el que le permite mantener la capacidad vital. Sin duda, es un elemento de resistencia. Y ese sentirse acompañado no necesariamente es por personas, a veces, es por una idea, por un proyecto, por una perspectiva. Entonces, la soledad no deseada también tiene que ver con la caída de todos esos proyectos.

Cambios asociados a la percepción de soledad (pérdida de roles, jubilación, cambios en la comunidad y en los vínculos)

Teodora Ferreira plantea que, el hecho de llegar al momento de jubilarse sin haber tenido una preparación previa, hace presente ciertos dolores psíquicos que acrecientan la sensación de soledad:

Creo que es ahí donde empieza el tema de la soledad no deseada, porque realmente esa persona llega a la casa, ya

no tiene vínculos, a lo mejor ya es un viudo o una viuda, todos sus hijos ya crecieron, ya tomaron vuelo, trabajó tantos años, perdió relaciones, incluso, con todo su entorno familiar, entonces, tiene que vincularse nuevamente.

Además, señala que la soledad en las personas mayores aumentó a partir de la pandemia; que antes estaba más presente el rol de cuidadores/as de las personas mayores con sus nietos/as y que, además, “había más vínculos con los vecinos. Actualmente eso va perdiéndose también. Esa vecindad que antes hacía que esa persona no se sienta tan sola, porque siempre había un entorno social que acompañaba, actualmente va desapareciendo”.

Alondra Jiménez, entrevistada de México, plantea que existen diferentes circunstancias en la vida de las personas mayores, que predisponen a la soledad y/o el aislamiento social. Entre las mismas, menciona las disminuciones sensoriales, tanto en la visión como en la audición, así como también, ciertos hitos, como la jubilación. En cuanto a esta última, resalta lo disruptivo que resulta para muchas personas mayores el cambio en las rutinas diarias, teniendo en cuenta, también, la interrupción del contacto social vinculado a las tareas laborales.

Buenas prácticas

Teodora Ferreira plantea que es necesario “crear condiciones para que esos adultos mayores puedan acceder a actividades dentro de su entorno comunitario que los mantengan socialmente activos. Los clubes, por ejemplo, son espacios importantes para mantenerse comunicados con sus pares”.

Además, sostiene que existe un distanciamiento de los jóvenes en relación a las personas mayores, por lo que sostiene la importancia del desarrollo de propuestas intergeneraciona-

les sostenidas en el tiempo: “ya hemos tenido aquí experiencia de cosas que hemos hecho con jóvenes y que ha sido muy interesantes, pero son cuestiones que se hacen esporádicamente. No existen políticas de Estado”.

Ferreira, además, plantea que es necesario “ver esas condiciones para que esa persona adulta mayor siga estando activa, siga sintiéndose útil en la sociedad, porque al no sentirse útil empieza toda esa problemática.” Reforzando esta línea de pensamiento, formula esta reflexión: “Entonces, el Estado va creando más residencias, más hogares para institucionalizar al adulto mayor, pero no les crean las condiciones para sentirse todavía útil.”

Por su parte, Mayte Sancho destaca la importancia de los programas de voluntariado, reforzando la idea de

...generar ese sentimiento de utilidad en todos, donde las personas mayores que participan sean conscientes de que ellas también tienen capacidad de ayudar. Cuando tú despiertas el sentimiento de utilidad en la persona, bueno, no voy a decirte que se acabó la soledad, pero se aminoró bastante. Es un programa de reciprocidad.

La experta española considera que, entre las acciones necesarias

...el primer trabajo tendría que estar en la prevención de situaciones de soledad desde la escuela, en darle valor a estar solo, estar sola, aprender a estar solo y aprender los beneficios que puede tener una percepción de soledad, llámala deseada, si queremos. O sea, una soledad que está normalizada. Si yo estoy demonizando un modelo de vida que es vivir solo o sola, pues no hago ningún favor a esos millones de personas que viven o van a vivir solos en las próximas generaciones. Luego,

Lo primero será aprender a vivir solo o sola, pero eso sí, a la vez que hago una insistencia continua y ofrezco alternativas en el ámbito comunitario. Si no hay comunidad, la soledad es un drama. Entonces, trabajar ahí contenidos relacionados con lo bueno que es, o lo malo que es, estar solo o sola, pero, a la vez, mantener relaciones con la familia, con los amigos, con tener red, la red cada uno como pueda.

En cuanto a las características culturales de su país, Sancho señala que

...hay que cambiar esa cultura, a lo mejor tan familiarista que nos enseñaron todo el tiempo, para empezar a vivir de manera más independiente desde las infancias, independiente en el sentido de que, si vivo solo o sola, no tengo por qué sentirme solo, sola, porque voy construyendo redes, entonces, pero son modelos diferentes de sociedades.

Mayte Sancho advierte sobre la importancia del uso de la tecnología en las personas mayores: “las redes sí, que sean una fuente de comunicación y de minimización de la soledad para personas mayores, pues el hecho de poder hablar y de tener chat con una familia que vive a 5.000 km o a 10.000 o con su vecino o vecina, yo creo que las redes son muy útiles para minimizar la soledad”.

En la misma línea, agrega:

Fomentar el acceso a la tecnología creo que es fundamental. Pero no solo por eso, sino por mantener la independencia, por mantener la autonomía y por no quedarse fuera del mundo. Es un peligro que, además, ahora se empieza a ver como un problema grave, que la gente mayor se jubila y decide que cierra el ordenador, por ejemplo. Y que, de alguna manera, empieza a alejarse

de todo lo que le conecta precisamente con el mundo, ¿no? Entonces, yo ahí sí, creo que son muy importantes las intervenciones para animar a la gente a que acceda a las tecnologías.

Reforzando la importancia del uso de las tecnologías, Mayte Sancho plantea los beneficios que tienen para las personas mayores ciertos tipos de asistencia, como las teleconsultas y la teleasistencia:

Porque sabemos que, dentro de nada -aquí ya se hace mucho-, vamos a tener una consulta telefónica, vamos a tener una consulta médica a través de la pantalla y, si nos quedamos fuera de eso, pues vamos a ser los más perjudicados. O sea, que yo creo que, ahí, todo lo que sea el trabajo en esa línea es un trabajo en positivo. La teleasistencia es una herramienta, un servicio de prevención de soledad, tremendo. Estos servicios son unos predictores muy buenos de situaciones de soledad, porque tienen todos los datos.

Finalmente, la Gerontóloga Mayte Sancho destaca la importancia de las características de la vivienda en relación con la percepción de soledad: “una casa llena de barreras o con un ascensor y tal, eso es un motor para la soledad tremendo. Entonces, las políticas de vivienda deben tener en cuenta estos temas, ¿no? el de los hogares unipersonales”.

Alexander da Silva menciona que en su país desarrollaron una red de cuidado de agentes de derechos humanos. Entre los aspectos señalados se destaca la formulación en relación a que el hecho de vivir solo es el resultado de una elección y no, una consecuencia de una violación de derechos. Sostiene que el abordaje de la problemática de la soledad tiene que ser intersectorial e interseccional, considerando que, además de las situaciones vitales que llevan a esta percepción de soledad, también se tiene

que considerar todo lo relativo a otras condiciones, como el aislamiento que se produce frente a una persona afrodescendiente, mestiza o trans, por su orientación sexual. Resulta importante, entonces, incorporarlo como uno de los motivos de soledad y de aislamiento.

Daniela Thumala Dockendorff refiere que se está replanteando la evaluación que se hace a nivel de atención primaria en los servicios públicos para las personas mayores, dentro de los cambios a realizarse en la evaluación de atención primaria.

Se va a aplicar una pequeña escala para medir el tema de la soledad, se van a aplicar, también, los instrumentos de *screening* de ánimo y una de las cosas que se está contemplando, cuando una persona parece sintiéndose muy sola y con el estado de ánimo muy bajo, se le aplica una escala de riesgo suicida, que es algo que, muchas veces, no se aborda, no se ve y que sabemos que las tasas son muy significativas. No se le va a aplicar a toda la gente, pero se le va a aplicar a los que aparezcan con síntomas depresivos y cero redes de apoyo y sensación de soledad.

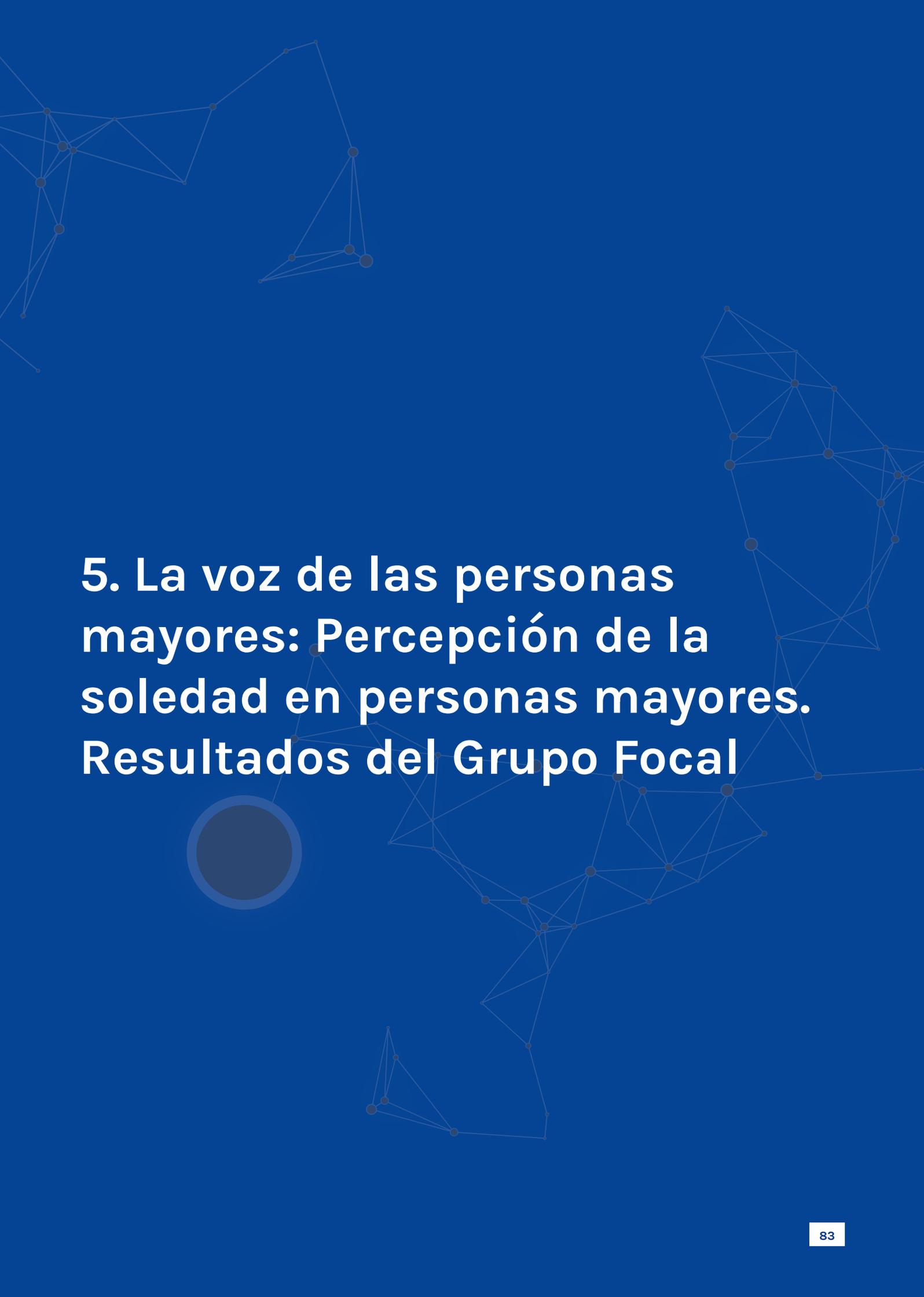
Alondra Jiménez de México resalta la importancia que tiene en su país el dictado de clases de computación y de uso de telefonía móvil para que las personas mayores tengan más recursos para poder estar en comunicación con su familiares y amistades.

A modo de conclusión, a partir del análisis de las respuestas de las personas entrevistadas, se han podido observar coincidencias entre las mismas, vinculadas con las formas que consideran apropiadas para nombrar la soledad. Algunos sostuvieron que era innecesario nombrar como “no deseada” a la soledad que se vincula con vivencias desagradables; en esta misma línea, dos de las personas expertas entrevistadas propusieron nombrar como

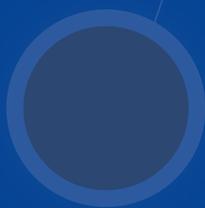
“solitud” la situación de estar sola, elegida por la persona y reservar la palabra “soledad” para describir aquella vivencia con connotaciones negativas y sentimientos displacenteros.

Por otro lado, otro de los puntos de encuentro entre varias de las personas entrevistadas tuvo que ver con las situaciones del curso de vida de las personas mayores que pueden predisponer a la percepción de soledad. Entre las mismas, destacan las disminuciones sensoriales, tanto auditivas como visuales, así como también las dificultades motrices. Otro de los hitos en la vida de las personas, que fue señalado como de gran importancia para la percepción de soledad es la jubilación.

Resulta relevante destacar, además, la importancia brindada por las personas entrevistadas a las acciones tendientes a la prevención de la soledad en las personas mayores. Más allá de las diferencias en relación al avance de la creación y desarrollo de políticas públicas que aborden preventivamente la soledad, en cada uno de los países representados, hubo cierto consenso en considerar la importancia de desarrollar programas que prevengan este padecimiento y que lo aborden cuando el mismo constituya un problema.



5. La voz de las personas mayores: Percepción de la soledad en personas mayores. Resultados del Grupo Focal



5. La voz de las personas mayores: Percepción de la soledad en personas mayores. Resultados del Grupo Focal

Se ha desarrollado un grupo focal con el objetivo de conocer la percepción de soledad en personas mayores de los países pertenecientes al PICSPAM. Se convocó a una persona por país, a través de las instituciones responsables del Programa.

Del grupo focal han participado 5 personas mayores (3 mujeres y 2 varones), cuyas edades están comprendidas entre los 63 y los 74 años. Los países participantes fueron: España, Paraguay, Argentina, México y República Dominicana.

A lo largo del encuentro se han recorrido diferentes ejes temáticos, entre los que se encuentran los siguientes: Notoriedad de la problemática; percepción de soledad; factores que inciden en la soledad; hábitos, actividades y uso del tiempo; redes de apoyo; salud.

A continuación, se presentarán algunos de los temas y subtemas que fueron surgiendo a lo largo del desarrollo del grupo focal. Se han podido identificar significados contrapuestos, perspectivas compartidas, así como también matices al interior de las mismas, que serán ilustrados a partir de citas extraídas de la narrativa de las personas mayores entrevistadas.

Aspectos positivos y negativos de la soledad

Las personas mayores que han participado del grupo focal han recorrido en sus respuestas diferentes ideas vinculadas con los aspectos positivos y negativos de la soledad. Entre los aspectos positivos, algunas personas coincidieron en que la soledad puede impulsar la búsqueda de espacios de socialización para construir nuevos vínculos. A partir de este punto de coincidencia, un participante con-

sideró necesario realizar una diferenciación entre lo que es la soledad y la soledad no deseada, entendiendo a la primera como aquella que es elegida y a la segunda, como un estado subjetivo que no es buscado, que es vivenciado con padecimiento y que tiene consecuencias negativas para la salud física y psíquica.

La soledad te ayuda y te anima a buscar otros caminos, a buscar a personas y a animarte; te obliga, te empuja (Varón, 63 años).

Ayuda a compartir con la gente. Procuramos no encerrarnos en nosotros mismos, a relacionarnos con la gente, a ver otras cosas, a mirar otras perspectivas para mejorar nuestra calidad de vida (Mujer, 72 años).

El problema que hay acá es el tema de la soledad no deseada. Aquella soledad que se nos impone como algo que nosotros no elegimos. Me parece que sí es un problema la soledad, sí es un problema que afecta y que trae consecuencias físicas, enfermedades (Varón, 74 años).

Romper el tabú

Las personas participantes tuvieron observaciones diferentes en relación a la presencia de la temática de la soledad en las conversaciones que se generan en sus grupos, ya sea en grupo de pares, de familiares y/o de vecinas/os. Si bien algunas de las personas no reconocieron el tema como parte de sus espacios de intercambio, otras lo consideraron un tema frecuente.

Tenemos que poder hablar del tema de la soledad, es decir, nombrarlo, decir bueno, che, hablemos, ¿cómo es el tema de la soledad? ¿Qué te pasa a vos? ¿Qué me pasa a mí con la soledad? Di-

gamos, ponerle palabras. Nombrarla, porque lo que se nombra, se visibiliza y lo que se visibiliza uno puede empezar a operar sobre eso. (...) Entonces, una de las posibilidades sería, digamos, quitar el prejuicio de hablar de la soledad como una mala palabra y poner el tema sobre la mesa (Varón, 74 años).

La soledad no puede ser un tabú, algo prohibido. No, no, está y tenemos que aceptarla. Y si queremos, si tenemos un problema de soledad, lo primero que tenemos que hacer es aceptar que estamos solos para poder enfrentarla y poder solucionarlo y poder dedicarnos a buscar esos enlaces que nos permitan reintegrarnos en grupos, en actividades (Varón, 63 años).

Me parece que una de las maneras de poder liberarnos de esta carga de la enfermedad es pensar que la soledad la podemos resolver y que no es una patología, no es una enfermedad, quiero decir, ¿no? Simplemente eso, porque si no, también, estamos solos y sentimos que estamos enfermos, que estamos deprimidos o que estamos tristes (Varón, 74 años).

Primero, es darle un espacio a la soledad, aprender a vivir con ella y luego, como se dice, renacer como el ave Fénix, buscar otros panoramas, buscar otras actividades, otras personas con quienes nos sintamos incluidas y hacer lo que nos satisface para poder vivir bien y salir a flote (Mujer, 63 años).

Situaciones generadoras de soledad

a) Significados atribuidos a la vejez

Un tema emergente en el debate entre participantes estuvo relacionado con la evaluación de los significados atribuidos a la vejez y sus efectos vinculados con la percepción de soledad.

Algunas de las personas participantes coincidieron en que, a medida que las personas van envejeciendo, su entorno las va desplazando. Por un lado, mencionaron que esto es consecuencia de la gran cantidad de ocupaciones que tiene la generación joven, que no posibilita hacerse un tiempo para compartir con la generación mayor. Por otro lado, dieron a entender que allí también funciona algo del orden de los significados negativos atribuidos a la vejez, que se manifiestan en actitudes tales como el hecho de “hacerlos a un lado”, como del rechazo al que refieren en sus narrativas algunas de las personas participantes.

Yo veo la soledad o percibo la soledad como un problema de desplazamiento. O sea, ya cuando uno tiene una edad importante pasa a ser un poquito descalificado o desplazado (Mujer).

La gran mayoría de los familiares ya tienen sus actividades particulares y ya no disponen del tiempo como para estar con nosotros, entonces nosotros tenemos que buscar nuestra propia actividad (Mujer, 72 años).

Otro tema que quería también agregar respecto a qué otras sensaciones tenemos cuando nos sentimos solos, tiene que ver con la no aceptación. Hay muchos factores de discriminación que nos ponen en un estado de enorme soledad. El rechazo aumenta sustancialmente la sensación de soledad (Varón, 74 años).

b) Confrontación de la expectativa con la realidad

En los relatos se plantearon otras situaciones que generan sentimientos de soledad, como, por ejemplo, la discrepancia que existe entre lo que esperan las personas de sus vínculos y lo que observan que realmente sucede.

A mí, por lo menos, me pasa que, también, me siento un poco solo cuando tengo altas expectativas y eso no lo puedo cumplir, digamos. Hay un desequilibrio, como una disparidad entre lo que yo deseo y lo que obtengo (Varón, 74 años).

c) Viejismo - Creencias limitantes - Discriminación

En diferentes momentos del desarrollo del grupo focal emergieron perspectivas que daban cuenta del viejismo presente en la sociedad, mostrando cómo los juicios estigmatizadores sobre el envejecimiento y la vejez generan efectos que van desde la propia inhibición de las personas mayores, a partir de la gradual y constante construcción de creencias limitantes, hasta la discriminación por parte de la sociedad, donde entran en juego significados como el de la productividad y la autonomía, así como también las expectativas de género.

A veces, es que uno mismo se coloca mentalmente en que ya, a mi edad, yo no debo, a mi edad yo no puedo, a esa edad, quizás, lo que me corresponde es tal cosa, o sea, hay un factor de discriminación, es evidente, (...) también hay un aspecto personal en ese sentido que uno se bloquea mentalmente, o sea, se hace una idea mental y, tal vez, no es así (Mujer).

Con el factor económico, cuando tú no eres un ente productivo y ni estás activo ni estás participativo económica-

mente, tiendes a echarte tú mismo, a excluirte, echarte un poquito a un lado. (...) Mi condición económica no me permite participar como antes. Entonces, quizá por eso, uno mismo, también, se va excluyendo (Mujer).

Porque económicamente las personas mayores ya no aportan lo que aportaban anteriormente son desplazados. Ya son casi un cero a la izquierda. Mientras podían dar, eran los jefes de la casa; ahora que ya no pueden dar, entonces, ya son muy desplazados, es mucha discriminación, ya no es ni aceptado, a veces, por la familia (Mujer, 63 años).

d) El estigma de la soledad y sus consecuencias

Hubo cierto consenso en relación con la estigmatización de la soledad en nuestras sociedades, hecho que dificulta que la misma sea detectada y que se pueda intervenir tempranamente.

Algunas de las personas participantes señalaron que, en algunas personas mayores, acontece algo del orden de la naturalización de la situación de soledad y que esto lleva a que se extienda en el tiempo, sin que se intervenga al respecto.

Otro matiz que surgió en el debate tuvo que ver con la incorporación de variables intrapersonales, como las características psicológicas de algunas personas que obturan la posibilidad de una socialización saludable y, por otro lado, el nivel de desarrollo de las habilidades sociales, como otro factor que incide en la posibilidad de generación de nuevos vínculos.

(...) en realidad la soledad tiene mala prensa. No hay nadie que venga a un grupo y diga: “vengo porque estoy solo. Dicen: “vengo porque quiero aprender, porque quiero salir, porque quiero co-

nectarme” (Varón, 74 años).

Hay personas que no reconocen que están solas, porque creen que alguien las va a estigmatizar. Es un sentimiento interno de la persona que no acepta el hacer público esa información, siente que lo van a ver como débil o no va a ser el gran jefe que fue en su juventud (Varón, 63 años).

A veces están en un periodo de soledad, han hecho de esto un modo viviente, ya sea porque se han sentido desplazados, porque se han sentido excluidos, porque no se sienten considerados y se aíslan y han hecho de eso una forma de vida, quizás lo viven sin darse cuenta de que están totalmente solos (Mujer).

Y, además, hay otro problema, para mí, la soledad también está muy vinculada a cómo somos. Cómo somos cada uno de nosotros, porque en realidad, si una persona es absolutamente egoísta, narcisista y está atravesada por esta cuestión, yo soy solamente yo y estoy solo y estoy abandonado, es poco el lugar que queda para un espacio para incorporar otros afectos, otras personas, otras relaciones, digamos. Ahora, yo insisto con esto, porque, muchas veces, se ve esto, la persona que es absolutamente narcisista no se puede vincular, no se vincula. No, no hay posibilidad porque no hay espacio. (...) Si yo no tengo el reconocimiento de que estoy solo y que necesito estar vinculado, es muy difícil que me pueda vincular. Ahora, esto no quiere decir que, más allá de la personalidad de cada uno, estas soledades no enfermen (Varón, 74 años).

e) Estrategias de afrontamiento

Entre las estrategias de afrontamiento frente a la soledad, que mencionaron las personas

mayores entrevistadas, se destacaron, fundamentalmente, todas aquellas que se vinculan con acercamientos a espacios grupales de socialización. Además, estuvo presente, en las diferentes narrativas desplegadas a lo largo del encuentro, la importancia del propósito de las actividades grupales, la presencia de un sentido que tenga que ver con el disfrute, los intereses, así como también, la búsqueda de logros colectivos.

En menor medida, estuvo presente, también, la importancia de actividades individuales vinculadas con la productividad y el sentirse activas/os.

Se juntan no solamente para adquirir ciertos conocimientos, sino que se juntan para armar grupos de afinidad, grupos de amistad que palien, de algún modo, esta soledad (Varón, 74 años).

Yo creo que incluir, buscar un recurso laboral o algo productivo, te permite sentirte activo, inclusive, aún tú, estando solo, no teniendo a nadie, por así decirlo, si tú estás produciendo, si tú estás activo, eso mismo no te permite sentirte solo, sino sentirte activo (Mujer).

f) Sentirse integrados / Dispositivos grupales

En el intercambio a lo largo del encuentro se han destacado y valorado los dispositivos grupales como recurso, por excelencia, para hacerle frente a la soledad. Dentro de las características que las personas participantes han puntualizado como centrales en estos dispositivos, se pueden mencionar las siguientes:

- la cercanía (en el caso de talleres brindados en, por ejemplo, el ayuntamiento),
- la diversidad de temáticas que puedan ajustarse a los intereses particulares de cada persona mayor,

- la gratuidad (característica necesaria para la mayoría, si bien uno de los participantes consideró que es necesario que se abone un monto mínimo por actividad) y
- la unión por causa común, en aquellos grupos que se reúnen con el objetivo de generar algún logro vinculado con la comunidad o algún tipo de beneficio grupal.

(...) quizás el mejor producto para los jubilados o personas mayores lo están llevando a cabo los ayuntamientos (...) porque son mucho más cercanos, están muy próximos y, quieras que no, al ayuntamiento tienes que ir, tienes que relacionarte. Entonces, hay grupos de actividad que siempre van a tener algo para recibirte y para integrarte, de alguna forma, con personas más o menos de tus mismos intereses, porque es muy difícil integrarte con personas con las que no tienes cosas en común (Varón, 63 años).

Se van integrando, se va realimentando la cosa y son grupos (...). Para conseguir mejores precios de la luz, hemos conseguido negociar un grupo de casi 100 personas. Hemos conseguido un seguro privado, negociando contra las aseguradoras y eso lo hacemos gracias a la afinidad de las personas que, en algún momento, hemos estado un poquito solas. (...) El ser capaces de aunar intereses en un grupo te permite focalizar y conseguir objetivos de personas con muy diferentes formas de ser. Se puede globalizar de ese grupo hacia un interés determinado. O puede ser, pues, el ahorro en una determinada cosa o en una excursión, preparar una excursión o planificar las actividades de la semana u organizar una tanda de visitas a museos, mil cosas que se pueden hacer, pero necesitamos tener un interés común en el grupo (Varón, 63 años).

Por otro lado, algunas de las personas mayores participantes destacaron la función compensatoria que tienen los grupos, cubriendo aquello que no se tiene o que no funciona de la manera deseada.

(...) hay muchos centros de apoyo, o sea, también nos ayuda a mejorar nuestro estilo de vida, a mejorar todas las ausencias que tenemos, porque, muchas veces, podemos estar rodeadas de mucha gente, de familias, amigos, pero es como si fuéramos un cero a la izquierda (Mujer, 63 años).

(...) por más que estemos rodeados de gente, a veces, nos sentimos solos. Por eso recurrimos a los grupos de apoyo, que es lo que siempre nos hace falta y con eso salimos adelante (Mujer, 72 años).

g) Obstáculos para la participación

Las dificultades económicas han aparecido, recurrentemente, como el obstáculo principal para poder participar de actividades grupales.

Yo conozco a varias personas que vienen, por ejemplo, de 15 km de distancia, que tienen que tomar colectivo y la guita no les alcanza, y no pueden venir a los talleres. Eso también influye y eso, también, hace que esa soledad sea mucho más dolorosa (Varón, 74 años).

A veces, el no participar o no incluirse o estar en un determinado grupo es por un factor económico que, quizás, no le permite estar integrada a lo que le gustaría. Y otro factor, que yo considero que, también, existe mucho en nosotros, adultos mayores, es el factor de la depresión, o sea, determinar cuándo una persona realmente está deprimida. (...) A veces suceden esos dos factores: estás deprimido, te aíslas y el otro pue-

de ser también un factor de índole económico (Mujer).

El factor económico, a veces, hace que la gente no participe, pero también están los lugares a donde pueden ir y no están yendo, porque no tienen la movilidad necesaria para trasladarse a esos lugares (Mujer, 72 años).

h) Las nuevas tecnologías

En las narrativas de diferentes participantes ha aparecido la importancia del buen uso de las nuevas tecnologías, como recurso para vincularse con otras personas, mantenerse en contacto con sus afectos, así como también, explorar diferentes recursos. Resulta interesante la advertencia que surgió en relación con las características del uso de las redes y la necesidad de capacitación para utilizar la tecnología a favor de las necesidades de las personas mayores.

También, fíjate, el aspecto de las redes sociales que nos aleja, a veces, tanto de las personas cercanas. Pero yo encuentro que, en este caso, es una herramienta importante, porque nos permite no estar tan solos ni sentirnos tan distantes. Por ejemplo, en el caso de los que tenemos hijos o familias que tienen sus obligaciones propias y con lo complicado del tiempo, tránsito y todo lo demás, es una herramienta que nos permite estar cerca. Entonces, podemos usarla a nuestro favor y no sentirnos tan solos, o sea, sentirnos acompañados hasta cierto punto, aunque sea, de una manera virtual (Mujer).

(...) pueden hacer las dos cosas, las redes sociales pueden alejar y te pueden integrar. Todo depende de cómo las uses. Por eso, es tan importante para los que no sean nativos digitales, que aprendan el uso de esas redes socia-

les, porque mucha gente se desborda una vez que entra, es que es un mundo, es una ventana al mundo inmensa, no sabes dónde mirar o qué ver, continuamente te están enganando. Si no tienes un patrón, si no sabes para qué lo vas a utilizar, mejor que no lo utilices (Varón, 63 años).

i) Las pérdidas y la soledad

A lo largo del desarrollo del grupo focal han aparecido las pérdidas como un tema recurrente que las personas participantes vinculan con la sensación de soledad. Los diferentes tipos de pérdidas que mencionaron fueron ocasionados, entre otros motivos, por el fallecimiento de un ser querido (cónyuge, madre, etc.), como por la jubilación.

Se pudieron observar, también, ciertos matices vinculados con las características del sentimiento de soledad en función del hecho que la generó, desde vivencias devastadoras, en aquellos casos que tienen su raíz en el proceso de duelo, a partir de, por ejemplo, la viudez, que tiene una extensión temporal mayor, diferenciándose de otras vivencias de soledad que son más acotadas, en cuanto a intensidad y duración.

También es una pérdida cuando dejas de trabajar (...). No encuentras un lugar y no hallas cómo expresar esa pérdida. Es difícil también, a veces, encontrar una identidad ante la sociedad (Mujer, 63 años).

Una cosa es hablar de una soledad que nos arrase, que nos invade y otra cosa es tener momentos de soledad. (...) Hay soledades que enferman y otras soledades que son transitorias y coyunturales (Varón, 74 años).

Yo, en algún momento, sí me sentí sola, cuando tuve la pérdida de mi mamá. (...)

yo sentía que nadie me entendía (Mujer, 63 años).

j) Roles y expectativa de cuidado a otras generaciones

Otro de los temas que emergió fuertemente es el malestar vinculado con lo que observan que se espera de una persona mayor, en cuanto al uso de su tiempo, y cómo otras generaciones tienden a dar por sentado que las personas mayores podrán y querrán realizar tareas de cuidado al disponer de más tiempo.

Las personas que no están haciendo actividad para sí, propias, o sea, disfrutando de una actividad que a ellas les puede ayudar a salir adelante, las están usando sus familias como cuidadores, para todas las necesidades que ellos tienen, no es la necesidad del adulto mayor, sino la necesidad que tiene la familia (Mujer, 63 años).

Si es su deseo, está perfecto. El tema es cuando la elección de no hacer actividades tiene que ver con un renunciamiento, ¿no? Y acá aparece algo que lo voy a introducir que también es bastante pantanoso, que es el tema de los roles. ¿No? ¿Qué significa el tema de los roles?

Mamá, vos que estás desocupada y no tenés nada que hacer, ¿me cuidás los chicos? Mamá, supongo que no tenés nada que hacer, ¿vas a buscar a la nena al jardín? Entonces, el rol de abuela opaca, absolutamente, el deseo personal de que esa persona, por ahí, quiere ir a bailar o quiere, no sé, ir a otro lado y ahí es donde se filtra inadvertidamente la cuestión de la soledad, porque dice: Yo tengo que cumplir con una función de madre y, ahora, de abuela y tengo que renunciar, esta cuestión de la abnegación. Miren, el rol está bien en de-

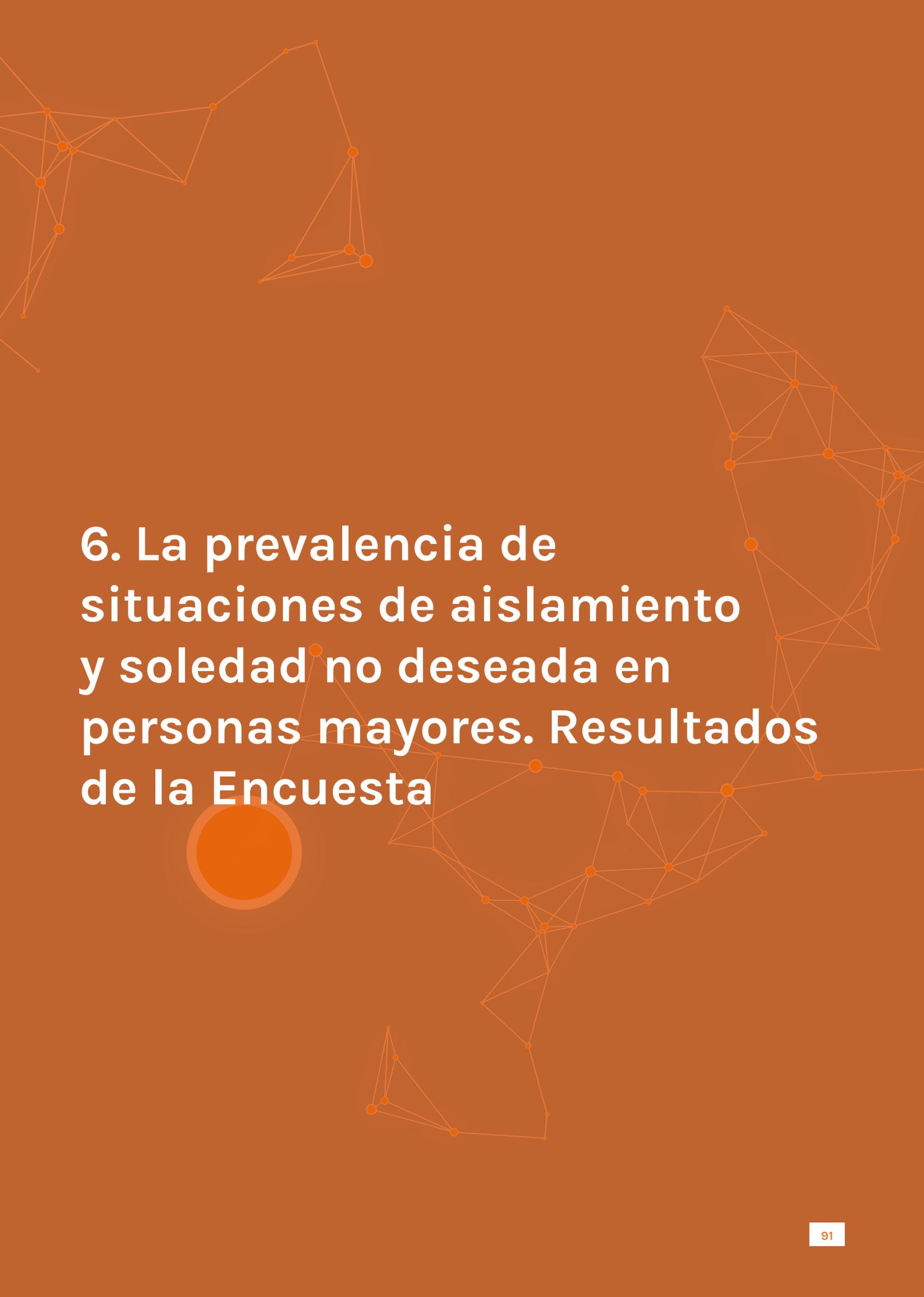
terminados momentos, pero cuando yo tengo determinada edad y elijo hacer determinadas cosas, tiene que estar encaminada a cierta fidelidad conmigo mismo, no con los otros. Esto no quiere decir que los vínculos no sean importantes (Varón, 74 años).

No somos el tonto útil de la familia. Tenemos que colaborar y ayudar, pero en la medida que a nosotros nos interesa y lo necesitamos. Si yo quiero ver a mi nieta, pues me voy a ver a mi nieta y la veo, punto. No por ello tengo que estar todos los días a las 9 de la mañana recogéndola para llevarla a la guardería (Varón, 63 años).

Sería maravilloso siempre encontrar personas que nos motiven, que nos acompañen, que nos señalen, porque, muchas veces, estamos envueltos nosotros mismos en nuestros roles, no nos damos cuenta, de que, quizás, estamos depresivos o de que no estamos activos (...) que puedan identificar y hacernos el señalamiento para poder estar activos e incorporarnos en una vida más placentera (Mujer).

Conclusión

A partir del análisis temático de las narrativas de las personas mayores participantes del grupo focal se pudieron identificar significados coincidentes en diferentes tópicos. La riqueza presente en el discurso desplegado por cada una de las personas y el debate que se fue generando, permitió detectar matices en los posicionamientos, facetas que permitieron observar la misma situación desde diferentes perspectivas, en parte, teñidas por las culturas propias de sus países de origen, así como también, por sus diferentes trayectorias de vida y los contextos particulares donde se fueron desarrollando.



6. La prevalencia de situaciones de aislamiento y soledad no deseada en personas mayores. Resultados de la Encuesta

6. La prevalencia de situaciones de aislamiento y soledad no deseada en personas mayores. Resultados de la Encuesta

En este apartado se presenta un análisis pormenorizado de los resultados obtenidos tras la aplicación de la Encuesta sobre la percepción de soledad en personas mayores de los países adheridos del PICSPAM.

La misma fue implementada mediante un cuestionario de carácter autoadministrado y anónimo, en formato *online*, que incluyó la medición de dimensiones, tales como el perfil sociodemográfico de la población encuestada, las características de la vivienda y el entorno, la composición de los hogares, las características de las redes sociales de apoyo, las actividades realizadas y uso del tiempo, la salud y el bienestar subjetivo, y la percepción de soledad.

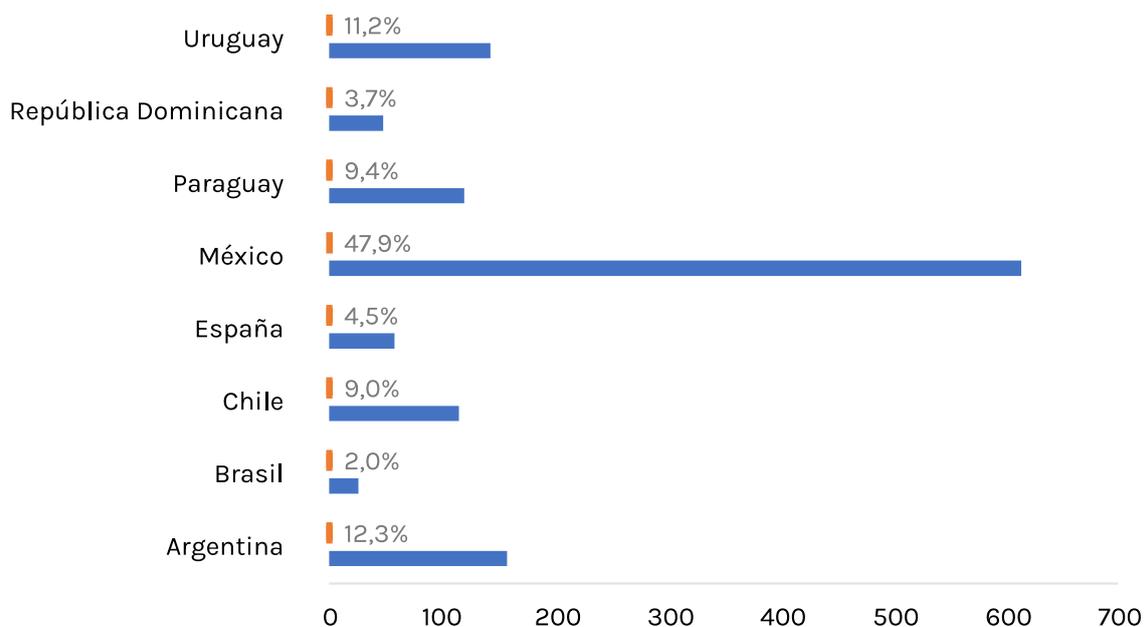
Para la medición de esta última dimensión se utilizó la Escala UCLA LS (University of California, Los Ángeles - Loneliness Scale), una de las más implementadas y recomendadas para medir la soledad. La versión utilizada consta de 20 ítems calificados en una escala de 4 puntos, diseñados para evaluar diferentes aspectos de la experiencia de soledad, tales como la falta de compañía, la sensación de vacío y la dificultad para establecer conexiones significativas.

La encuesta fue respondida por un total de 1.282 personas mayores, residentes de los ocho países miembros del PICSPAM, lo que permitió recoger una gran diversidad de experiencias y perspectivas sobre la temática.

Como se observa en el Gráfico 1, el país con más respuestas fue México, seguido de Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, España, República Dominicana y Brasil.

Gráfico 1

Porcentaje de personas encuestadas, según país.



Dada la divergencia en la cantidad de respuestas entre los países participantes se ha optado por realizar un análisis global de los resultados. Esta decisión busca ofrecer una visión integradora y representativa de las tendencias generales observadas, sin desestimar las posibles variaciones locales que podrán ser objeto de futuros estudios más específicos.

6.1. Características de la población encuestada

Perfil sociodemográfico

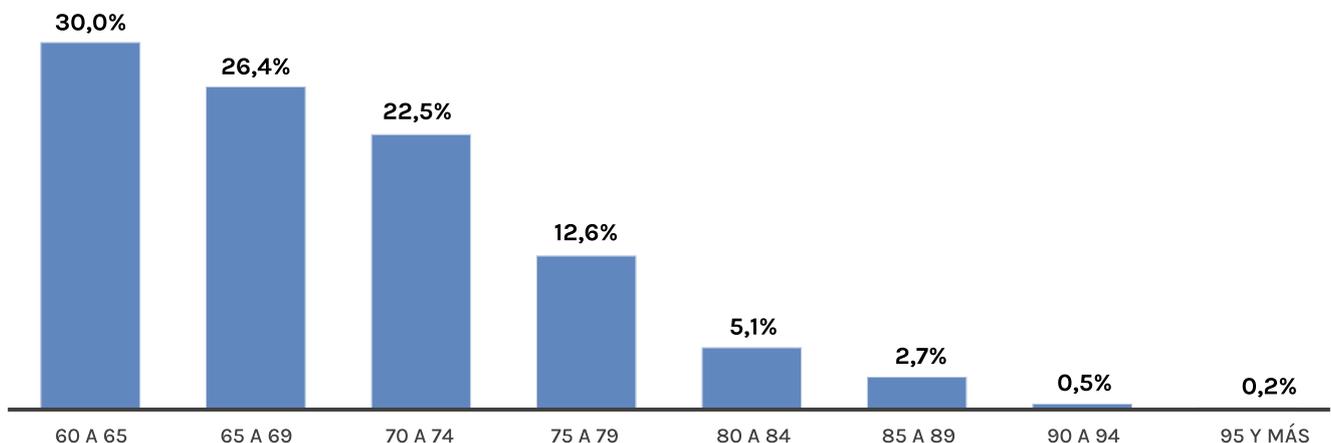
A continuación, se describen las características sociodemográficas de la población encuestada, considerando variables como la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y/o previsional, la percepción del nivel de ingresos, entre otros.

Edad

En relación con las edades, en el Gráfico 2 se observa que el 79% de las personas encuestadas tiene menos de 75 años. Este elevado porcentaje puede relacionarse con las características del cuestionario diseñado, el cual fue de carácter autoadministrado e implementado en formato *online*, es decir, que para responderlo era necesaria la utilización de dispositivos digitales con acceso a internet (teléfono móvil, computadora, *tablet*). Considerando la brecha digital existente dentro del grupo de las personas mayores, esto podría haber representado un obstáculo para que las personas de edades más avanzadas pudieran responder. Algunos países recurrieron al personal de las instituciones involucradas para ofrecer asistencia en la realización de la encuesta, refiriendo que las personas mayores no contaban con la tecnología necesaria para completarla por sí mismas.

Gráfico 2

Porcentaje de personas encuestadas, según grupo de edad.

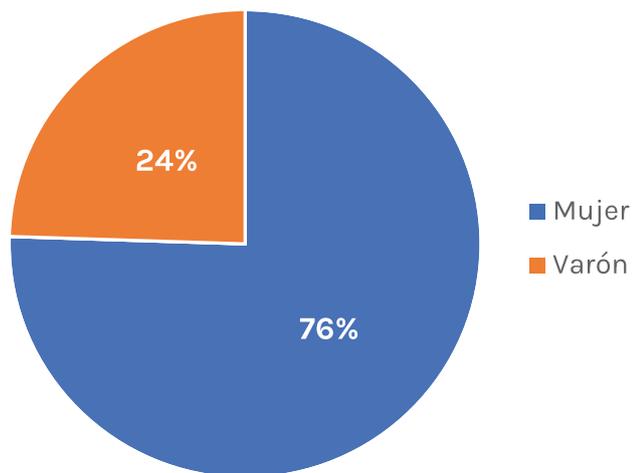


Género y orientación sexual

En cuanto al género, en el Gráfico 3 se muestra que la población que contestó la encuesta es predominantemente femenina, probablemente, porque como muestran las estadísticas de cada país, hay más mujeres mayores que varones del mismo grupo de edad. Otra posible explicación podría ser que las mujeres tienen mayor predisposición a hablar de su salud, de sus problemas y de los motivos y sentimientos vinculados a las situaciones de soledad, mientras que los varones son más esquivos a contar sobre las dificultades que atraviesan, por miedo a que sea valorado como un signo de debilidad.

Gráfico 3

Porcentaje de personas encuestadas, según género.

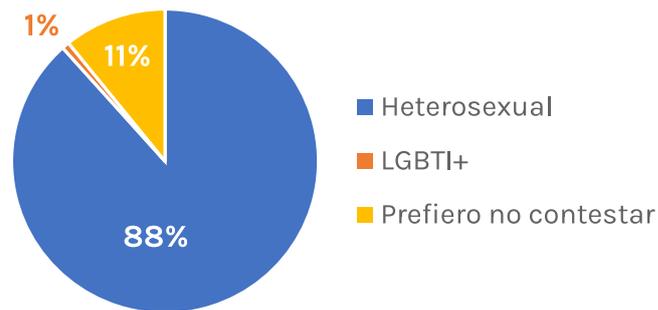


Asimismo, se indagó sobre la orientación sexual de las personas, dado que representa un factor fundamental para abordar la problemática de soledad, en tanto uno de los motivos por el cual puede producirse la soledad es la discriminación que sufre el grupo LGBTQ. Tal como se observa en el Gráfico 4, la mayoría de las personas mayores refirió ser heterosexual, un porcentaje inferior al 1% manifestó pertenecer al grupo LGBT y casi un 11% prefirió no responder a esta pregunta. La estigmatización en torno a la orientación sexual puede motivar a las personas a no revelar su identidad para

evitar situaciones de discriminación. Esto resalta la importancia de crear entornos más inclusivos y seguros para que toda la comunidad LGBT pueda expresar su orientación sin temor.

Gráfico 4

Porcentaje de personas encuestadas, según orientación sexual.



Pueblos originarios y afrodescendientes

Otro factor relevante a la hora de pensar las intersecciones que afectan a la problemática de soledad es la identificación étnica. En referencia a esto, una de cada cinco personas encuestadas se reconoce como indígena o descendiente de pueblos originarios (Gráfico 5), mientras que solo el 5% manifiesta reconocerse como afrodescendiente (Gráfico 6).

Gráfico 5

Porcentaje de personas encuestadas, según su reconocimiento como indígena o descendiente de pueblos originarios.

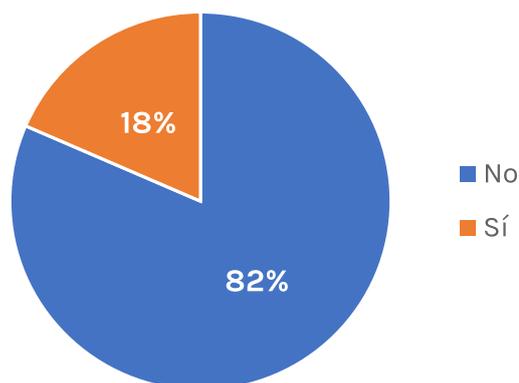
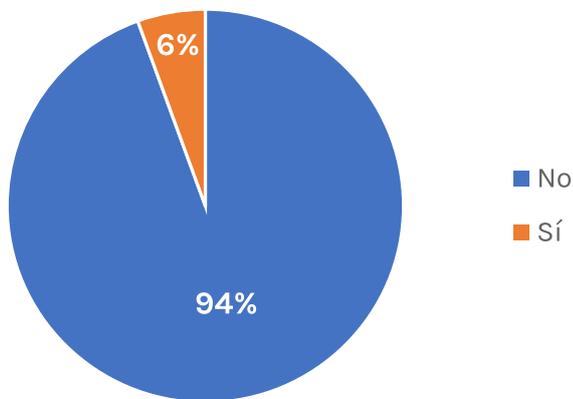


Gráfico 6

Porcentaje de personas encuestadas, según su reconocimiento como afrodescendiente.

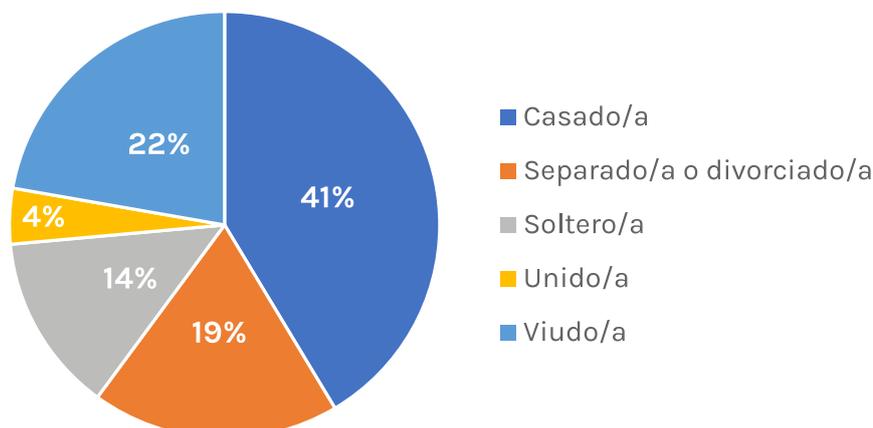


Estado Civil

Otro dato que arroja la encuesta es el estado civil de las personas mayores. El 41% refiere estar casado, seguido de aquellos/as que se encuentran viudos/as, quienes representan casi una de cada cuatro personas (Gráfico 7). Este dato resulta importante, dado que la viudedad es un factor muy significativo en relación con las situaciones de soledad (Víctor et al., 2006). Las personas viudas suelen presentar altos niveles de soledad, dado que han perdido su principal apoyo emocional que suele ser el/la cónyuge.

Gráfico 7

Porcentaje de personas encuestadas, según el estado civil.

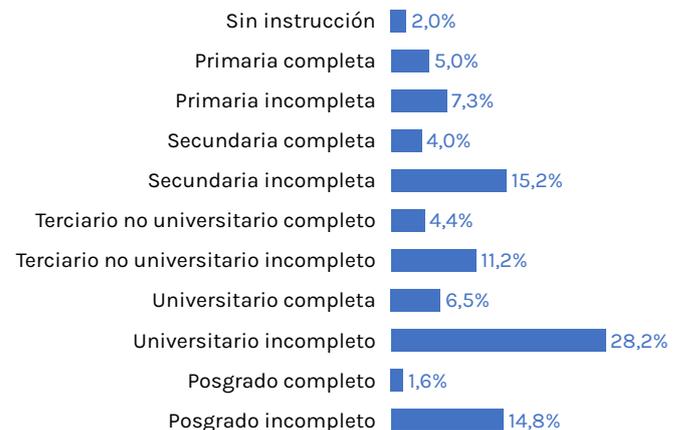


Nivel Educativo

En términos generales, el Gráfico 8 muestra que el nivel educativo de la población encuestada es elevado, ya que el 45% presenta estudios terciarios, universitarios o posgrados completos. Si se incorporan a aquellos/as que han cursado en estos mismos niveles, pero no los han finalizado, el porcentaje asciende al 67%. Solo el 2% no presenta instrucción y el 16% no completó la secundaria.

Gráfico 8

Porcentaje de personas encuestadas, según nivel educativo.



Ingresos

La mayoría de las personas encuestadas percibe jubilación y/o pensión, porcentaje que asciende al 76% y alrededor del 24% no recibe este tipo de ingresos (Gráfico 9).

Esto responde a que la encuesta incluyó a personas de 60 años y más, y en algunos países de la región la edad mínima para acceder a una jubilación es mayor, como el caso de España o México donde se accede (en ambos géneros) a partir de los 65 y 68 años, respectivamente. Tal como se observa en la Tabla 32, del 24% de las personas que no reciben jubilación y/o pensión, el 18% corresponde a personas entre 60 y 69 años. Por otra parte, en algunos países (como Argentina, Brasil, y Chile) la edad de jubilación entre varones y mujeres es diferente (60 años para mujeres y 65 años para varones). Además, debe considerarse como otro factor relevante la dificultad en el acceso y el alcance limitado de los sistemas previsionales en algunos países de la región.

Gráfico 9

Porcentaje de personas encuestadas que perciben jubilación o pensión.

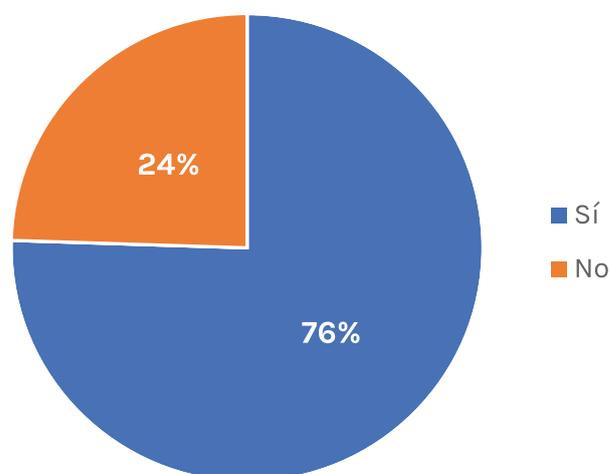


Tabla 32

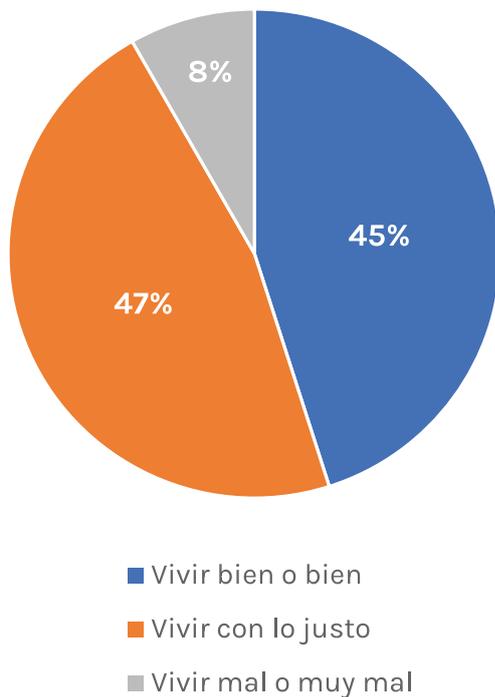
Percepción de jubilación y/o pensión, según grupo de edad.

Grupo de edad	Percepción de jubilación y/o pensión	
	No	Sí
60 a 65	12,5%	17,6%
65 a 69	5,3%	21,1%
70 a 74	2,9%	19,6%
75 a 79	1,7%	10,9%
80 a 84	0,7%	4,4%
85 a 89	0,2%	2,5%
90 a 94	0,2%	0,3%
95 y más	0,0%	0,2%
Total	23,6%	76,4%

Al analizar la percepción de las personas encuestadas respecto de su nivel de ingresos, la mayoría refirió que sus ingresos le permiten “vivir con lo justo”, un porcentaje importante afirma vivir bien o muy bien y solo el 8,2% manifiesta vivir mal o muy mal (Gráfico 10).

Gráfico 10

Porcentaje de personas encuestadas, según percepción de su nivel de ingresos.



Características de la vivienda y el entorno

En esta sección se describen las características de la vivienda y del entorno en el que residen las personas encuestadas. Esta dimensión resulta fundamental para el estudio de la soledad, considerando que las viviendas en mal estado, la falta de accesibilidad y un entorno poco amigable con las personas mayores podrían ser causa de situaciones de aislamiento social y soledad.

Viviendas

El Gráfico 11 revela que la mayoría de las personas encuestadas vive en casas (76,1%), seguido de las que viven en departamentos (22,2%) y el 1,8% lo hace en otro tipo de vivienda (casillas o ranchos, piezas de inquilinatos, hoteles o pensiones, residencias de larga estadía etc.⁴). Asimismo, al indagar sobre la calidad de la vivienda, se destaca que el 12% reside en una vivienda precaria (Gráfico 12). Por su parte, la gran mayoría de las personas mayores (82%) posee vivienda propia, mientras que solo el 10,4% alquila su vivienda (Gráfico 13).

Gráfico 11

Porcentaje de personas encuestadas, según tipo de vivienda.



Gráfico 12

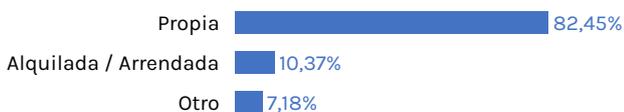
Porcentaje de personas encuestadas, según la calidad de la vivienda.



⁴ Cabe destacar que las personas que viven en residencias de larga estadía no tienen relevancia estadística.

Gráfico 13

Porcentaje de personas encuestadas, según régimen de tenencia de la vivienda.



Zona de residencia

Respecto de la zona de residencia, el 95% de las personas encuestadas indicó vivir en zonas urbanas (Gráfico 14). Este elevado porcentaje puede relacionarse con el formato online del cuestionario, lo que hizo necesaria la utilización de dispositivos digitales con acceso a internet para poder responderlo. Considerando la brecha digital existente entre las zonas urbanas y rurales, esto podría haber representado un obstáculo para que las personas en ámbitos rurales puedan participar de la encuesta.

Por su parte, casi el 90% de la población encuestada indicó no contar con ningún obstáculo para entrar y salir de su vivienda, pero existe un 10% que manifiesta lo contrario (Gráfico 15). Esto resulta relevante, ya que el hecho de presentar barreras u obstáculos de acceso a la vivienda podría ser uno de los motivos que lleve a las personas mayores al aislamiento social.

Gráfico 14

Porcentaje de personas encuestadas, según zona de residencia.

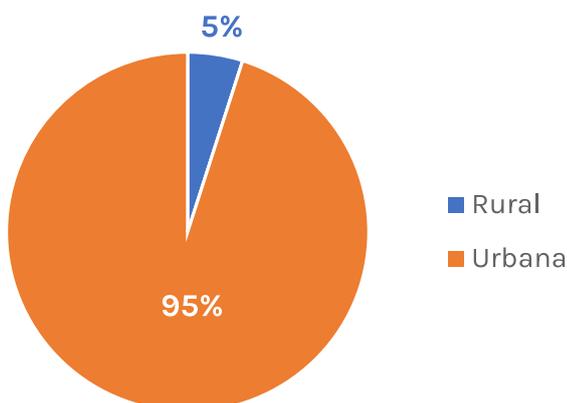
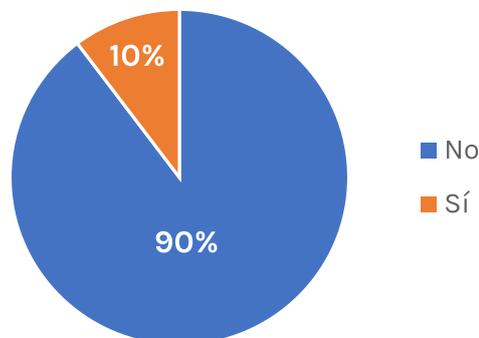


Gráfico 15

Porcentaje de personas encuestadas, según la existencia de barreras/obstáculos en el ingreso a la vivienda.

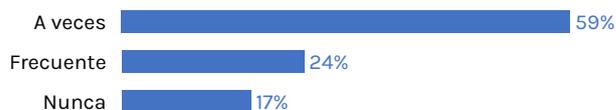


Disponibilidad de recursos en el vecindario

Respecto a la disponibilidad de recursos en el vecindario, se destacan algunos datos interesantes. En el Gráfico 16 se observa, en primer lugar, que solo el 23% de las personas mayores afirma que suelen pedir ayuda a sus vecinos/as, de manera frecuente, mientras que la mayoría lo hace solo a veces, y un 17%, nunca.

Gráfico 16

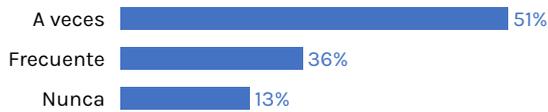
Porcentaje de personas encuestadas, según la frecuencia con que pide ayuda a los vecinos/as.



Al indagar sobre si los vecinos/as se cuidan entre sí, el Gráfico 17 muestra que la mayoría de las personas consideró que esto sucede solo a veces (51%), el 36% opina que el cuidado entre vecinos/as es frecuente y solo el 12% contestó que no (Gráfico 17).

Gráfico 17

Porcentaje de personas encuestadas, según el cuidado de los vecinos/as entre sí.



Por otra parte, el Gráfico 18 que hace referencia a la comunicación con los/as vecinos, revela que el 51% conversa de manera frecuente con los/as vecinos/a, en menor proporción lo realizan algunas veces (43%), y un 6% no mantiene ninguna charla con ellos/as.

Gráfico 18

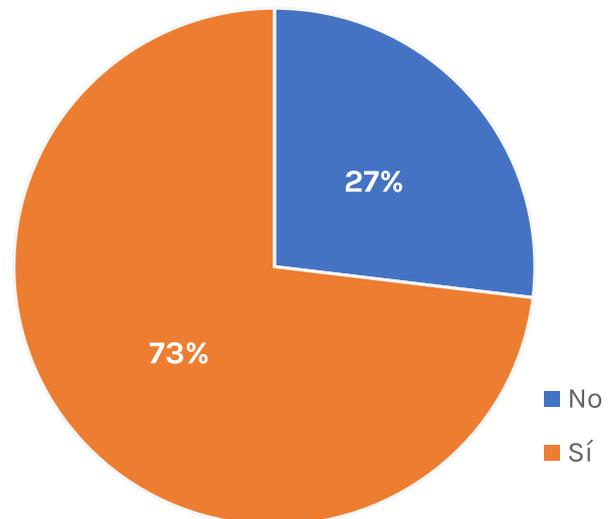
Porcentaje de personas encuestadas, según la comunicación con los vecinos/as.



En el Gráfico 19 se describe la percepción de seguridad en el vecindario. El 27% de personas mayores no considera que su vecindario sea seguro y este puede ser un motivo para no salir de su casa, generando situaciones de aislamiento y soledad.

Gráfico 19

Porcentaje de personas encuestadas, según percepción de seguridad en el vecindario.

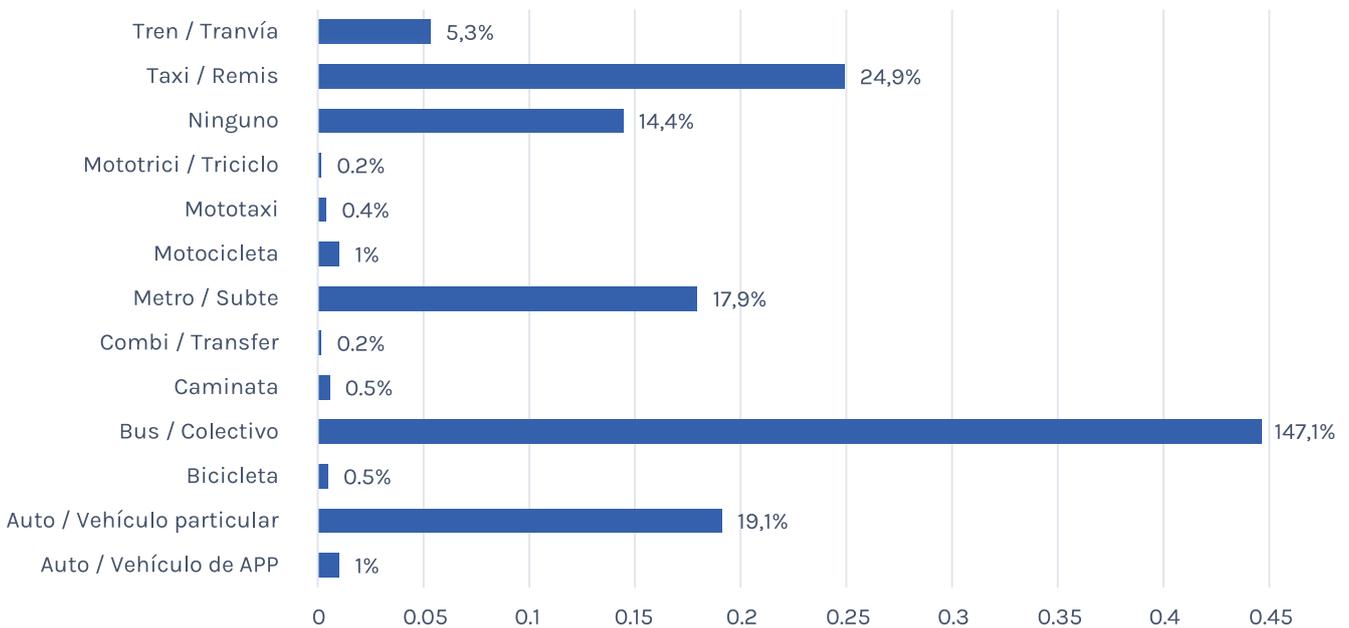


En cuanto a los medios de transportes utilizados por las personas mayores, el Gráfico 20 muestra que, con mayor frecuencia, utilizan el bus o colectivo (47%), en segundo lugar, el taxi o remis (25%), en tercer lugar, el auto o vehículo particular, en cuarto lugar, el metro o subte (18%), y en menor medida utilizan el tren, tranvía, bicicleta, caminata, moto, entre otros⁵.

⁵ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

Gráfico 20

Porcentaje de personas encuestadas, según el medio habitual de transporte público.



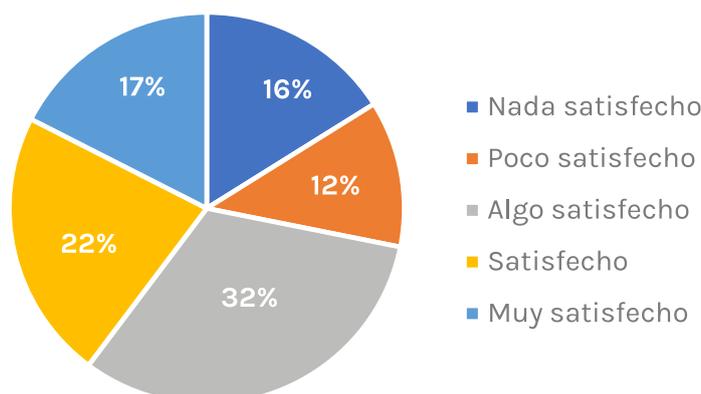
Por su parte, en referencia al nivel de satisfacción con el transporte público, el Gráfico 21 muestra que solo el 40% contestó que estaba satisfecho y casi el 30% se encuentra poco o nada satisfecho. El no contar con un transporte público adecuado podría desincentivar a las personas mayores a salir de sus hogares para realizar actividades familiares, recreativas, sociales, etc.

Composición del hogar

En esta dimensión se indagaron los tipos de hogares en los que viven las personas mayores. Para hogares unipersonales se relevó el tiempo y los motivos por los que la persona vive sola. Y en hogares de dos o más personas se indagó sobre la cantidad de miembros, la relación de parentesco con los mismos, la edad de los miembros y la relación entre miembros e ingresos del hogar.

Gráfico 21

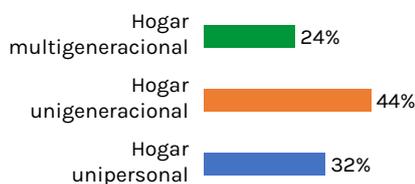
Porcentaje de personas encuestadas, según el nivel de satisfacción del transporte público.



En primer lugar, el Gráfico 22 muestra que el 32% de las personas encuestadas vive sola, el 44% vive con otra persona mayor y solo el 24% vive con otras generaciones. Las personas que viven solas presentan mayor riesgo de sufrir aislamiento y soledad, lo que convierte a este dato en un posible predictor de esta problemática.

Gráfico 22

Porcentaje de personas encuestadas, según tipo de hogar.



Al centrarse en el universo de personas que viven solas, un 62% asegura que vive de esa forma hace menos de 10 años, mientras que 4 de cada 10 refirió vivir solo/a hace más de 10 años (Gráfico 23). Al indagar los motivos por los que viven solos/as, el Gráfico 24 describe que 40,7% lo hace por elección personal, el 29%, por el fallecimiento de algún integrante del hogar, principalmente la pareja o cónyuge, y un 22,1% por mudanza de algún integrante del hogar, entre los que se destacan los/as hijos/as. Ambas situaciones –la viudedad y el fenómeno del nido vacío–, se encuentran en relación con el sentimiento de soledad.

Gráfico 23

Porcentaje de personas encuestadas, según tiempo transcurrido.

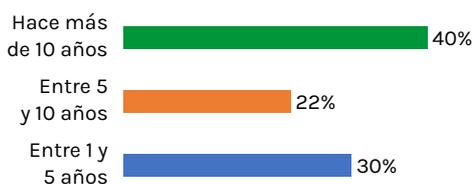
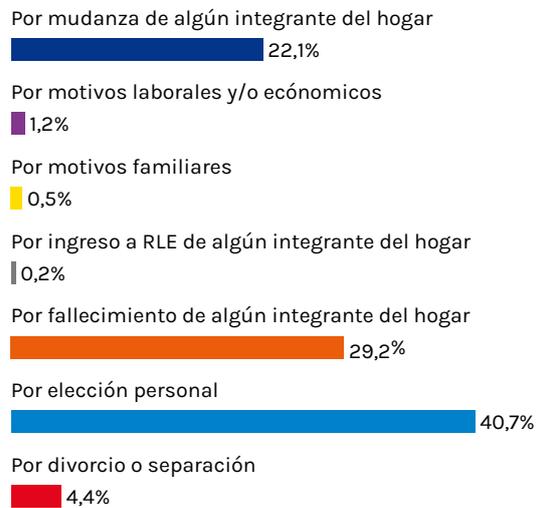


Gráfico 24

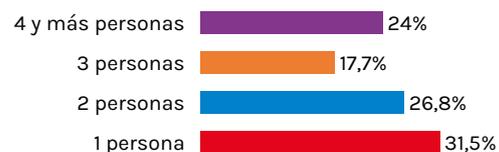
Porcentaje de personas que viven solas, según motivo.



El Gráfico 25 muestra que en el universo de personas que viven con otros/as, la mayoría lo hace en hogares pequeños, es decir, constituidos por pocos miembros: el 31,5% vive con solo una persona, el 44,5% vive con dos o tres personas, y solamente el 24% vive con cuatro personas o más.

Gráfico 25

Porcentaje de personas que viven con otros, según cantidad de miembros del hogar.

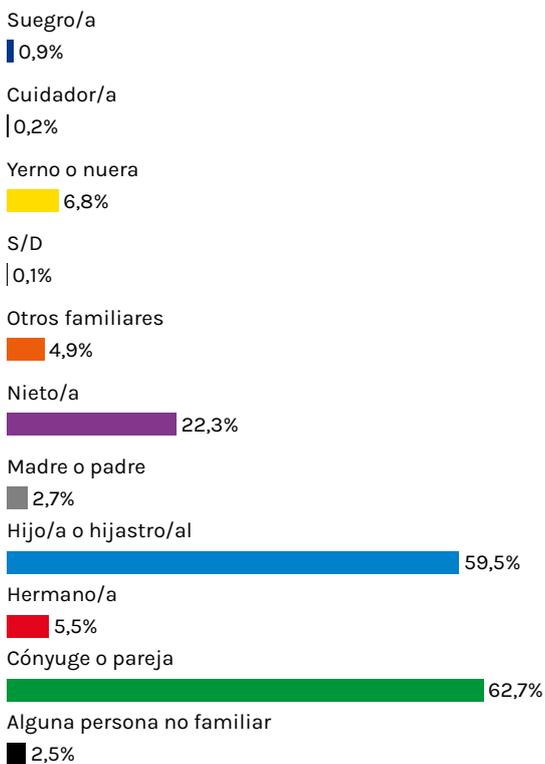


Respecto de la relación de parentesco entre las

personas que comparten hogar, se observa en el Gráfico 26 que la gran mayoría vive con su cónyuge (62,7%) y/o con sus hijos/as (59,5%) y casi un cuarto de la población (22%) con sus nietos. Casi el 7% refirió vivir con su yerno o nuera, un 5,5% con su hermano o hermana, un 5% con otros familiares y una muy pequeña proporción (2,5%) con personas que no son de la familia⁶.

Gráfico 26

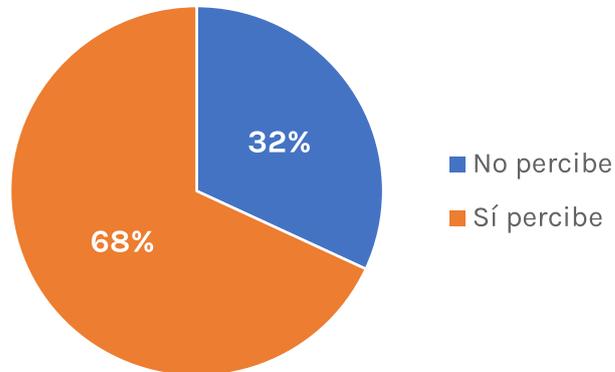
Porcentaje de personas que viven con otros, según parentesco con los miembros del hogar.



Respecto de la relación entre la cantidad de miembros e ingresos del hogar, el Gráfico 27 muestra que el 32% refirió que no todos los miembros del hogar perciben ingresos, lo que representa una carga económica mayor que quienes refieren que todos los miembros son perceptores de ingresos (68%).

Gráfico 27

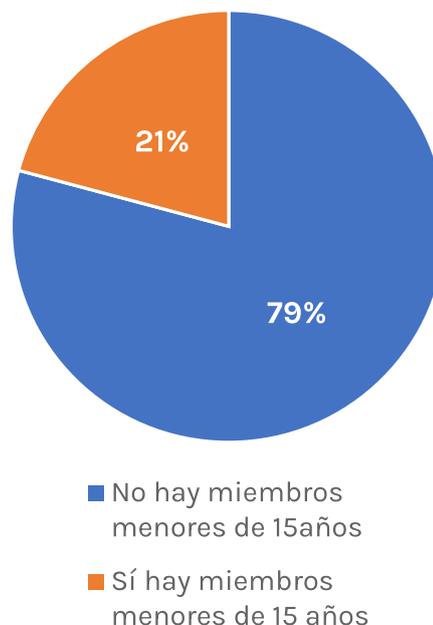
Porcentaje de personas que viven con otros, según la relación entre cantidad de miembros e ingresos.



Por su parte, respecto a la presencia de niños/as de hasta 14 años en los hogares, el Gráfico 28 indica que el 21% respondió de manera afirmativa, lo que se encuentra en sintonía en el dato anterior.

Gráfico 28

Porcentaje de personas que viven con menores de 15 años.



⁶ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

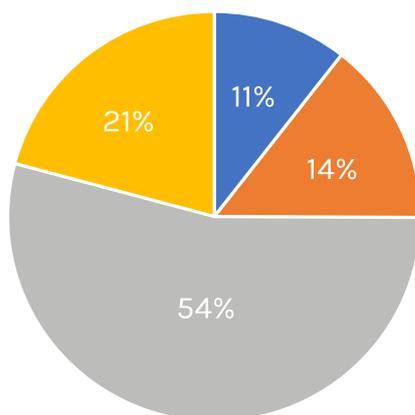
Redes de apoyo

En esta dimensión se indagó la composición de la red familiar, la distancia desde su hogar al hogar más cercano de sus familiares, tipo de redes de apoyo, tamaño y calidad de la red. Las redes de apoyo son fundamentales para combatir el aislamiento y la soledad, por lo que explorar esta dimensión resulta fundamental para este estudio.

En este sentido, se observa en el Gráfico 29 que el 89% de las personas encuestadas refirió tener hijos e hijas. Más de la mitad tiene entre dos y tres hijos/as (54%), un 21% tiene cuatro o más, el 14%, solo uno/a y el 11% manifestó no tener hijos. De esta manera, es posible afirmar que el 25% de las personas -incluyendo a quienes no tienen hijos o tienen uno solo - dispone de una red familiar pequeña o poco densa, lo que puede afectar en la aparición de sentimientos de soledad, por la falta de apoyo social.

Gráfico 29

Porcentaje de personas encuestadas, según cantidad de hijos/as.

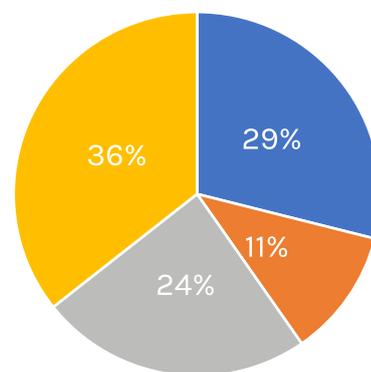


- No tiene hijos/as
- 1 hijo/a
- 2 a 3 hijos/as
- 4 y más hijos/as

Otro dato importante que revela el Gráfico 30 es la cantidad de nietos/as de las personas encuestadas, encontrando que el 71% tiene, al menos, uno/a. El 29% refirió no tener nietos/as, porcentaje significativo si se tiene en cuenta que es un recurso valioso en la red de apoyo de una persona mayor, dado que brindan compañía y reducen la sensación de soledad, generando un intercambio generacional beneficioso para ambos.

Gráfico 30

Porcentaje de personas encuestadas, según cantidad de nietos/as.



- No tiene nietos/as
- 1 nieto/a
- 2 a 3 nietos/as
- 4 y más nietos/as

Por último, el Gráfico 31 muestra que el 31% de las personas encuestadas manifestó tener, al menos, dos hermanos/as y el 57%, tres hermanos/as o más. Solo un 12% refiere no tener hermanos/as.

Gráfico 31

Porcentaje de personas encuestadas, según cantidad de hermanos y hermanas.

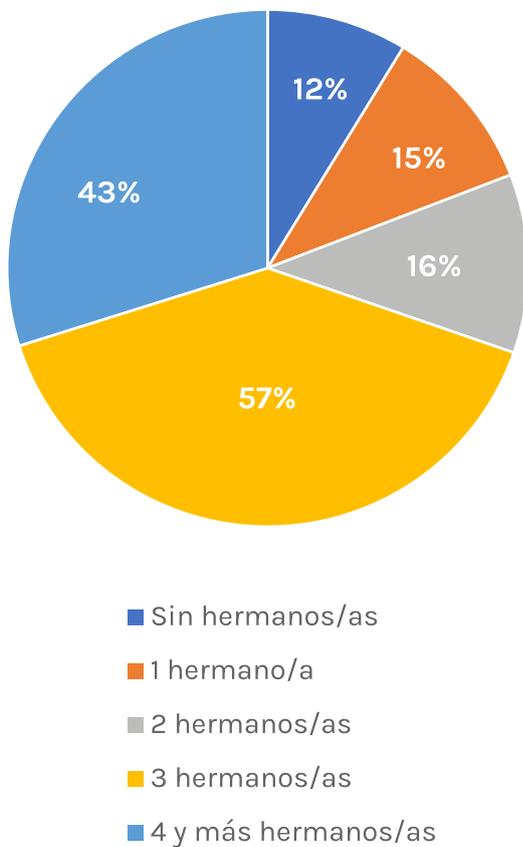


Gráfico 32

Porcentaje de personas encuestadas, según contacto con familiares.

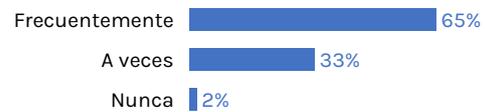
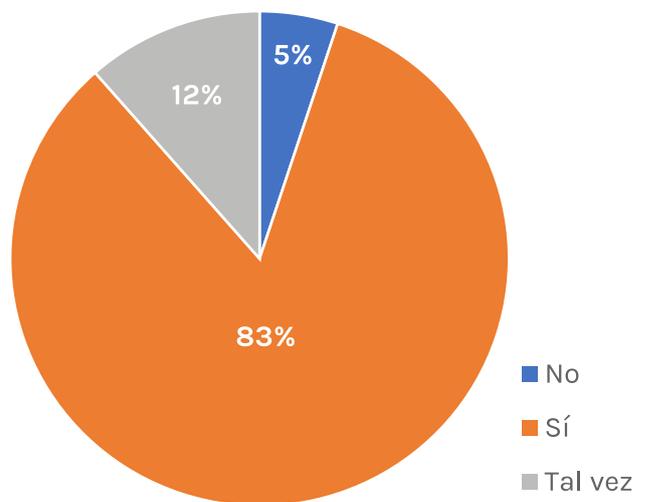


Gráfico 33

Porcentaje de personas encuestadas, según si puede contar con sus familiares, en caso de necesitar ayuda.



El Gráfico 32 hace referencia al contacto con familiares: el 88% manifestó que se reúne y, dentro de este grupo, el 65% lo hace frecuentemente. Solo un 2% indicó no tener contacto con sus familiares. Por su parte, el Gráfico 33 muestra las respuestas acerca de la presencia de familiares ante la necesidad de ayuda: el 83% manifiesta que puede contar con sus familiares, en caso de necesitarlo.

Otro dato que arroja la encuesta y se evidencia en el Gráfico 34 es que el 47% de las personas sufrió la pérdida de un ser querido en el último año, y en el Gráfico 34 se observa que, en referencia a la relación de parentesco, el 21% refirió haber perdido a su hermano/a, el 13%, a su padre o madre, el 7,4% a su pareja o cónyuge, el 39% a otros familiares, el 30% a alguna persona no familiar, y el 1% perdió una mascota⁷.

⁷ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

Gráfico 34

Porcentaje de personas encuestadas, según la pérdida de un ser querido.

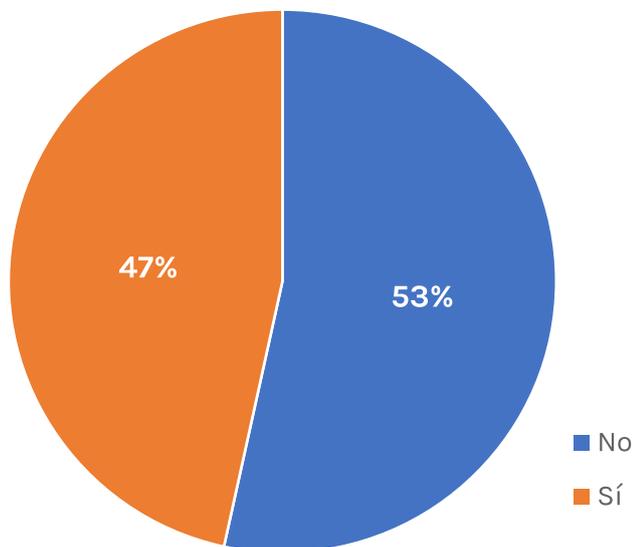
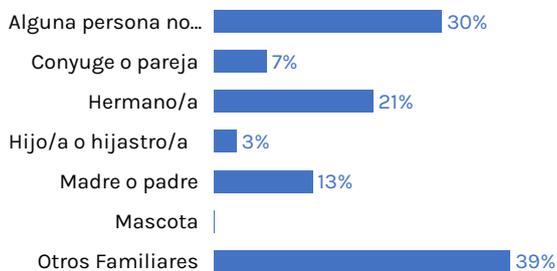


Gráfico 35

Porcentaje de personas encuestadas, según el parentesco del ser querido que perdió en el último año.



Dada la importancia que tienen las redes de apoyo en el combate del aislamiento y la soledad se exploró sobre los vínculos de amistad y las relaciones vecinales. De esta manera, el Gráfico 36 muestra que la respuesta ante la pregunta de si tiene contacto con amigos/as o vecinos/as, el 94% afirmó tener contacto, la mayoría, de forma frecuente (52%), en segundo lugar, algunas veces (42%) y solo el 6% indicó no tener contacto con amigos/as o vecinos/as.

Por su parte, respecto a la presencia de amigos/as y vecinos/as ante la necesidad de ayuda, el 75% indicó que considera que puede contar con ellos/as, en caso de necesitarlo (Gráfico 37).

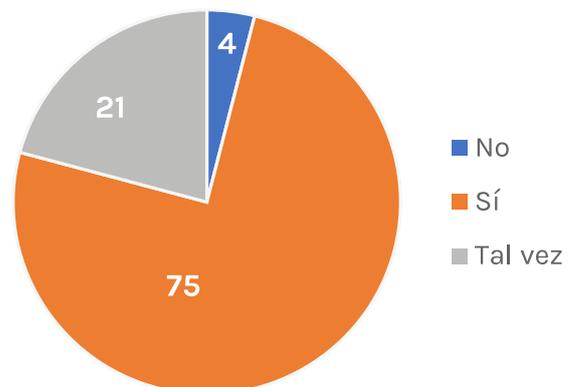
Gráfico 36

Porcentaje de personas encuestadas, según si se reúne o está en contacto con amigos/as o vecinos/as.



Gráfico 37

Porcentaje de personas encuestadas, según si puede contar o no con amigos/as y vecinos/as.



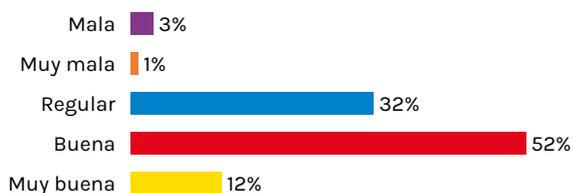
Salud y bienestar

El estado de salud de las personas es un factor relevante para el abordaje de las situaciones de soledad y aislamiento, es por ello que se indagó acerca de la percepción de la salud y la memoria, la presencia de enfermedades y/o dolores que dificulten o impidan la realización de actividades de la vida diaria.

En referencia a la percepción de la salud, el 64% refiere tener buena o muy buena salud y solo el 4% responde: mala o muy mala (Gráfico 38).

Gráfico 38

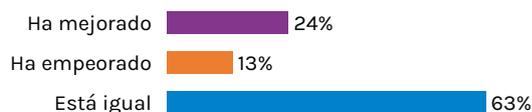
Porcentaje de personas encuestadas, según la percepción de salud.



Al indagar sobre la evolución de su salud con referencia al año anterior, el 63% indicó que se encuentra igual, el 24%, que mejoró y el 13%, que empeoró (Gráfico 39).

Gráfico 39

Porcentaje de personas encuestadas, según los cambios en la salud respecto al año anterior.



Otro dato que arroja la encuesta es la percepción del estado de la memoria: el 72% de las personas encuestadas manifestó tener una buena o muy buena memoria y solo un 3%, mala o muy mala (Gráfico 40). Al indagar sobre la evolución de su memoria con referencia al año anterior, un 80% de las personas manifestó que se encuentra igual, un 9%, que mejoró y un 11%, que empeoró (Gráfico 41). Las pérdidas de la memoria pueden estar relacionadas con los trastornos cognitivos y esto puede desestimular a que las personas se reúnan socialmente o puede generar la sensación de inseguridad para salir de su casa por miedo a no saber regresar.

Gráfico 40

Porcentaje de personas encuestadas, según percepción del estado de la memoria.

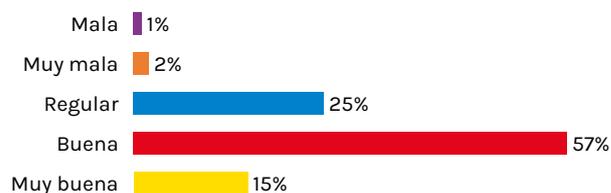
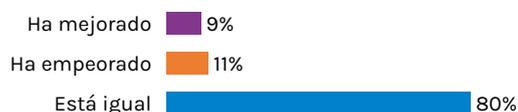


Gráfico 41

Porcentaje de personas encuestadas, según percepción del estado de la memoria con respecto al año anterior.

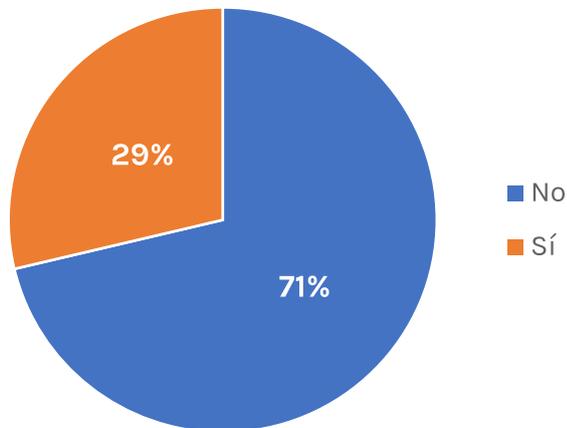


Más allá de la percepción sobre el estado de salud y la memoria que, en general, ambas son buenas, y la mayoría manifiesta no haber sufrido cambios en el tiempo, se indagó respecto de la presencia de alguna enfermedad y/o dolor frecuente que genere limitaciones para el desarrollo habitual de las actividades. A esto, respondió el 29% no tener ninguna enfermedad de estas características (Gráfico 42); y el 51% manifestó experimentar algún dolor inhabilitante (Gráfico 43). Sobre esto último, el 66% refirió tener dolores en articulaciones (rodillas, caderas, hombros, etc.), el 41%, dolores en la espalda, el 40%, en las piernas y los pies, el 21%, en manos y muñecas, el 18%, en cuello y un 5%, en otras partes del cuerpo⁸ (Gráfico 44). El hecho de sufrir dolor puede llevar a la pérdida de la autonomía y, por lo tanto, al aislamiento y sentimiento de soledad.

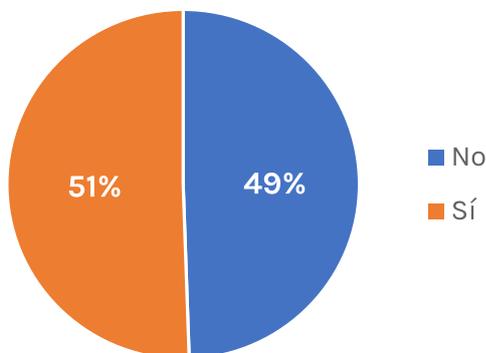
⁸ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

Gráfico 42

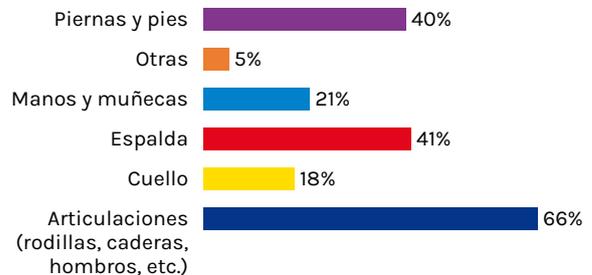
Porcentaje de personas encuestadas, según si padecía alguna enfermedad que le genera limitaciones.

**Gráfico 43**

Porcentaje de personas encuestadas, según si padecía o experimenta algún dolor de forma frecuente que le genera limitaciones.

**Gráfico 44**

Porcentaje de personas encuestadas, según en qué lugar del cuerpo padecía o experimenta algún dolor de forma frecuente que le genera limitaciones.



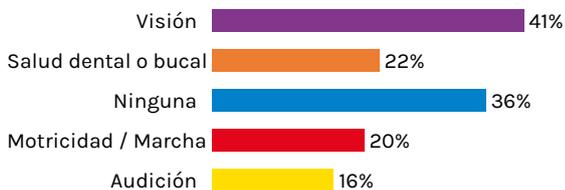
Por otra parte, se indagó sobre la presencia de dificultades o deficiencias en la audición, la motricidad y la marcha, la visión y la salud dental o bucal, encontrando en el Gráfico 45 que un 36% manifestó no presentar ninguna de estas dificultades. El 41% respondió que presentaba dificultades en la visión, un 22%, en la salud bucal, un 20%, en la motricidad y marcha y un 16%, en la audición⁹.

Estas dificultades pueden provocar que las personas no quieran salir de su casa, ya que existe una sensación de inseguridad al tener dificultades para escuchar, ver o desplazarse. La falta de piezas dentarias y la falta de prótesis pueden tener un impacto negativo en la vida social de las personas, afectando su capacidad para interactuar con otros/as. La sonrisa es importante en las relaciones sociales, las personas pueden evitar sonreír o reír en público, porque afecta negativamente la imagen personal y la autoestima, generando aislamiento y sentimiento de soledad.

⁹ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

Gráfico 45

Porcentaje de personas encuestadas, según dificultades o deficiencias.



Respecto de las dificultades para realizar Actividades de la Vida Diaria (AVD), solo el 12% refirió tener algún nivel de dificultad para realizarlas (Gráfico 46), mientras que un 22% manifestó tener algún nivel de dificultad para realizar actividades instrumentales (Gráfico 47).

Gráfico 46

Porcentaje de personas encuestadas, según dificultades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

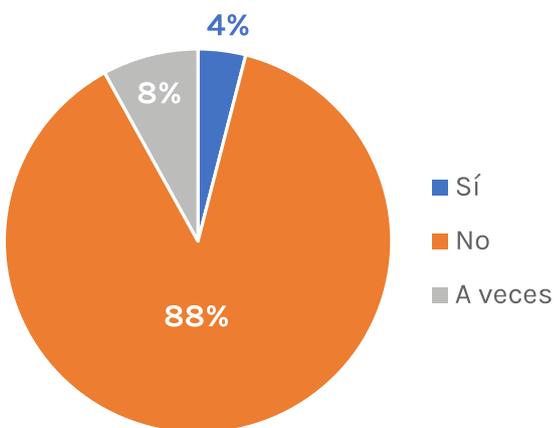
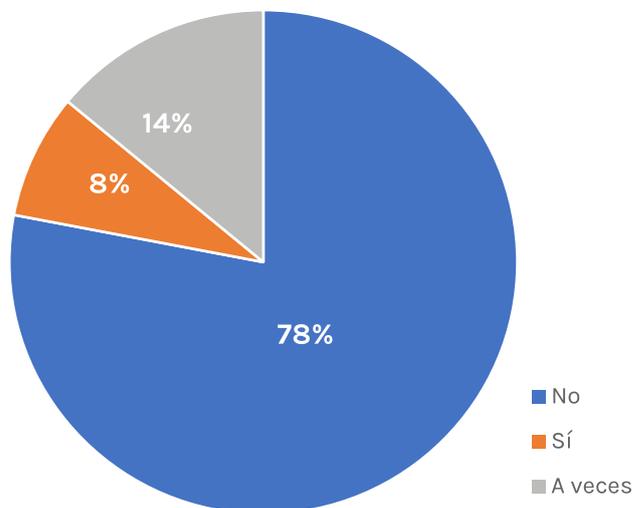


Gráfico 47

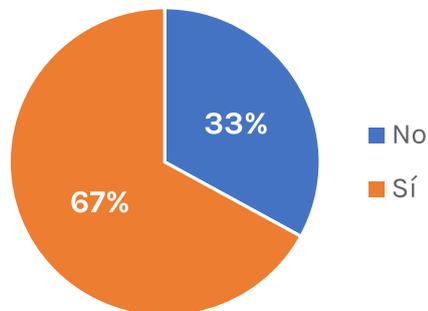
Porcentaje de personas encuestadas, según dificultades en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.



Por último, se indagó sobre la existencia de sentimientos de tristeza o depresión por un largo tiempo. Observamos en el Gráfico 48 que el 33% contestó de manera afirmativa. La soledad y el aislamiento puede ser la consecuencia de sentirse triste o deprimido, pero también puede ser el motivo de estos sentimientos.

Gráfico 48

Porcentaje de personas encuestadas, según si en los últimos meses se ha sentido triste o deprimido/a.

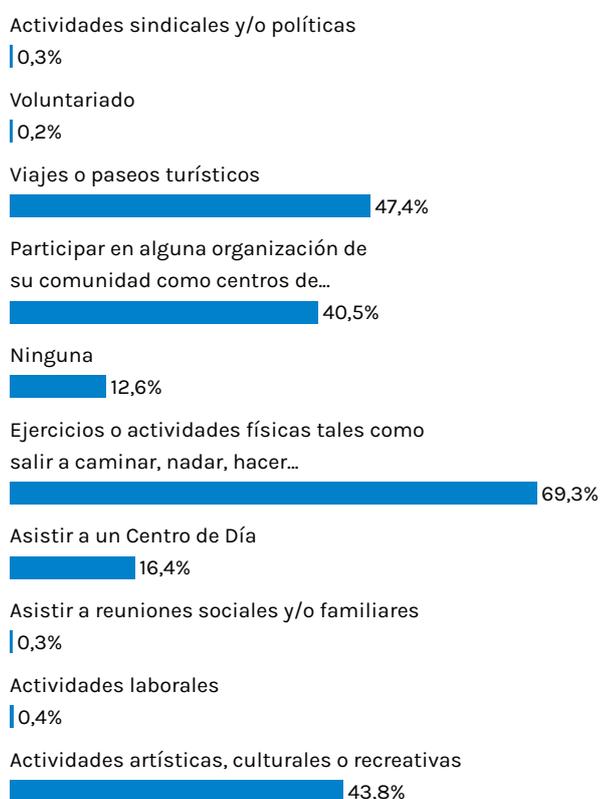


Uso del tiempo

En esta dimensión se indaga sobre la participación de las personas mayores en actividades en la comunidad (artísticas, culturales, recreativas, laborales, etc.), así como en el acceso y el uso a las nuevas tecnologías, internet, las herramientas digitales y las redes sociales.

Gráfico 49

Porcentaje de personas encuestadas, según actividades que realizaron en los últimos meses.



En cuanto a las actividades realizadas en los últimos meses por las personas encuestadas, el Gráfico 49 muestra que el 69% realiza actividades físicas (caminar, nadar, hacer un deporte, gimnasia, yoga, baile u otros), el 47%, viajes turísticos, el 44% realizó actividades artísticas, culturales o recreativas, el 40% participó en alguna organización de su comunidad (centros de jubilados/as, centros comunitarios, iglesias u otros), el 16% asistió a un centro de día, el 1% refirió haber realizado actividades sindicales, laborales y políticas, el 0,2% realizó actividades de voluntariado y un 13% manifestó que no realizó ninguna¹⁰.

Por su parte, las nuevas tecnologías favorecen los contactos con familiares y amigos/as, permiten mantenerse informados/as y comunicarse con personas que se encuentran en otras áreas geográficas. También promueven el acceso a la educación y al trabajo a distancia y promueven las relaciones intergeneracionales, por lo que representan una herramienta fundamental para combatir el aislamiento y la soledad.

Al indagar sobre estas temáticas, 92% refirió utilizar internet (Gráfico 50). En referencia a la frecuencia del uso de internet, el 76% manifestó que lo utiliza varias veces al día, el 7%, una vez al día, el 6%, varias veces a la semana, el 2%, una vez a la semana, el 2%, menos de una vez a la semana y el 6% no la utiliza (Gráfico 51).

Asimismo, al indagar sobre las actividades para las que se utiliza internet el 82% indicó que lo utiliza para comunicarse (correo electrónico, mensajería, redes sociales), el 61%, para entretenimiento, el 57%, para información (noticias, etc.), el 42%, para educación y aprendizaje, el 25%, para compras en línea, el 22%, para trabajo y teletrabajo, el 4% no la utiliza, y solo el 0,5% indicó utilizar internet para pagos u operaciones bancarias (Gráfico 52¹¹).

¹⁰ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

¹¹ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

Gráfico 50

Porcentaje de personas encuestadas, según si utiliza internet.

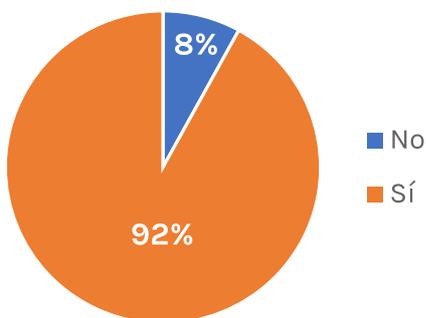


Gráfico 51

Porcentaje de personas encuestadas, según cuántas veces a la semana utilizan internet.

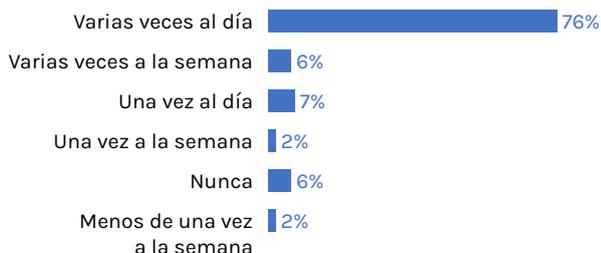
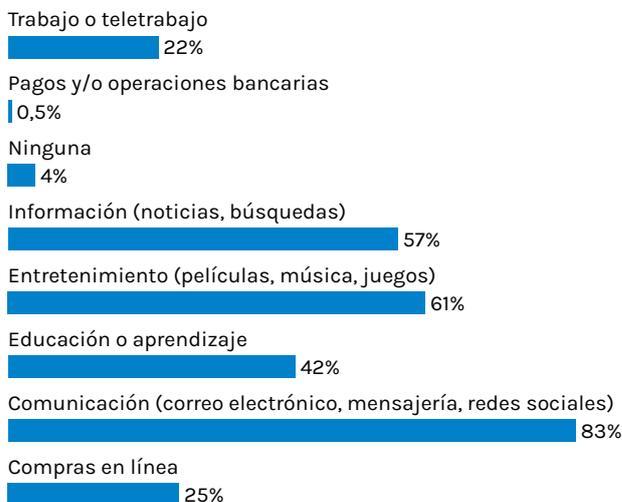


Gráfico 52

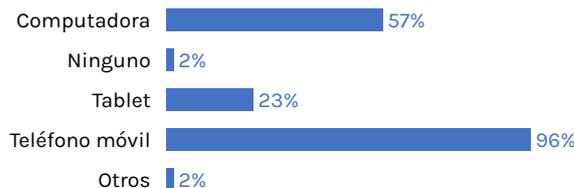
Porcentaje de personas encuestadas, según para qué actividades suele usar internet.



En cuanto a los dispositivos digitales utilizados, el Gráfico 53 muestra que el 96% indicó que utiliza teléfono móvil (celular), el 57%, computadora, 23%, tablet, el 2%, otras (teléfono fijo y televisor), y 2% no utiliza ninguno¹².

Gráfico 53

Porcentaje de personas encuestadas, según dispositivo digital que utilizan.

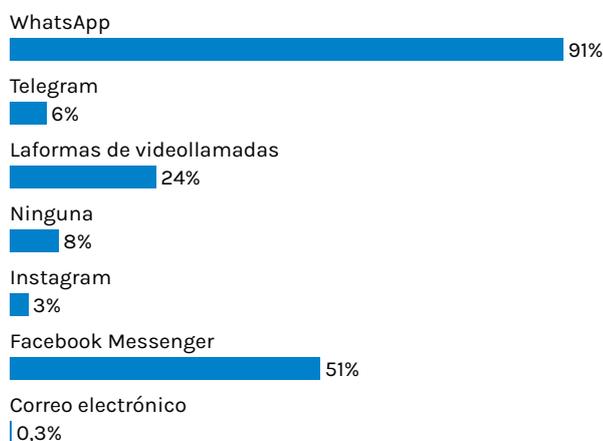


Indagar sobre las herramientas digitales de comunicación en el siglo XXI resulta fundamental, en el Gráfico 54 se observa que las personas encuestadas usan el WhatsApp en un 91%, el 51%, Facebook Messenger, el 24% utiliza plataformas de videollamadas, el 6%, Telegram, el 3%, Instagram, el 0,3% usa correo electrónico y el 8% no utiliza ninguna.

¹² Y¹⁰ Cabe aclarar que se trata de variables múltiples, es decir, que admiten más de una respuesta.

Gráfico 54

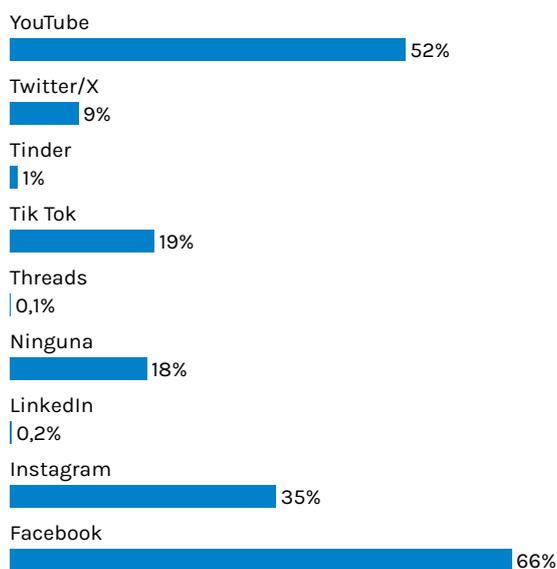
Porcentaje de personas encuestadas, según herramientas digitales de comunicación que usa regularmente.



Por último, el Gráfico 55 nos muestra el uso de redes sociales. La más utilizada resulta ser Facebook con un 66%, le sigue YouTube con un 52%, en tercer lugar, Instagram con un 35%, en cuarto lugar, TikTok con un 19%, en quinto lugar, Twitter / X con un 9%. Por su parte, el 18% indicó no usar redes sociales¹³.

Gráfico 55

Porcentaje de personas encuestadas, según redes sociales que usa regularmente.



¹³ Cabe aclarar que se trata de una variable múltiple, es decir, que admite más de una respuesta.

A modo de síntesis

Respecto al perfil sociodemográfico de la población encuestada se destaca una presencia significativa de mujeres, quienes representan el 76% y una mayor presencia de personas entre 60 y 74 años, las cuales ascienden al 79%. En relación a la orientación sexual de las personas, la mayoría refirió ser heterosexual, un porcentaje inferior al 1% manifestó pertenecer al grupo LGBT y casi un 11% prefirió no responder, lo que indica cierta resistencia en relación a esta temática.

Sobre la identificación étnica, una de cada 5 personas encuestadas se reconoce como indígena o descendiente de pueblos originarios, mientras que solo el 5% manifiesta reconocerse como afrodescendiente. Por su parte, en cuanto al estado civil de la población mayor, el 41% refiere estar casado o unido, seguido de aquellos/as que se encuentran viudos/as, quienes representan el 22,2%.

El nivel educativo de la población encuestada es elevado, en términos generales, dado que el 45% presenta estudios terciarios, universitarios o posgrados completos; porcentaje que asciende al 67%, si se toman en cuenta a aquellos/as que han cursado, pero no finalizado, estos mismos niveles. Por último, respecto al nivel de ingresos de la población, el 76% percibe jubilación y/o pensión. Asimismo, el 46,6% afirma que sus ingresos le permiten “vivir con lo justo” y un porcentaje similar (45,1%) afirma vivir bien o muy bien.

En relación a las características de la vivienda y del entorno en el que residen las personas encuestadas, resulta pertinente destacar algunos datos relevantes. En primer lugar, cabe destacar que el 95% de las personas encuestadas vive en zonas urbanas. En cuanto al tipo de vivienda en el que residen las personas mayores, prevalecen las casas (76,1%), seguido

de los departamentos (22,2%). La gran mayoría de las personas mayores (82%) posee vivienda propia, mientras que solo el 10,4% alquila su vivienda.

Considerando algunos de los factores del entorno que más se relacionan con la problemática de la soledad, cabe destacar que un 10% de las personas encuestadas indicó la existencia de barreras u obstáculos en el acceso a la vivienda; el 27% de las personas mayores no considera que su vecindario sea seguro; y casi el 30% se encuentra poco o nada satisfecho con el transporte público disponible en su vecindario.

La composición del hogar representa una dimensión fundamental para el estudio de la soledad. En este sentido, los datos relevados muestran que el 32% de las personas encuestadas vive sola; el 44%, con otra persona mayor y solo el 24% vive con otras generaciones. De las personas que viven solas, el 40,7% afirmó hacerlo por elección personal, el 29%, por el fallecimiento de algún integrante del hogar, principalmente, la pareja o cónyuge, y un 22,1%, por mudanza de algún integrante del hogar, entre los que se destacan hijos/as. Ambas situaciones -la viudedad y el fenómeno del nido vacío-, se encuentran en relación con el sentimiento de soledad. De las personas que viven con otros/as, resulta posible destacar que, en su mayoría, se trata de hogares pequeños, el 76% vive con hasta tres personas. Asimismo, la mayoría vive con su cónyuge (62,7%) y/o con sus hijos/as (59,5%), y en el 32% de los casos no todos los miembros del hogar son perceptores de ingresos.

La dimensión de redes de apoyo, en tanto representa un elemento fundamental para combatir el aislamiento y la soledad, resulta de gran interés a los fines de este estudio. Respecto de las redes familiares, el 89% refirió tener hijos e hijas, el 71% indicó tener, al menos, un/a nieto/a y el 88% tiene, al menos, un hermano/a o más. Asimismo, el 88% manifestó

estar en contacto con familiares y el 83% indicó que considera que puede contar con sus familiares, en caso de necesitar ayuda.

En relación a las redes no familiares, el 94% afirmó tener contacto con amigos/as o vecinos/as, y el 75% indicó que puede contar con ellos/as, en caso de necesitar ayuda. Por su parte, el 47% de las personas manifestó haber sufrido la pérdida de algún ser querido, en el último año, dato relevante si se tiene en cuenta al duelo como un factor influyente en las situaciones de soledad.

La percepción del estado de salud de las personas es un factor relevante para el abordaje de las situaciones de soledad y aislamiento. De esta manera, el 64% de las personas encuestadas refirió tener buena o muy buena salud y solo el 4%, mala o muy mala; así como el 72% manifestó tener una buena o muy buena memoria y solo un 3%, mala o muy mala.

Sobre la presencia de alguna enfermedad y/o dolor frecuente que genere limitaciones para el desarrollo habitual de las actividades, el 29% manifestó tener alguna una enfermedad de estas características, y el 51% manifestó experimentar algún dolor inhabilitante, destacándose los dolores en articulaciones, espalda, y piernas y pies. En relación a la presencia de dificultades o deficiencias, el 41% manifestó tener dificultades en la visión, el 22% indicó tener dificultades en la salud bucal, el 20%, en la motricidad y la marcha y el 16%, en la audición.

Las respuestas sobre las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, se resumen en que solo el 12% refirió tener algún nivel de dificultad para realizar actividades básicas, mientras que un 22% manifestó tener algún nivel de dificultad para realizar actividades instrumentales.

En cuanto a los sentimientos de tristeza o depresión, el 33% de las personas indicaron haber experimentado estos sentimientos por

un largo tiempo. En esta dimensión se indaga sobre la participación de las personas mayores en actividades en la comunidad (artísticas, culturales, recreativas, laborales, etc.), así como el acceso y el uso a las nuevas tecnologías, internet, herramientas digitales y redes sociales.

Por último, en la dimensión sobre uso del tiempo, se encontraron algunos hallazgos relevantes. Se encontró que en la participación en distintos tipos de actividades, el 69% manifestó realizar actividades físicas (caminar, nadar, hacer un deporte, gimnasia, yoga, baile u otros), el 47% realiza viajes turísticos, el 44% hace actividades artísticas, culturales o recreativas, el 40% participó en alguna organización de su comunidad (centros de jubilados/as, centros comunitarios, iglesias u otros).

A las preguntas sobre uso de tecnologías, el 92% de las personas indicó utilizar internet, y el 76% manifestó utilizarlo varias veces al día. Según su uso, el 82% indicó que lo utiliza, principalmente, para comunicarse (correo electrónico, mensajería, redes sociales), el 61%, para entretenimiento, el 57%, para información (noticias, etc.), 42%, para educación y aprendizaje, el 25%, para compras en línea.

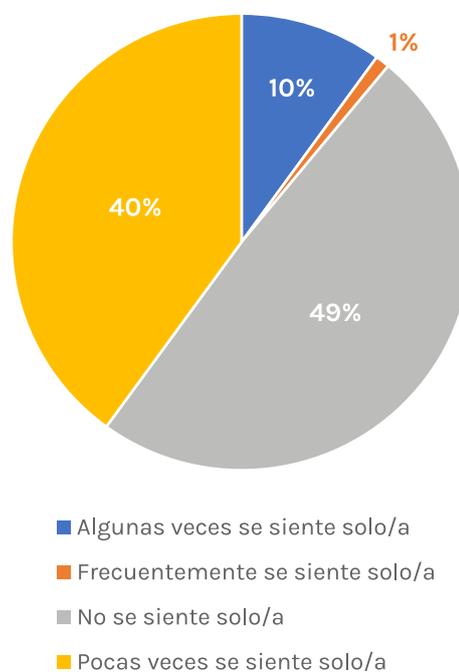
En cuanto a los dispositivos digitales utilizados, el 96% indicó que utiliza teléfono móvil (celular), el 57% usa computadora, y el 23%, tablet. Las herramientas digitales de comunicación más utilizadas por las personas mayores son WhatsApp (91%), seguido de Facebook Messenger (51%), y las plataformas de videollamadas (24%). Asimismo, las redes sociales más utilizadas por esta población son Facebook (66%), seguido de YouTube (52%) e Instagram (35%).

6.2. Resultados de la Escala de UCLA LS

Con el objetivo de medir la percepción de soledad en la población mayor encuestada, el cuestionario incluyó la Escala de UCLA LS (University of California, Los Ángeles - Loneliness Scale), una de las más implementadas a nivel internacional y diseñada para evaluar diferentes aspectos de la experiencia de soledad, tales como, la falta de compañía, la sensación de vacío y la dificultad para establecer conexiones significativas. De esta manera, en el Gráfico 56 se observa que el 49% de las personas encuestadas indicó no sentirse sola y otro porcentaje relevante (40%) indicó sentirse sola pocas veces. Por su parte, el 10% de las personas afirmaron que se sienten solas algunas veces y solo el 1% se siente sola de manera frecuente.

Gráfico 56

Porcentaje de personas encuestadas, según resultado de la Escala de UCLA LS.

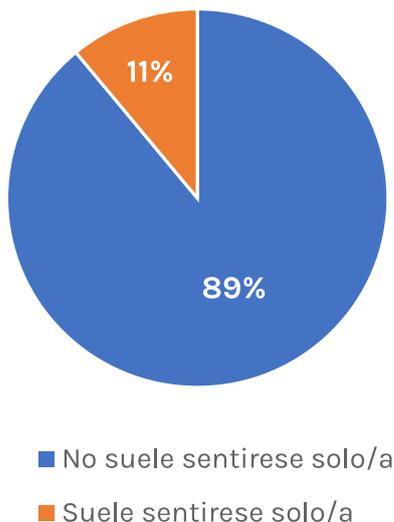


A continuación, se presenta el análisis de los resultados de la Escala de UCLA LS en perspectiva relacional con algunas de las principales variables relevadas en la encuesta, con el objetivo de identificar los factores que mayor incidencia presentan en la problemática de soledad de las personas mayores.

Para facilitar este análisis, se optó por agrupar los resultados de la Escala de UCLA LS en dos categorías de percepción de soledad (no suele sentirse solo/a y suele sentirse solo/a), tal como se muestra en el Gráfico 57.

Gráfico 57

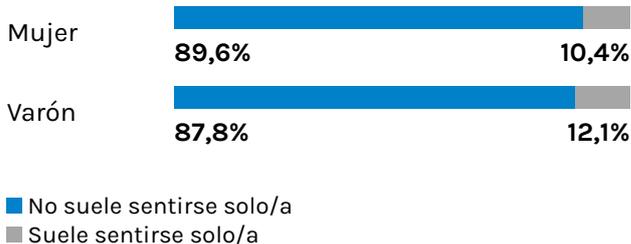
Porcentaje de personas encuestadas, según percepción de soledad.



Al observar la percepción de soledad de las personas encuestadas en relación al género y al grupo de edad, no se registran variaciones significativas. De esta manera, en el Gráfico 58, se observa que no existe una diferencia marcada entre la percepción de soledad en las mujeres y en los varones: mientras el 10,4% de las mujeres suele sentirse sola, este porcentaje es del 12,1% en el caso de los varones.

Gráfico 58

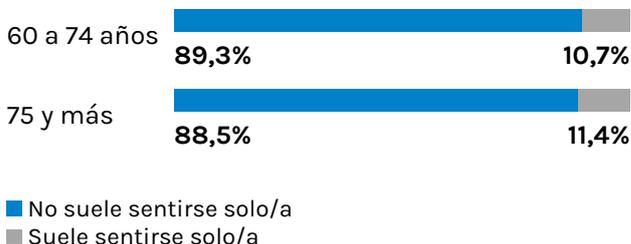
Percepción de soledad, según género.



Algo similar ocurre al observar la percepción de soledad, según grupos de edad. Tal como muestra el Gráfico 59, no se registran grandes diferencias entre las personas de 60 a 74 años y las de 75 y más; mientras que en el caso de las primeras un 10,7% suele sentirse solo/a, en el segundo grupo este porcentaje es de 11,4%.

Gráfico 59

Percepción de soledad, según grupo de edad.

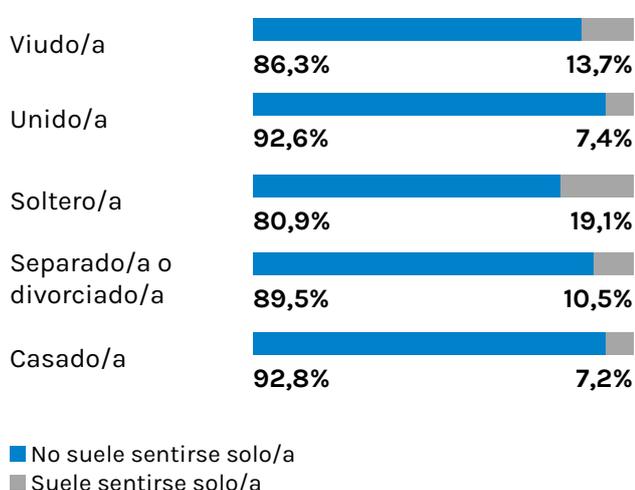


El Barómetro de Soledad no Deseada en España (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024), observo que las mujeres manifestaron mayor precepción de soledad que los varones; al mismo tiempo Sacramento Pinazo Hernandis (2018), en su publicación La soledad de las personas mayores, comenta que “Las mujeres presentan niveles más elevados de soledad, sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años”. Tanto lo referido al género y la edad no se evidencia en esta encuesta.

En referencia al estado civil, en el Gráfico 60 se observa que las personas que suelen sentirse solas tienen mayor presencia entre aquellas que se encuentran solteras (19,1%) seguido de las personas viudas (13,7%) y, en tercer lugar, las personas divorciadas (10,5%). En el caso de las personas casadas o unidas este porcentaje se reduce considerablemente, siendo que la amplia mayoría (93%) manifiesta no sentirse sola.

Gráfico 60

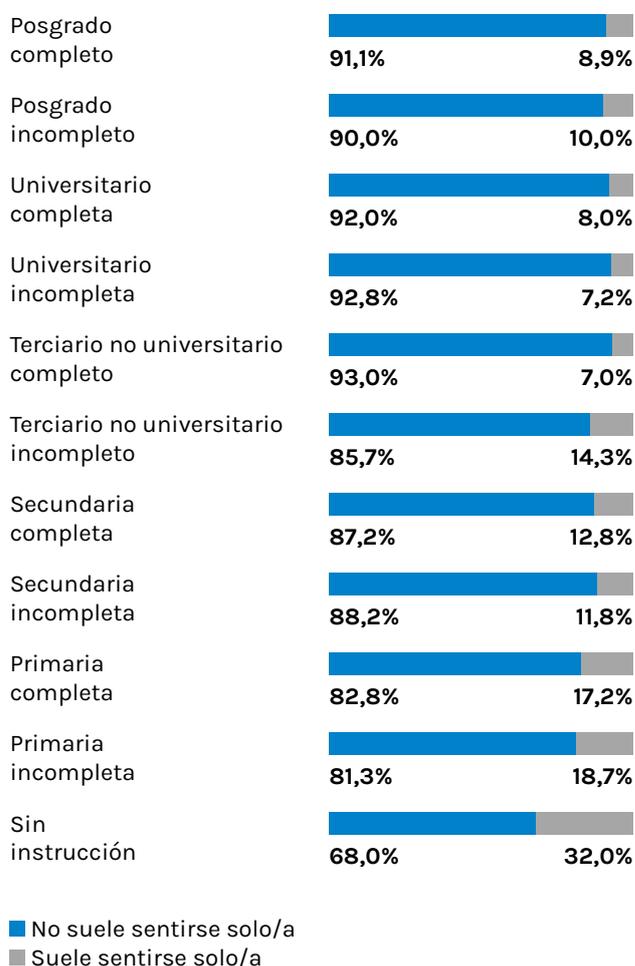
Percepción de soledad, según estado civil.



Ahora bien, al observar la percepción de soledad de acuerdo al nivel educativo de las personas, se identifica un dato relevante: tal como muestra el Gráfico 61, a mayor nivel de instrucción, el porcentaje de personas que se perciben solas disminuye. De esta manera, mientras que entre quienes han cursado nivel de posgrado, universitario o terciario el promedio de personas que suelen sentirse solas ronda el 9%, este porcentaje asciende al 18,8% y al 32% en el caso de aquellas que indican tener estudios primarios incompletos o no tener instrucción, respectivamente.

Gráfico 61

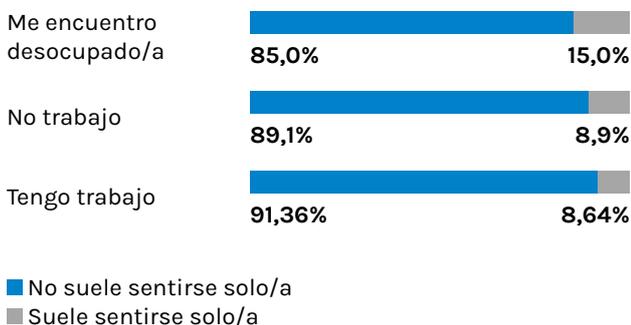
Percepción de soledad, según máximo nivel educativo alcanzado.



Al analizar la percepción de soledad de acuerdo a la situación laboral, se observa que, como muestra el Gráfico 62, en el grupo de personas que se encuentran desocupadas –es decir, aquellas que no tienen actualmente trabajo, pero se encuentran buscando uno– quienes suelen sentirse solas representan casi el doble respecto del grupo de las personas que trabajan. Las personas que están insertas en el mercado laboral encuentran espacios donde socializarse, compartir y establecer contactos con otros/as, lo que posiblemente explique una presencia menor de situaciones de soledad.

Gráfico 62

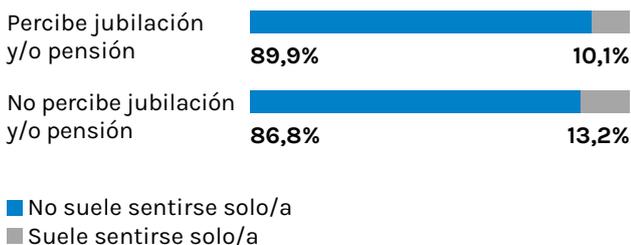
Percepción de soledad, según situación laboral.



Por otra parte, el hecho de percibir una jubilación y/o pensión no parece tener una incidencia significativa en la percepción de soledad, dado que, como se observa en el Gráfico 63, el 90% de las personas que perciben jubilación y/o pensión, así como el 87% de quienes no perciben ingresos previsionales, manifiestan no sentirse solo/as.

Gráfico 63

Percepción de soledad, según si perciben jubilación o pensión.



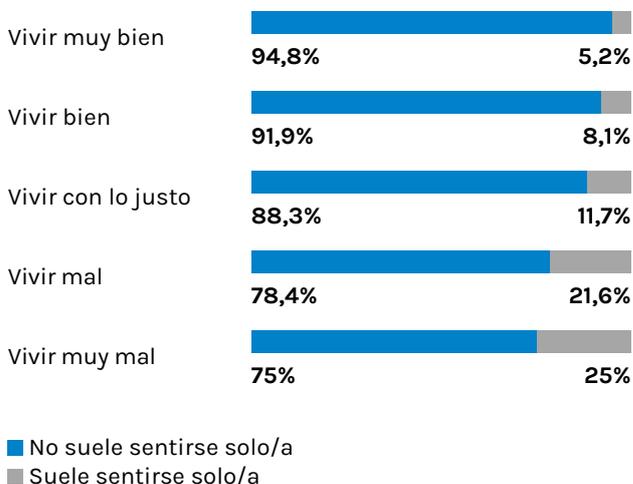
Sin embargo, al analizar la sensación de soledad de acuerdo a la percepción del nivel de ingresos, se identifica una mayor presencia de situaciones de soledad en el grupo de personas que consideran tener niveles más bajos de ingresos. Esto permite pensar que, si bien el tipo de ingreso no resulta relevante, la percepción del nivel económico, sí, representa un factor a tener en cuenta.

De esta manera, el Gráfico 64 muestra cómo la presencia de personas que suelen sentirse solas se incrementa a medida que disminuye el nivel de ingresos percibidos: mientras que este porcentaje es del 5% y del 8% entre las personas que refieren vivir muy bien o bien, el mismo asciende a 22% y 25% para quienes perciben vivir mal o muy mal, respectivamente.

El hecho de percibir ingresos insuficientes puede limitar el desarrollo de actividades sociales y/o familiares, generando una menor participación y una mayor exclusión social. También se relaciona con peores condiciones de acceso a salud, lo que también favorece a la menor participación y, como consecuencia, a un mayor aislamiento y percepción de soledad. Las personas con mejores niveles económicos disponen de mayores recursos para acceder a una mejor atención médica, tratamientos y cuidados, situación que minimiza el efecto limitante de los problemas de salud en la socialización y en la realización de actividades. Asimismo, pueden costear transportes adecuados para trasladarse y la realización de actividades culturales y/o recreativas.

Gráfico 64

Percepción de soledad, según percepción del nivel de ingresos.

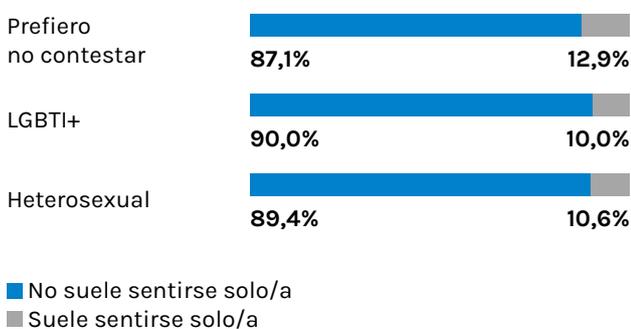


Otro dato que arroja la encuesta es la orientación sexual de las personas. Según el Barómetro de Soledad no Deseada en España, las personas LGTB sufren una prevalencia de soledad no deseada de 15 puntos superior a la de las personas heterosexuales (34,4% frente a 19,3%). Sin embargo, en el presente relevamiento esta incidencia no se ha podido corroborar. Como se observa en el Gráfico 65, no se registraron diferencias entre las personas heterosexuales y las que manifestaron pertenecer al grupo LGTB, lo que puede ser explicado por la poca relevancia estadística de este último grupo dentro de la población encuestada.

Un dato llamativo es la existencia de un 12% de personas que prefirieron no contestar ante la pregunta por su orientación sexual, grupo que presenta el porcentaje más elevado de personas que refieren sentirse más solas (13%). Como se señaló en el marco teórico, Rada Schultze (2018) plantea que las personas lesbianas y gays son víctimas de una doble discriminación, homofobia (debido a su orientación sexual) y viejismo (debido a su edad). Una hipótesis pudiera ser que dentro del grupo que prefirió no responder se encuentran personas del colectivo LGTB, para no exponerse a esta doble la discriminación.

Gráfico 65

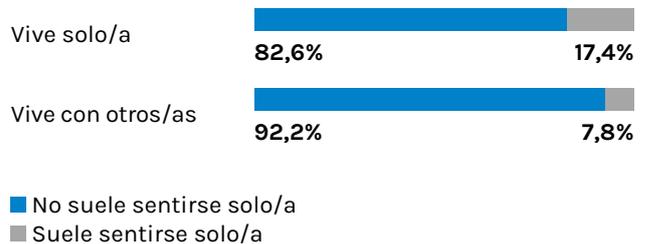
Percepción de soledad, según la orientación sexual.



En referencia a las características de los hogares en los que residen las personas mayores encuestadas, resulta posible destacar que aquellas que viven solas presentan el doble de situaciones de soledad que las que refieren vivir con otras. En el Gráfico 66 se observa que el 17,4% de las personas que vive sola presenta sentimientos de soledad, mientras que en el grupo de las personas que viven con otros/as, ese porcentaje desciende al 7,8%. Estos datos resaltan la importancia del grupo convivencial en la calidad de vida de las personas mayores. De esta manera, los integrantes del hogar desempeñan un papel fundamental en el bienestar emocional y en la provisión de ayuda práctica, disminuyendo, así, las situaciones de aislamiento y soledad.

Gráfico 66

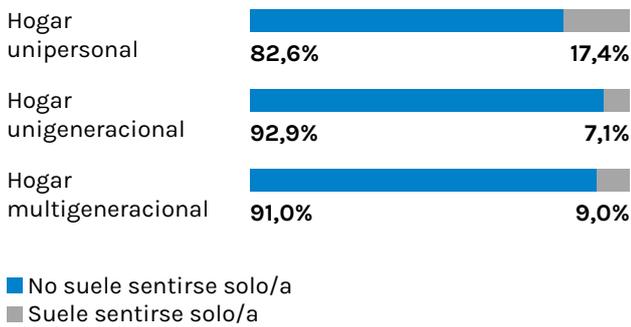
Percepción de soledad, según con quién vive.



Asimismo, como se observa en el Gráfico 67, es en los hogares unigeneracionales –es decir, aquellos donde viven, al menos, dos personas mayores– donde se registra una menor presencia de personas que se perciben solas (7,1%). La compañía existente en este tipo de hogares, fundamentalmente dada por la presencia de un cónyuge o pareja, quien brinda apoyo emocional y económico, disminuye la percepción de la soledad íntima, tal como define Cacioppo (Cacioppo et al., 2015).

Gráfico 67

Percepción de soledad, según tipo de hogar.



Al analizar la existencia y calidad de redes de apoyo, se identifica una relación muy notoria entre esta variable y la percepción de soledad.

En el Gráfico 68 se observa que, cuanto más frecuente es el contacto con familiares, menor es la presencia de situaciones de soledad. Solo un 5% de las personas que mantiene un contacto frecuente con sus familiares refiere sentirse solo/a, mientras que este porcentaje asciende al 44% entre las personas que no mantienen contacto con sus familiares. La existencia de relaciones familiares frecuentes es un elemento clave para combatir la soledad.

De igual forma, al observar la calidad de la red familiar en el Gráfico 69, se identifica que la mayor prevalencia de soledad se registra dentro del grupo de personas que refiere no contar con su familia en caso de necesitar ayuda (40%), porcentaje que disminuye a solo el 6,6% dentro de las personas que, sí, cuentan con sus familiares en caso de necesitarlos. La calidad de la red familiar resulta fundamental, dado que representa el principal apoyo ante la presencia de dificultades de salud, emocionales y/o económicas, frecuentes en la población mayor. Cacioppo et al. (2005) refiere que la ausencia de vínculos significativos y recíprocos, es decir, la falta de personas en quien confiar ante situaciones de crisis, produce la soledad emocional o íntima.

Gráfico 68

Percepción de soledad, según frecuencia de contacto con familiares.

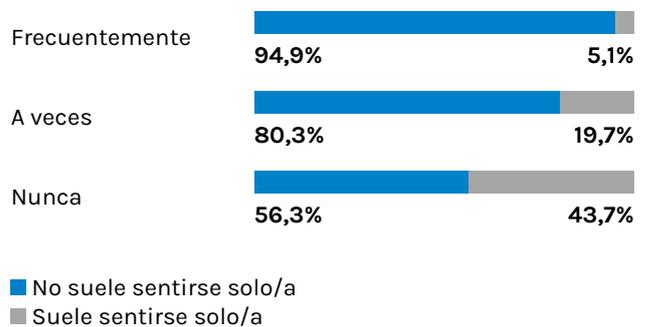
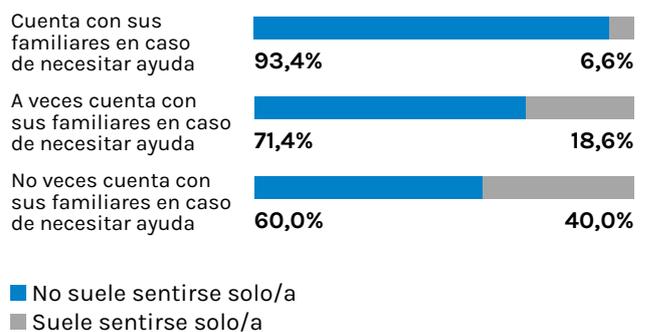


Gráfico 69

Percepción de soledad, según percepción de calidad de la red familiar.



Ahora bien, la importancia de la red de apoyo para combatir el aislamiento y la soledad en la población mayor, no solo está dada por los vínculos familiares, sino también por las relaciones de amistad. La compañía de amigos/as y/o vecinos/as puede impactar positivamente en la reducción de los sentimientos de soledad y aislamiento, en tanto este tipo de vínculos puede ser relevante ante la necesidad de ayuda en situaciones de crisis o emergencia, así como para brindar apoyo para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, como la compra de alimentos, la administración de la medicación, la realización de salidas y actividades fuera del hogar, etc.

Al indagar sobre la relación entre la percepción de soledad y la frecuencia y calidad de este tipo de redes de apoyo se observan datos de suma importancia. Tal como muestra el Gráfico 70, a mayor frecuencia de contacto con amigos/as y/o vecinos/as, menor presencia de sentimientos de soledad. Sin dudas, los vínculos de amistad resultan muy significativos para las personas mayores: solo el 3,8% de las personas que tienen contacto frecuente con amigos/as y/o vecinos/as indicó sentir soledad, mientras que este porcentaje asciende a 42,7% en el caso de las personas que manifestaron no tener contacto con amigos/as ni con vecinos/as.

Al analizar la calidad de la red no familiar se observa, en el Gráfico 71, que la incidencia de esta variable es similar a la que tienen los vínculos familiares: las personas que indicaron que pueden contar con sus amigos/as y/o vecinos/as, en caso de necesitar ayuda, son las que registran porcentajes menores de soledad percibida. De esta manera, el 45% de aquellas personas que no cuentan con sus amistades se sienten solas, mientras que este porcentaje desciende a solo el 4,3% en el caso de las personas que cuentan con sus amistades ante la necesidad de ayuda. Es decir, que el porcentaje de personas que se sienten solas es 10 veces superior cuando la calidad de las redes de amistad no es satisfactoria.

La falta de un grupo de cercanía significativa genera situaciones de soledad social o relacional (Cacioppo et al., 2015). Por ello, desde la mirada de las políticas gerontológicas resulta fundamental la promoción de la participación comunitaria para fortalecer o generar estos vínculos que, sin duda, son claves para combatir la soledad y el aislamiento.

Gráfico 70

Percepción de soledad, según frecuencia de contacto con amigos/as y/o vecinos/as.

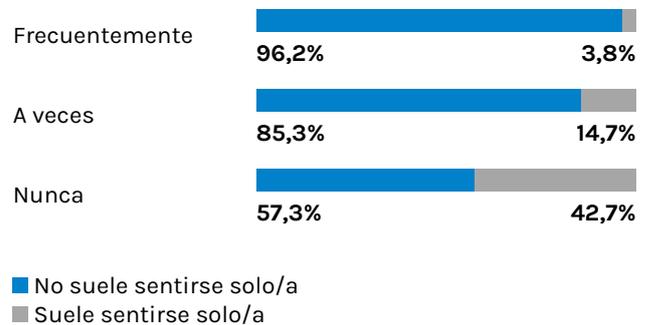
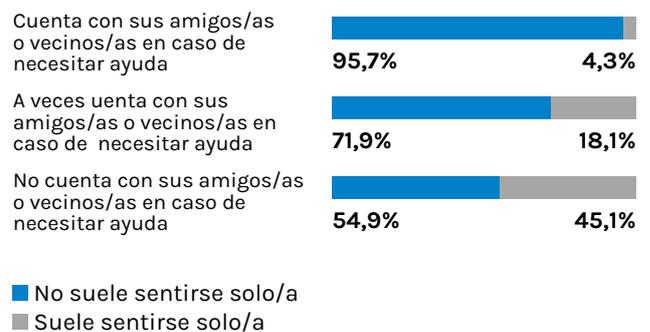


Gráfico 71

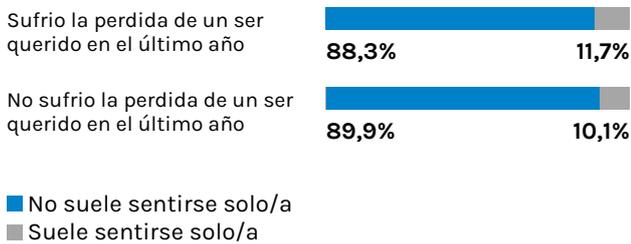
Percepción de soledad, según percepción de calidad de la red no familiar.



Por su parte, tal como muestra el Gráfico 72, las personas que han atravesado la pérdida de un ser querido muestran una presencia levemente mayor de situaciones de soledad. Este dato llama la atención, dado que los duelos suelen ser considerados un factor relevante en las experiencias de la soledad de las personas mayores, quienes, al perder a sus pares, como hermanos/as y/o cónyuges, es decir, personas que han transitado muchos años de vida juntos/as, pueden manifestar la presencia de este tipo de sentimientos.

Gráfico 72

Percepción de soledad, según sufrimiento de pérdidas.

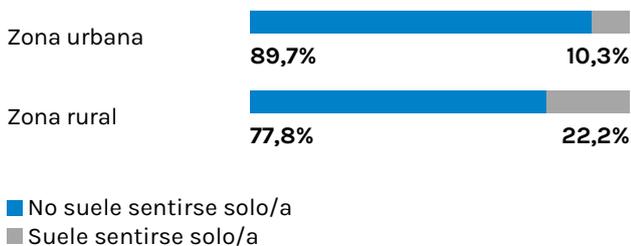


Otra dimensión relevante para el análisis de la percepción de la soledad son las características de la vivienda y las condiciones del entorno donde residen las personas mayores.

En referencia a la zona de residencia se registran diferencias muy significativas. En el Gráfico 73 se observa que las personas que viven en entornos rurales duplican la presencia de situaciones de soledad en comparación con aquellas que residen en zonas urbanas (22,2% y 10,3%, respectivamente). Los entornos rurales, caracterizados por mayores distancias, sumado al fenómeno de migraciones de familiares (hijos/as, nietos/as) a zonas urbanas -por motivos laborales o de estudio-, con la consecuente disminución del tamaño de la red familiar y de las interacciones deseadas.

Gráfico 73

Percepción de soledad, según zona de residencia.

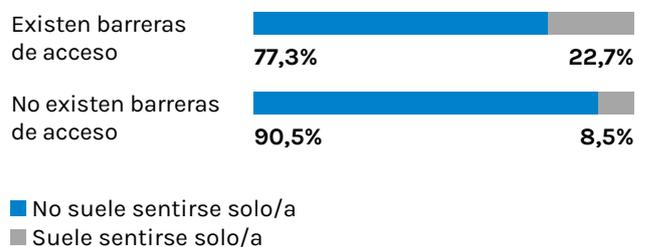


En el Gráfico 74 se observa en referencia a las características de la vivienda que el 22,7% de las personas que indicaron la existencia de

obstáculos o barreras de acceso a sus viviendas suele sentirse sola; porcentaje que se reduce a más de la mitad en el caso de las personas que indican no tener este tipo de barreras en el acceso a sus viviendas (9,5%). De esta manera, la accesibilidad representa un factor fundamental: cuando las viviendas no son accesibles, se dificulta el ingreso y egreso de las personas mayores, así como el de la red de vínculos que los visitan, generando situaciones de aislamiento. Esto afecta aún más a las personas que presentan dificultades motrices o situaciones de dependencia, quienes, muchas veces, se encuentran imposibilitadas de salir de sus viviendas, lo que incide en la disminución de su participación social, pudiendo traer aparejado el aislamiento y una mayor presencia de sentimientos de soledad.

Gráfico 74

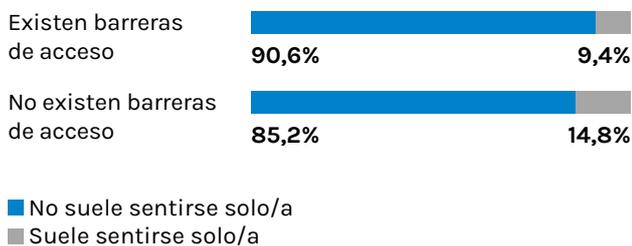
Percepción de soledad, según existencia de barreras u obstáculos en el acceso a la vivienda.



Asimismo, cuando los entornos son percibidos como seguros, la probabilidad de que las personas mayores participen de la vida social y comunitaria es mayor. En este sentido, el Gráfico 75 muestra que la prevalencia de soledad es mayor entre las personas que consideran que su vecindario no es seguro, respecto de las que refieren vivir en vecindarios seguros (14,8% y 9,4% respectivamente).

Gráfico 75

Percepción de soledad, según percepción de seguridad en el vecindario.

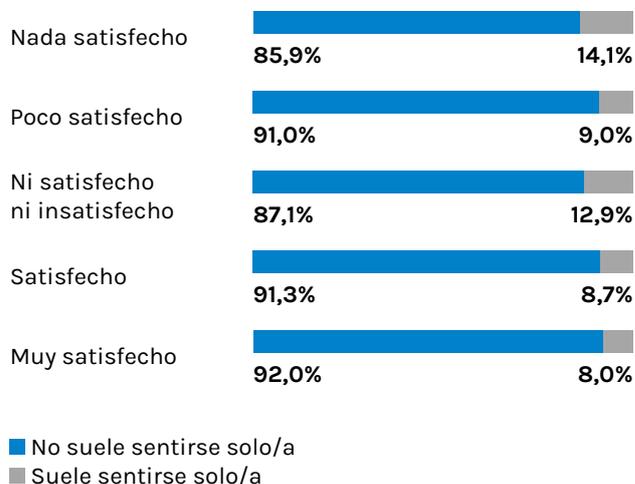


La disponibilidad y calidad de transporte público representa un factor de gran importancia, dado que permite a las personas mayores movilizarse de manera adecuada y acceder, fácilmente, a centros de salud, bancos, centros educativos y/o recreativos, comercios, entre otros, manteniendo la participación social y su calidad de vida. La accesibilidad del transporte resulta fundamental, tanto en su infraestructura (presencia de pisos bajos, rampas, pasamanos, etc.) como en su frecuencia y costo.

De esta manera, en el Gráfico 76 se observa que el nivel de satisfacción con el transporte público se relaciona con la prevalencia de soledad: mientras que el 14,1% de las personas que se encuentran nada satisfechas con el transporte público suele sentirse sola, este porcentaje se reduce al 8% en el caso de las personas que se encuentran muy satisfechas.

Gráfico 76

Percepción de soledad, según nivel de satisfacción con el transporte público disponible.



El estado de la salud representa otra dimensión fundamental que guarda una estrecha relación con la problemática del aislamiento y la soledad en la vejez. Los problemas de salud pueden ser tanto causa como consecuencia de las situaciones de soledad.

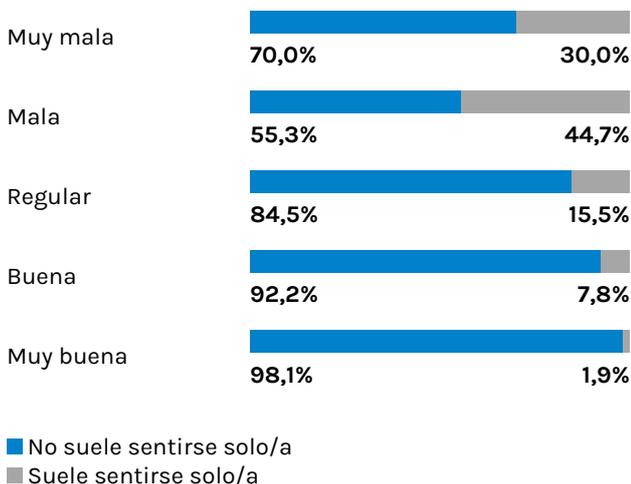
Como se desarrolló previamente, las investigaciones existentes en esta materia evidencian que la incidencia de la soledad y el aislamiento a nivel físico incrementan el riesgo de muerte, de la misma manera que lo incrementan condiciones tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo y la obesidad.

El informe del *Barómetro de la soledad no deseada en España* (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024) señala que la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que perciben su estado de salud como malo o muy malo es 6 veces superior a la de las personas con buen estado de salud. Al analizar los resultados de la presente encuesta en relación a estos aspectos se identifican datos contundentes.

Tal como muestra el Gráfico 77, se observa que la presencia de situaciones de soledad en las personas que refieren tener muy mala salud es 15 veces mayor que las que refieren tener muy buena salud. De esta manera, mientras que el promedio de presencia de situaciones de soledad entre las personas que refieren tener una salud mala y muy mala es del 37%, este porcentaje se reduce considerablemente para las personas que afirman tener una salud buena (7,8%) y muy buena (1,9%).

Gráfico 77

Percepción de soledad, según percepción del estado de salud.

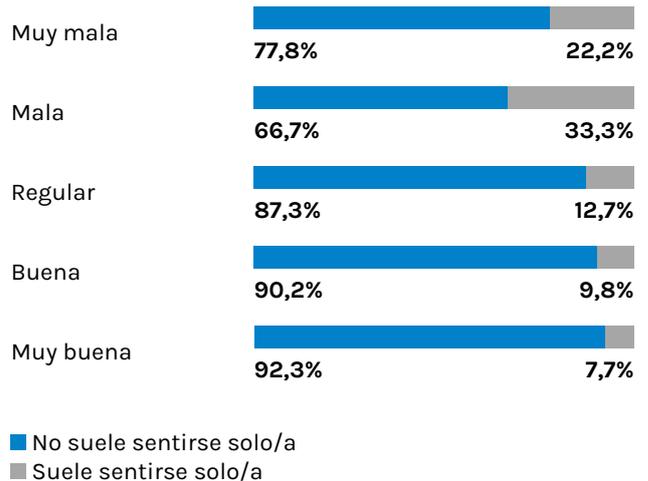


En la misma línea, se han mencionado anteriormente las investigaciones que evidencian la relación existente entre la escasa participación social, las situaciones de soledad y el aislamiento y el riesgo de desarrollar deterioros cognitivos y demencias (Kuiper et al., 2015). De esta manera, al analizar la sensación de soledad, según la percepción del estado de la memoria se observa que, como muestra el Gráfico 78, las personas que refieren tener muy buena o buena memoria presentan una menor prevalencia de situaciones de soledad que aquellas que refieren tener mala o muy mala memoria. La incidencia de esta variable es notoria: mientras que el promedio de presencia de situaciones de soledad entre las personas que refieren

tener mala y muy mala memoria es del 28%, este porcentaje se reduce, considerablemente, para las personas que afirman tener buena (9,8%) y muy buena memoria (7,7%).

Gráfico 78

Percepción de soledad, según percepción del estado de la memoria.

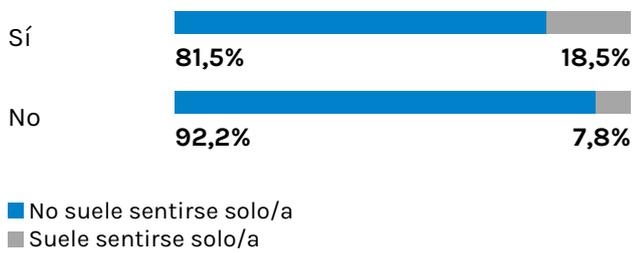


Por su parte, se indagó sobre la presencia tanto de enfermedades limitantes como de dolores crónicos, dado que estos pueden ser uno de los motivos del aislamiento, la falta de interacción y, como consecuencia, la aparición de sentimientos de soledad.

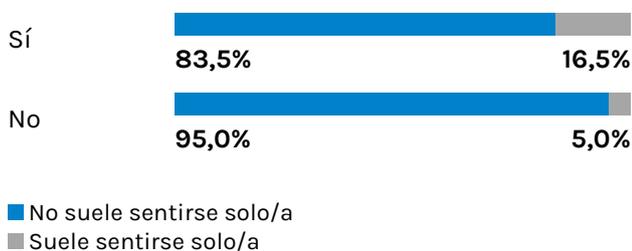
Como se observa en el Gráfico 79, la prevalencia de soledad en las personas que presentan alguna enfermedad limitante es más del doble que en las personas que no presentan este tipo de enfermedades (18,5% y 7,8% respectivamente). En la misma línea, según muestra el Gráfico 80, la prevalencia de soledad en las personas que presentan algún dolor crónico limitante es 3 veces superior que en las personas que no presentan este tipo de dolores (1,6% y 5% respectivamente).

Gráfico 79

Percepción de soledad, según padecimiento de alguna enfermedad limitante.

**Gráfico 80**

Percepción de soledad, según padecimiento de algún dolor crónico limitante.

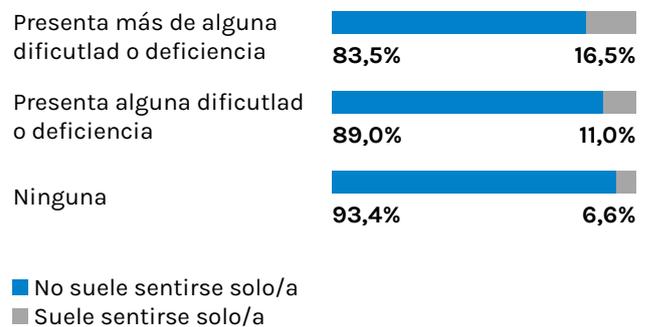


La presencia de dificultades o deficiencias en la audición, la motricidad o marcha, la salud dental o bucal y la visión representan un factor relevante para la problemática de la soledad y el aislamiento.

En el Gráfico 81 se observa que el 16,5% de las personas que presentan más de una dificultad o deficiencia manifiestan sentirse solas, mientras que ese porcentaje desciende al 6,6% en el caso de las personas que no presentan ninguna dificultad o deficiencia.

Gráfico 81

Percepción de soledad, según presencia de dificultades o deficiencias.



Otro aspecto que es posible observar con los datos arrojados por la encuesta realizada es la relación existente entre la percepción de la soledad y la existencia de dificultades para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. De esta manera, se evidencia en el Gráfico 82, que la prevalencia de soledad en personas que requieren ayuda en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (25,5%) triplica a la de las personas que realizan estas actividades sin necesidad de ayuda (9%).

Un comportamiento similar se identifica al observar la capacidad de realización de las actividades instrumentales, tal como muestra el Gráfico 83: mientras que el 19,8% de las personas que requieren ayuda para estas actividades indican sentirse solas, este porcentaje disminuye al 8,2% entre quienes no precisan ayuda.

Gráfico 82

Percepción de soledad, según dificultad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

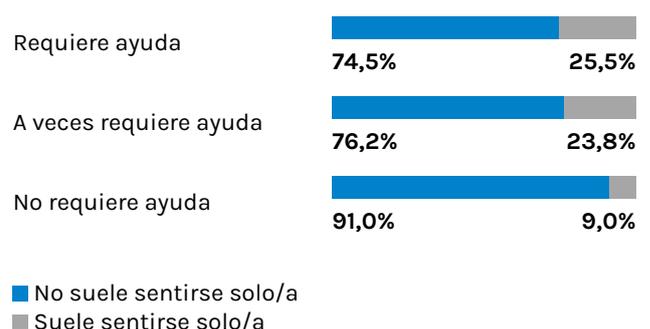
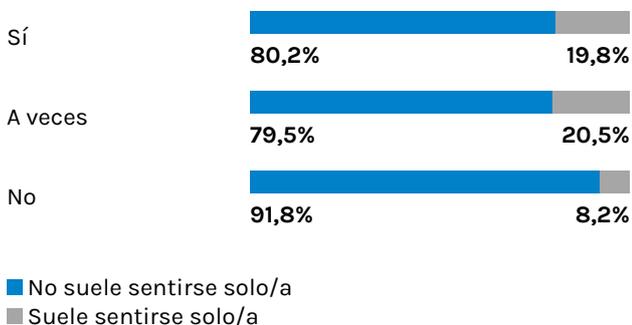


Gráfico 83

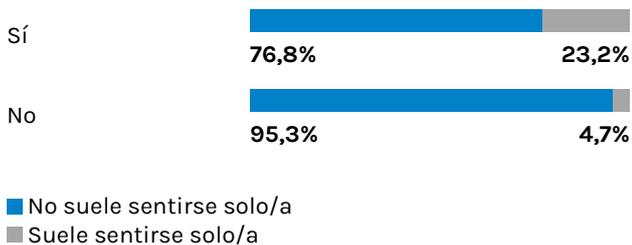
Percepción de soledad, según dificultad para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.



Dentro de la dimensión salud y bienestar, otro dato relevado fue el de la presencia sostenida en el tiempo de sentimientos de tristeza o depresión, variable que también se relaciona en la prevalencia de soledad. En este sentido, en el Gráfico 84 se observa que la presencia de situaciones de soledad es 5 veces más alta en las personas que refieren la presencia sostenida en el tiempo de sentimientos de tristeza o depresión.

Gráfico 84

Percepción de soledad, según sentimiento de tristeza o depresión sostenido en el tiempo.

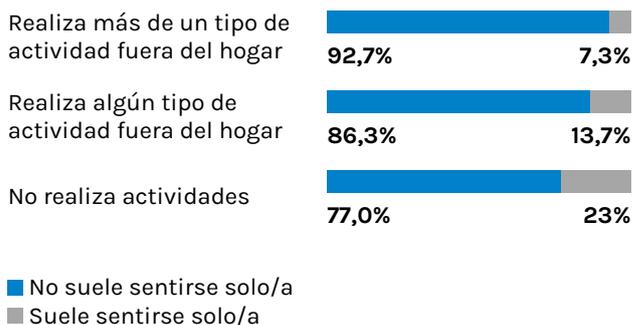


Por último, la dimensión sobre el uso del tiempo permitió recabar información relevante respecto de la participación de las personas mayores en diversas actividades en el entorno comunitario (artísticas, culturales, recreativas, laborales, actividades físicas, entre otras), así como respecto del acceso a internet y el uso de las tecnologías de información y comunicación.

En este aspecto también se evidencia una clara relación con la percepción de soledad. Por ejemplo, en el Gráfico 85 se observa que entre las personas que realizan actividades fuera del hogar la percepción de soledad es menor, en relación a las que no realizan actividades. De las personas que no realizan ninguna actividad, el 23% refiere percibir sentimientos de soledad, mientras que este porcentaje se reduce al 13,7% entre quienes realizan algún tipo de actividad fuera del hogar, y alcanza el 7,3% en el grupo de personas que realiza más de una.

Gráfico 85

Percepción de soledad, según participación en actividades fuera del hogar.



Por su parte, el rol de las nuevas tecnologías en materia de comunicación resulta fundamental, ya que permiten acercar, interactuar y mantener el contacto entre personas que, por diversos motivos -de salud, económicos, geográficos, laborales, etc.-, no pueden encontrarse de manera presencial. Además de la comunicación, el uso de internet se ha extendido a otras actividades fundamentales como el acceso a la información, la recreación y el entretenimiento -a través del acceso a juegos, películas, música-, la educación, la compra de bienes y/o servicios, entre otras.

En este sentido, en el Gráfico 86 se observa que solo 9,5% de las personas que disponen de acceso a internet manifiestan sentirse solas, mientras que este porcentaje asciende al 25,7% para quienes no disponen de acceso a internet en sus hogares.

Asimismo, en el Gráfico 87 se muestra que a mayor frecuencia de uso de internet menor es la prevalencia de soledad. El 22% de las personas que nunca usan internet y el 35,5% de las que lo usan menos de una vez por semana refieren sentirse solas, mientras que este número disminuye al 13,2% en las personas que utilizan internet al menos una vez por semana, y al 9,1% de las que utilizan internet al menos una vez por día.

Gráfico 86

Percepción de soledad, según acceso a internet en el hogar.

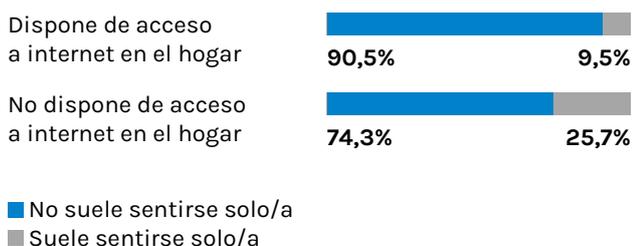
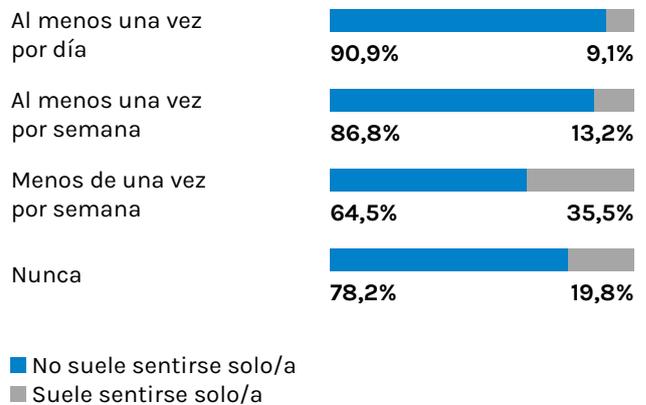


Gráfico 87

Percepción de soledad, según frecuencia de uso de internet.



A modo de síntesis

Los resultados obtenidos tras la medición de la percepción de soledad mediante la Escala de UCLA LS (University of California, Los Ángeles - Loneliness Scale), destacan que el 11% de la población encuestada suele sentirse sola.

Si bien no se identificaron grandes diferencias al observar los resultados de la escala, según el género y el grupo de edad de las personas encuestadas, resulta posible destacar algunas variables que han mostrado tener una incidencia significativa en la percepción de soledad de las personas mayores.

En referencia al estado civil, las personas casadas (7,2%) o unidas (7,4%), presentan una menor prevalencia de situaciones de soledad en relación a las personas solteras, viudas o separadas, mostrando, así, la relevancia de este tipo de vínculos en relación al sentimiento de soledad.

Al observar el nivel educativo, se destaca una clara tendencia: a mayor nivel de instrucción, menor prevalencia de soledad. Por su parte, respecto de la situación laboral de las personas, se identifica que aquellas que se encuentran desempleadas registran el doble de situaciones de soledad que aquellas que tienen trabajo.

Por su parte, si bien el tipo de ingreso recibido no resulta significativo, la percepción del nivel económico representa un factor fundamental. Las personas que indicaron tener niveles más bajos de ingresos, registraron una mayor prevalencia de situaciones de soledad. De esta manera, mientras que el 25% de las personas que refirió vivir muy mal se suele sentir sola, este porcentaje disminuye al 5% entre las personas que manifestaron vivir muy bien.

En referencia al grupo conviviente y las redes de apoyo, se encontró que las personas que viven solas registran una mayor presencia de situaciones de soledad (17,4%) que las que viven con otros/as (7,8%) y que, a menor contacto con la red familiar, mayor es el sentimiento de soledad. Un comportamiento similar se observa con las redes no familiares: a menor frecuencia de contacto con amigos/as y/o vecinos/as, mayor es la prevalencia de situaciones de soledad.

Si bien el duelo suele ser categorizado como un factor relevante en la problemática de la soledad, los resultados de la encuesta no permiten verificar dicha información, en tanto no se registran diferencias significativas en la percepción de soledad entre las personas que han sufrido la pérdida de algún ser querido y las que no.

Las características del entorno resultan una dimensión central. En primer lugar, la zona de residencia marca una diferencia relevante: entre las personas que viven en zonas rurales se registra el doble de situaciones de soledad que entre las personas que viven en zonas urbanas. Las particularidades de las viviendas y los recursos disponibles en el vecindario también resultan de suma importancia. Las personas que indicaron la existencia de barreras de acceso en su vivienda, las que consideraron que residen en un vecindario inseguro y las que no se encuentran satisfechas con el transporte público disponible, registran una mayor prevalencia de situaciones de soledad.

La salud y el bienestar representan otro factor a tener en cuenta. La presencia de situaciones

de soledad en las personas que refirieron tener un muy mal estado de salud es 15 veces mayor que en las que indicaron tener su salud en muy buen estado.

Similar tendencia se registra entre las personas que indicaron tener problemas de memoria: el 28% de las personas que refirieron tener muy mala memoria indicó que suele sentirse sola, mientras que este porcentaje es del 7,7% entre quienes refirieron tener muy buena memoria.

En la misma línea, la prevalencia de soledad en las personas que refieren padecer algún dolor crónico limitante es 3 veces superior respecto de las que no presentan este tipo de dolores. A su vez, la percepción de soledad en aquellas personas que presentan dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria triplica y duplica, respectivamente, a las que manifiestan no tener este tipo de dificultades.

Por otra parte, la presencia de situaciones de soledad en las personas que refieren la existencia sostenida en el tiempo de sentimientos de tristeza o depresión es 5 veces más alta que las que manifiestan no tenerlas.

Por último, se destaca el rol de las actividades y de las nuevas tecnologías en el uso del tiempo libre. De esta manera, se registra que, tanto a mayor participación en actividades fuera del hogar, como a mayor frecuencia de uso de internet, menor es la prevalencia de situaciones de soledad.

En síntesis, el hecho de vivir solos/as, la presencia de problemas de salud, la existencia de barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda, los vecindarios inseguros, las características de los entornos rurales, la percepción de bajos niveles de ingreso, la falta de participación y la falta de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, representan factores capaces de potenciar la prevalencia de situaciones de soledad en la población mayor.



7. Conclusiones finales

7. Conclusiones finales

El presente estudio busca dar a conocer el estado de situación de la problemática de la soledad en las personas mayores a nivel regional, así como las medidas adoptadas por los gobiernos iberoamericanos en materia de prevención detección y abordaje de estas situaciones.

En este sentido, el estudio explora los programas, planes y políticas implementados en los países de la región iberoamericana, así como la percepción de soledad de la población mayor y los factores que mayor incidencia tienen en esta problemática.

Tras analizar las buenas prácticas en materia de soledad, desarrolladas en Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, sus principales características, modalidades y estrategias adoptadas, resulta posible destacar la efectividad de las acciones que presentan un tipo de intervención específica por sobre las acciones genéricas, en tanto permiten destinar recursos humanos y presupuestarios, de forma directa, para combatir la soledad en la población mayor.

Un ejemplo de ello es el trabajo realizado en España para la elaboración de una estrategia nacional contra la soledad no deseada en las personas mayores. El hecho de contar con un plan específico a nivel nacional permite jerarquizar la temática, incluir a los diferentes organismos públicos pertinentes (como las áreas de salud, desarrollo social, deporte y turismo, cultura, transporte, etc.), involucrar a la sociedad civil, a la comunidad científica y a las organizaciones de mayores, además de promover la creación de recursos específicos destinados a esta línea de acción.

Por su parte, las personas expertas que han colaborado con la investigación han coincidido en la necesidad de comprender a la soledad como un sentimiento subjetivo que represen-

ta, en sí mismo, una vivencia displacentera y, por lo tanto, connota un sentido negativo. Esta especificidad podría eximir de la necesidad de referirse a esta problemática como “soledad no deseada”.

Además, señalaron que la soledad representa una problemática tan estigmatizada como la propia vejez y el envejecimiento, lo que supone un gran desafío para las acciones preventivas que suelen utilizar, como recurso, imágenes trágicas o tristes. Por ello, se destacan como positivas las iniciativas de sensibilización para combatir la soledad que se apoyan en factores de protección, resaltando la importancia de las redes de apoyo y los vínculos de amistad, la promoción de la participación, la realización de actividades en el entorno comunitario, el fomento de instancias de intercambio y la comunicación mediante el uso de las nuevas tecnologías, entre otras.

Respecto a los hallazgos encontrados tras la aplicación de la encuesta sobre la percepción de soledad en personas mayores en los países de la región, resulta posible destacar algunos de los factores que han mostrado tener una incidencia significativa en dicha problemática. El hecho de vivir solos/as, el contacto poco frecuente con familiares y amigos/as, la existencia de redes de apoyo insuficientes, la presencia de problemas de salud, las barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda y la existencia de vecindarios considerados inseguros, la percepción de bajos niveles de ingreso, la escasa participación comunitaria y la falta de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, representan aspectos que potencian la prevalencia de situaciones de soledad en la población mayor.

El grupo focal permitió explorar y profundizar las percepciones de las personas mayores en torno al problema de la soledad. En este sentido, la discriminación por edad que sufre la población mayor, es decir, el viejismo, fue identificado como una de las principales causas de

la soledad. La adopción de acciones contra el edadismo y la discriminación por parte de los gobiernos resulta, por lo tanto, una estrategia relevante para combatir la soledad.

En línea con lo anterior, las personas participantes del grupo focal hicieron referencia al problema de la naturalización de la soledad en la vejez, en tanto existe un prejuicio por el cual se considera a la sensación de soledad como una cuestión inherente a la edad y al paso del tiempo. Esto advierte sobre la necesidad de implementar actividades grupales orientadas al empoderamiento de las personas mayores y a la generación de vínculos significativos. Los dispositivos grupales, tales como los centros de día, los centros de jubilados y pensionados y los espacios recreativos y educativos, han sido valorados como un recurso relevante por parte de las propias personas mayores, por lo que resulta fundamental promover y extender este tipo de propuestas.

Por último, para combatir la soledad y el aislamiento resulta indispensable minimizar la existencia de obstáculos y barreras que dificulten la participación de las personas mayores en sus entornos comunitarios. El turismo accesible, el diseño de ciudades amigables, la adaptación del transporte público, la capacitación al personal de trato directo con la población mayor, el otorgamiento gratuito o a bajo costo de dispositivos digitales, el acceso y la capacitación en el uso de internet, todas ellas representan acciones estratégicas para mitigar las situaciones de aislamiento y soledad en la vejez.

8. Recomendaciones

- Incluir y priorizar la temática de la soledad en la vejez en las agendas públicas, con el objetivo de darle visibilidad y jerarquía a esta problemática.
- Desarrollar líneas de prevención, en las que esté incluida la sensibilización sobre los efectos negativos de la soledad, desde una lógica no necesariamente atemorizante, y que priorice la promoción de acciones sobre los factores de riesgo.
- Implementar programas basados en intervenciones de tipo específicas, garantizando un abordaje directo de la soledad, que incluya estrategias vinculadas con las diferentes dimensiones presentes en la problemática.
- Identificar y tener en cuenta para la planificación de acciones aquellos factores que inciden, de manera directa, en la problemática de soledad: la seguridad económica y el estado de salud de las personas, la calidad de las redes sociales de apoyo, las características del entorno y la vivienda, la participación en el ámbito comunitario y el acceso a las tecnologías de información y comunicación.
- Producir datos específicos a nivel local para construir diagnósticos más precisos sobre la problemática, que permitan construir políticas públicas ajustadas a las necesidades específicas de cada población.

9. Referencias bibliográficas

- Arias, C., & Scolni, M. (2005). Evaluación de la calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda (Ed.), *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional* (pp. 55-68). Ed. Suárez.
- Benedetti, F., Acuña, J., & Fabiani, B. (2022). *Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia* (Nota técnica del BID, N° 475). Banco Interamericano de Desarrollo. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0004383>
- Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion* 2014; 28(1):3-21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- Campo, M., Hermann, B., Di Virgilio, E., & Angelillo, M. (2021). La soledad no deseada. Una aproximación cuantitativa sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en CABA, 2020. *Revista Argumentos*, No 23. Abril de 2021. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/6498>
- Casal Rodriguez, B., Rivera Castiñeira, B. & Rodríguez-Míguez, E. (2023). *El coste de la soledad no deseada en España*. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20El%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada%20en%20Espa%C3%B1a_3.pdf
- De Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. E. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 34(2), 125-136. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>
- Fassio, A. (2009). *Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez*. En las VIII Jornadas de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Desafíos y logros frente al bien-estar del envejecimiento (pp. 41-51). Eudeba.
- Fernández-Roses, D., García-Aguña, S., & Grela, P. D. G. (2024). La soledad como fenómeno social y estructural: una reflexión crítica desde la interseccionalidad. *Trabajo social hoy*, 102, 7-20. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2024.0007>
- Fundación ONCE y Fundación AXA (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España, 2024*. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf

- García González, J., Montero, I. & Grande, R. (2021). Soledad durante el confinamiento: una epidemia dentro de la pandemia de la COVID-19. *El Observatorio Social*. Fundación La Caixa, agosto de 2021. https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/soledad-durante-el-confinamiento-una-epidemia-dentro-de-la-pandemia-de-la-covid-19?p_l_back_url=%2Fes%2Fsearch%3Fq%3Dsoledad
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S. & Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., & Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Hawkley, L. C., M. E. Hughes, L. J. Waite, C. M. Masi, R. A. Thisted, & J. T. Cacioppo. (2008). From Social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 63(6):S375-S384. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375>
- Iacub, R., Arias, C., Kass, A., Herrmann, B., Val, S., Slipakoff, L., & de Muro, M. G. (2020). Aspectos emocionales de las personas mayores durante la pandemia COVID-19. *Anuario de Investigaciones*, 27, 137-145. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429015/369166429015.pdf>
- Iacub, R. & Machluk, L. (2019). Hacia un acompañamiento a la jubilación. En Programa de Cuidado de la Persona mayor (PROCAM). Ciclo 6, Módulo 1, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Iacub, R., Thumala, D. & Machluk, L. (2023). Soledad y aislamiento. En *Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores*, pp. 82-94. Ministerio de Salud de Chile. <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/08/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf>
- IMSERSO (2022). Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España. Diciembre de 2022. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2022>
- Instituto de Salud Global Barcelona - ISGlobal (2025). *Abordaje de la soledad. Un desafío compartido*. <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2025/01/2025-Informe-Estudio-Soledad.pdf>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., Van Den Heuvel, E. R., Stolk, R. P. & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22:39-57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>

- Marhánková, J. H. (2019). Places of (in)visibility. LGB aging and the (im)possibilities of coming out to others. *Journal of Aging Studies*, 48, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.11.002>
- Marsillas, S. & del Barrio, E. (2022). *Soledad: una guía para la acción*. Serie Monográficos de Euskadi Lagunkoia no1. Matia Instituto. <https://www.matiainstituto.net/es/palabras-clave/soledad>
- Muchinik, E. & Seidmann, S. (2006). *Aislamiento y soledad*. Eudeba.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. DOI: 10.17226/25663 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32510896/>
- Nicholson, N. R. (2009). Social isolation in older adults: A mental health perspective. *Social Work in Public Health*, 24(1), 39-49.
- Observatorio de la Soledad (2020). Informe de resultados. El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores, Fundación Amigos de los Mayores, diciembre de 2020, Barcelona. <https://www.amigosdelosmayores.org/recurso/el-impacto-de-la-covid-19-en-el-sentimiento-de-soledad-no-deseada-de-las-personas-mayores/>
- ONU Mujeres (2022). El impacto psicosocial de la pandemia del COVID-19 en mujeres adultas mayores, Argentina. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/10/el-impacto-psicosocial-de-la-pandemia-del-covid-19-en-mujeres-adultas-mayores>
- PICSPAM (2020). La soledad en las personas adultas mayores. Boletín N°21 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. <https://oiss.org/boletin-no-21-programa-iberoamericano-de-cooperacion-sobre-la-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
- Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55 (5), 249-252. Doi: [10.1016/j.regg.2020.05.006](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7266768/>
- Pinazo, S. Donio M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Fundación Pilares para la autonomía personal. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Rada Schultze, F. (2018). La diversidad en el curso de la vida: cambios y continuidades en el envejecimiento de gays, lesbianas y trans. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5466816>

- Sancho, M., Del Barrio, E., Díaz-Veiga, P., Marsillas, S., & Prieto, D. (2020). Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa. Donostia, Fundación Matia. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/bakardadeak-explorando-soledades-entre-las-personas-mayores-que-envejecen-en-gipuzkoa>
- Torío López, S. (2021). La vivencia de la soledad en la vejez. Una mirada en tiempos de pandemia. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 37, 9-16. DOI: 10.7179/PSRI_2021.37.00 <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/61790/document%2824%29.pdf?sequen>
- Vázquez Morejón, A. J. & Jiménez García-Bóveda, R. (1994). RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 45-54. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97430/1/RevPsicolSalud_6_1_03.pdf
- Víctor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- World Health Organization (2021). Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343206/9789240030749-eng.pdf?sequence=1>
- Yanguas Lezaun, J., Perez-Salanova, M., Puga, M., Tarazona, F., Losada Baltar, A., Márquez González, M., Pedroso Chaparro, M. & Pinazo, S. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación Bancaria la Caixa. https://digital.csic.es/bitstream/10261/307235/3/Demograf%C3%ADa_soledad.pdf
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig Canals, S. & Segura Talavera, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (66), 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>
- Yanguas, J. (2018). *Soledad y personas mayores*. Universidad Internacional de Valencia. https://www.universidadviu.com/sites/universidadviu.com/files/media_files/Informe%20soledad%20y%20personas%20mayores.pdf
- Yáñez Haro, D., & López-Alegría, F. (2023). Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista internacional de odontología interdisciplinaria*, 16 (1), 62-70. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882023000100062>

10. Normativas y sitios institucionales consultados

Ayuntamiento de Barcelona (2021). Estrategia municipal contra la soledad 2020-2030. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/barcelona-contra-la-soledad/estrategia-municipal-contra-la-soledad>

Ayuntamiento de Madrid. Nueva estrategia municipal contra la soledad no deseada en las personas mayores. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Gestiones-y-tramites/Soledad-en-las-personas-mayores/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=20656ff80bedf510VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=dfd931d3b28fe410VgnVCM1000000-b205a0aRCRD&idCapitulo=10552505>

Comunidad Autónoma de Castilla y León (septiembre de 2021). Plan Estratégico contra la soledad no deseada y el aislamiento social de Castilla y León 2022/2027. <https://www.jcyl.es/junta/cp/202010923-plan-estrategico-soledad.pdf>

Banco Mundial (2025). Población total. Todos los países y economías. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>

Campaign to end loneliness (2025). Reino Unido. <https://www.campaigntoendloneliness.org/feeling-lonely/>

CEPALSTAT (2025). Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Estadísticas e Indicadores. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2024). Observatorio Demográfico, 2024 (LC/PUB.2024/22-P), Santiago. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3a2b4877-c9e0-466c-ab00-0bcf8d21ad2b/content>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3), Santiago, 2022.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>

Connect2Affect (2025). AARP Foundation. Estados Unidos. <https://www.aarp.org/aarp-foundation/find-help/connect2affect.html>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2025). Población total, 2024. Colombia. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica>

Government of the United Kingdom (2018). A connected society A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change.

https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5fb66cf98fa8f54aafb3c333/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update_V2.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2025). Población estimada, 2024.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>

Instituto Nacional de Estadística (2013). Tomo 9. Honduras. Proyecciones de población 2013-2050

<https://www.ine.gob.hn/Documentacion/CENSO2013/Tomo%20IX%20Proyecciones%20de%20Poblacion%202013%20-%202050/Cuadros%20xls/1.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2015). Estimaciones y proyecciones de la población total de la República 1950-2030, Panamá.

<https://globaltrends.thedialogue.org/publication/envejecimiento-demografico-en-panama-periodo-1960-2050/>

Instituto Nacional de Estadística (2020). Boletín informativo, España. Los hogares y la vivienda en la Unión Europea.

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_

11. Anexo

Ficha de relevamiento de programas y servicios

1	País	
2	Tipo de acción <i>Plan, Política, Programa, Proyecto, Servicio</i>	
3	Nombre del programa	
4	Organismo responsable	
5	Unidad ejecutora	
6	Nivel de aplicación <i>Nacional, Provincial, Municipal</i>	
7	Localización	
8	Duración <i>En caso de corresponder</i>	
9	Componentes del programa <i>Subprogramas</i>	
10	Objetivo general del programa	
11	Objetivos específicos del programa	
12	Población destinataria	
13	Nivel de alcance <i>Universal, total de PM, focalización territorial, focalización por riesgo, etc.</i>	
14	Criterios de ingreso / acceso	
15	Criterios de egreso / exclusión	
16	Duración del programa	
17	Fecha de inicio del programa	
18	Inversión / Presupuesto 2024	
19	Población objetivo alcanzada 2024 <i>discriminar por género</i>	
20	Metas 2025 <i>en caso de corresponder</i>	
21	Tipo de prestación Asesoría o asistencia técnica, Capacitaciones, cursos o charlas, Bienes o equipamientos, Servicios o prestaciones, Materiales de difusión y sensibilización, Otros.	<i>Si son servicios, haga un resumen de la prestación que usted considera importante para el análisis, por ejemplo, días y horarios, si dan alimentación, si existen actividades de estimulación, etc.</i>
22	Evaluaciones efectuadas (Si/No) <i>Detallar qué tipo de evaluaciones se efectuaron: diagnósticas, de procesos y productos, de performance o de impacto</i>	
23	Principales resultados	
24	Documentos publicados <i>agregar link</i>	
25	Otros aportes <i>Incluir otras experiencias que, aunque no tengan una planificación programática, sean relevantes para el abordaje de la soledad.</i>	<i>Ejemplo: organización de actividades de encuentros con personas mayores por fuera de los programas, programas que hayan existido y se hayan dejado de implementar, etc.</i>



La Soledad en las Personas Mayores

Estudio sobre buenas prácticas
en detección y/o abordaje de la soledad
no deseada en las personas mayores
en Iberoamérica

MAYO 2025



Secretaría General
Iberoamericana
Secretaria-Geral
Ibero-Americana