

LA ACCIÓN COMUNITARIA, UNA HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR



Esta iniciativa forma parte del 'Programa para una Sociedad Longeva', impulsado por la Fundación General de la Universidad de Salamanca, a través del Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE), y en el marco del Programa de Cooperación INTERREG V-A, España- Portugal, POCTEP, 2014-2020, del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)

EQUIPO DE TRABAJO

Investigadora Principal. Dirección técnica y coordinación:

Elisa Sala Mozos

Investigadora. Diseño de metodología de intervención grupal, ENCUENTROS:

Regina Martínez Pascual

Equipo Técnico. Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora:

Azucena González Sanz

Belén García Sánchez

Elena Sutil Rodríguez

Estefanía Moldón Ballesteros

María José Feroso Palmero

María José Rodrigo Gonzalo

Voluntariado Sénior

Asunción Salvador Palacios

Covadonga Gutiérrez Rodríguez

Jesús Gallego García

Jesús Del Olmo Llamazares

Rosa Alejandro Rodríguez

Sagrario García Calderón

Voluntariado Júnior

Alba Fernández Fulgencio

Ana González Otero

Andrea Jiménez Alcántara

Beatriz Carnicero Martín

David J. Carlo Sehuenca

Edurne Domínguez Robles

Elena Malmierca Conde

María Calvo Herrero

María Pilar Reguilón Barbero

Marta Martínez Fidalgo

Natalia Payo Cabañas

Victoria Cristina Abad Fuertes

Índice

INTRODUCCIÓN	6
PARTE 1. LA SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ	
1. UNOS APUNTES SOBRE LA SOLEDAD Y LA VEJEZ	11
1.1. EL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD	11
1.2. LAS DIMENSIONES DE LA SOLEDAD	13
1.3. LA VIVENCIA DE LA SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ	14
1.4. LAS CAUSAS DE LA SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ	19
2. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE INTERVENCIÓN EN SOLEDAD NO DESEADA?	23
2.1. LAS INTERVENCIONES EN SOLEDAD	24
2.2. ¿CUALES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFICACES?	27
2.3. LAS INTERVENCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO	30
PARTE 2. UNA PROPUESTA PARA HACER FRENTE A LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES	
3. LA EXPERIENCIA DE <i>SOLEDAD</i> EN ZAMORA	33
3.1 LA METODOLOGÍA	33
3.2 LOS VALORES QUE HAN INSPIRADO EL PROCESO	34
3.3 SÍNTESIS DEL PROCESO	35
4. EL MODELO DE INTERVENCIÓN	38
4.1. LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO	39
5. EL PROCESO CON LA COMUNIDAD	41
5.1 LAS BASES PARA EL PROCESO COMUNITARIO Y EL LIDERAZGO	41
5.2 EL VOLUNTARIADO	43
5.2.1 El voluntariado Sénior	43
5.2.2. El Voluntariado Júnior	47
5.3. SÍNTESIS DE LA ESTRUCTURA COMUNITARIA Y LOS NIVELES DE IMPLICACIÓN	50
5.4 LA SENSIBILIZACIÓN	53
6. EL PROCESO CON LAS PERSONAS	55
6.1. LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE SENTIR SOLEDAD	56

6.2. LAS PERSONAS PARTICIPANTES	58
6.3. LA COMPRESIÓN DEL SENTIMIENTO. HERRAMIENTAS UTILIZADAS	61
6.4. LA DEFINICIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN	64
7. LA INTERVENCIÓN FINALISTA: LOS ENCUENTROS	64
7.1. ANTECEDENTES. REFERENCIAS QUE NOS HAN INSPIRADO.	64
7.2. LA DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	67
7.3. LA CAPACITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE FACILITACIÓN	70
7.4. LA ESTRUCTURA DE LOS ENCUENTROS. LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN	72
7.5. OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS POR FASE	73
7.5.1. FASE 1. Sesiones 1-3: Inicio, conocimiento y formación del grupo	74
7.5.2. FASE 2. Sesiones 4-6: descubrimiento de recursos comunitarios de participación.	77
7.5.3. FASE 3. Sesiones 7-10: Orientación a valores, evaluación y decisión de futuro de grupo	80
PARTE 3. CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES	
8. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?	85
8.1 FASE 1. LAS BASES PARA EL PROCESO COMUNITARIO	87
8.2. FASE 2. EL DIAGNÓSTICO	89
8.3. FASE 3. EL VOLUNTARIADO, LA SENSIBILIZACIÓN Y LA ACTIVACIÓN DEL TEJIDO COMUNITARIO	90
8.4. FASE 4. LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE RGO DE SENTIR SOLEDAD	92
8.5. FASES 5 Y 6. LA COMPRESIÓN DE LA VIVENCIA. LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS Y LA IDENTIFICACIÓN DEL APOYO ADECUADO	94
8.6. FASE 7. LA INTERVENCIÓN FINALISTA, GRUPAL:	95
8.6.1. Elementos a considerar para el futuro	97
9. ABORDAR LA SOLEDAD DESDE LA COMUNIDAD. UN DECÁLOGO PARA LA ACCIÓN	100
PARTE 4. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	
10. BIBLIOGRAFÍA	103

Introducción



En un contexto de longevidad se extiende la esperanza de vida. Y una vida más larga, implica más tiempo en el futuro. En este escenario, pareciera lógico pensar que tenemos más incentivos y más motivaciones para invertir en nuestras habilidades, nuestra salud, nuestras relaciones y nuestro propósito de vida (Scott A. 2022). De hecho, hoy en día ya sabemos que invertir en nuestras relaciones, es invertir en salud. En términos de coste económico, la soledad está asociada a un mayor gasto social y sanitario. Contrariamente, un mayor capital social y relacional está asociado a un estado de salud positivo y tasas más bajas de mortalidad (Coll Planas L. 2017). Sin embargo, como si de una fuerza contrapuesta se tratara, las sociedades contemporáneas avanzan en la cada vez mayor precariedad de los vínculos, mayor falta de cohesión social y mayor inestabilidad, en esa la *liquidez de la modernidad* que nos describe Zigmunt Bauman¹.

En los últimos tiempos, la soledad, fundamentada en la idea científica de una mente individual y separada del resto, ha ido creciendo entre las grietas de una sociedad cada vez menos inclusiva y comunitaria, y configurándose, poco a poco, como una aflicción social moderna (Bound Alberti F.). Las alarmantes noticias sobre la prevalencia de aislamiento social y sentimiento de soledad en todas las cohortes de edad, o el hecho de que el porcentaje de la población adulta de Europa que reporta sentirse sola la mitad del tiempo haya pasado de un 12% en el 2016, a un 25% en el 2020 (Eurofound, EQSL, 2016, 2020), apunta muchos interrogantes sobre la evolución de sociedades como la nuestra, en la que los valores familiares, comunitarios y colectivistas han venido siendo, un sello de identidad en anteriores etapas de nuestra historia.

Tal vez por todo ello, la soledad ha empezado a ocupar un lugar en las agendas políticas tanto a escala nacional, como regional y/o local. Ahora bien, esa toma de conciencia no quiere decir que tengamos claro cómo construir respuestas. De hecho, no existen demasiados métodos o programas de intervención de largo recorrido, que hayan permitido un seguimiento y una evaluación rigurosa de su impacto, ni a escala individual, ni comunitaria. Así las cosas, podríamos decir que aún nos queda mucho por definir, en un nivel más sustantivo. Y por construir y producir, en un nivel más operativo, para poder dar respuesta al fenómeno desde las políticas públicas.

¹ Concepto acuñado por Zigmund Bauman (2000) para describir las sociedades contemporáneas en las cuales las características principales son la falta de cohesión, la precariedad en los vínculos y la inestabilidad

A nuestro modo de ver, la soledad es un constructo subjetivo e individual, que surge en interacción con las configuraciones sociales de las sociedades longevas del siglo XXI. Comprende interacciones individuales, familiares y comunitarias, engloba aspectos objetivos y percepciones subjetivas, y se ve influenciado por comportamientos individuales, y expectativas culturales, a la vez que es mediatizado por factores externos, sociales, culturales y estructurales. Este enfoque, nos obliga a dar un salto cualitativo y a configurar modelos de intervención que nos permitan trascender de la lógica individual de comprensión del fenómeno, hacia una lógica comunitaria, en la que a la vez que se atiende a los elementos más subjetivos de la vivencia, se busque hacer frente a las causas más sociales, estructurales y culturales que se esconden detrás de la emergencia del sentimiento.

En este escenario se ha llevado a cabo el proceso de investigación que aquí se presenta, *La Acción Comunitaria, una herramienta para la prevención de la soledad y el aislamiento de la población mayor*. La finalidad no es otra que aportar algo de luz a todas las cuestiones planteadas, y avanzar en el diseño de políticas públicas que puedan dar respuesta al fenómeno, partiendo de su complejidad y atendiendo tanto a su dimensión individual como colectiva. Todo ello con la finalidad última de progresar en la generación de conocimiento. Consideramos que la construcción de respuestas debe ir más allá de los habituales enfoques paliativos, para aportar elementos que nos permitan acometer también la prevención.

El proceso, basado en la metodología de investigación empírica IAP, se ha llevado a cabo en la ciudad de Zamora y ha dado lugar a un proyecto denominado Soledad Zamora que se ubica en el marco de la iniciativa, Juntos damos más vida a Zamora. Promovido y dirigido por el CENIE, ha contado con el liderazgo, a escala local y comunitaria, de la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus Viriato de Zamora.

El presente informe se divide en tres partes fundamentales que pueden leerse y comprenderse de forma independiente, pero que se complementan entre sí. La PRIMERA PARTE consta de dos capítulos que describen los diferentes aspectos contextuales que configuran el binomio "soledad-vejez". En el primer capítulo se han incluido conceptos básicos que nos permitirán entender la soledad como fenómeno y constructo, así como su relación con otros fenómenos que necesariamente hemos de tener en cuenta, como es el aislamiento social. Asimismo, se han hecho algunos apuntes sobre la soledad y sus causas, ya que el modelo de intervención diseñado se fundamenta en la comprensión de éstas. De forma complementaria, en el capítulo 2, se ha incorporado un análisis de los modelos de intervención en soledad llevados a cabo en los últimos tiempos a escala internacional, dado que, en el diseño e implementación del modelo, hemos considerado esencial partir del conocimiento y evidencia empírica generados hasta el momento.

En la segunda parte, titulada, “UNA PROPUESTA PARA HACER FRENTE A LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES” incluye 5 capítulos que describen el proceso llevado a cabo en la ciudad de Zamora. En el capítulo 3, en primer lugar, se desarrollan, de forma resumida, todos los aspectos relevantes relacionados con la metodología y el proceso. Seguidamente, en el capítulo 4, se describe el modelo implementado para, a continuación, en los capítulos 5 y 6, describir en profundidad los procesos desarrollados (con las personas y en la comunidad) y que conforman el modelo de atención. Dada su importancia, y calidad innovadora, se ha destinado un capítulo completo, el número 7, denominado “Encuentros” para describir específicamente y pormenorizadamente la intervención finalista llevada a cabo con las personas que sienten soledad.

Por último, en la tercera parte, bajo el título genérico de “CONCLUSIONES y APRENDIZAJES”, se desarrollan y describen las principales conclusiones, así como los aprendizajes obtenidos en las diferentes fases del proceso.

Al final del informe, en la cuarta parte, se pueden consultar los anexos, que incluyen varios de los instrumentos utilizados y la bibliografía. Para concluir, se ha definido un decálogo para la acción en el cual se han indicado y definido los 10 fundamentos para abordar la soledad desde la acción comunitaria.

PARTE 1

La soledad durante la vejez



1. Unos apuntes sobre la soledad y la vejez

1.1. EL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD

A pesar de que la soledad y el aislamiento social son conceptos que a menudo se utilizan indistintamente, contrariamente a lo que pudiéramos creer, no tienen por qué ir necesariamente de la mano. Además, el uso aleatorio que de forma habitual se hace de ambos, no solo es incorrecto, sino que también puede generar confusión, tanto desde el punto de vista del análisis, como de la intervención. Si bien están estrechamente relacionados, sería importante diferenciarlos: en primer lugar, porque esa diferencia es necesaria para comprender ambos fenómenos y su calado en la sociedad actual. En segundo término, porque es imprescindible para desarrollar herramientas eficaces para la detección y abordaje de ambos tipos de situaciones.

- **El aislamiento social** se caracteriza por la carencia o existencia limitada de relaciones interpersonales duraderas, y se puede medir por la densidad de la red social. Es decir, teniendo en cuenta la cantidad de personas que la componen y el grado de interrelación de sus miembros. En la medida en que hace referencia a una estructura determinada (la de la red social), responde a una realidad objetiva.
- **La soledad**, al contrario que el aislamiento social, es un sentimiento, una percepción individual, subjetiva y, en consecuencia, personal e intransferible. Se trata de un constructo complejo y diverso, difícil de definir sin caer en el reduccionismo. Su conceptualización ha sido fundamentalmente abordada desde la psicología y, fruto de múltiples aproximaciones teóricas, ha generado diferentes debates a lo largo de la historia.

Con objeto de no mermar su complejidad y de acercarnos a la enorme diversidad que presenta el constructo, a continuación, se muestran una serie de definiciones y descripciones, en las que diferentes autores hacen referencia a los diversos aspectos que la componen. Todas ellas aportan elementos que pueden ayudarnos a comprender el fenómeno y, por lo tanto, las entendemos como complementarias y no excluyentes:

- WEISS, 1983. Según su percepción, la soledad es un **fenómeno natural**, un sentimiento que puede afectar cualquier persona y que puede surgir en cualquier momento de la vida. Es **independiente de la edad, el género o cualquier otra característica sociodemográfica**.

- YOUNG, 1982. Distingue entre **diferentes tipos de soledad** en función de su duración: la soledad crónica (2 o más años de duración), la soledad situacional (relacionada con alguna pérdida) y la soledad pasajera (episodios cortos de sentimiento de soledad).
- PEPLAU y PERLMAN, 1982 YANGUAS et al. 2018. Entienden la soledad como la **discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener**. La aparición y/o el mantenimiento de esta discrepancia dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales.
- DE JONG GIERVELD, 1987. Entiende la soledad como **un sentimiento individual** caracterizado por una **ausencia desagradable o inadmisible de calidad en una serie de relaciones sociales**. Puede ser porque la cantidad de contactos sociales esté por debajo de la deseada, o porque no se tenga la intimidad qdeseable en las relaciones.
- MUSHTAQ et al., 2014; HAWKLEY y CAPINTANIO, 2015. La soledad se define subjetivamente como una **experiencia dolorosa**, experimentada en ausencia de relaciones sociales o de sentimientos de pertenencia, o debida a una sensación de aislamiento.
- LUANAIGH y LAWLOR, 2008. Hacen distinción entre la soledad normal y la soledad patológica. Se diferencian de acuerdo con la duración, frecuencia (puntual o persistente) y la gravedad de la experiencia.
- STEIN, TUVAL-MASHIACH 2015. La soledad se caracteriza por un **sentimiento de aislamiento** que puede ser objetivo o subjetivo, **metafísico o comunicativo, existencial, social...**que está siempre presente y es parte nuclear de la experiencia personal e intransferible de lo que denominamos soledad.

El aislamiento y la soledad pueden estar relacionados, existiendo un riesgo mayor de sentir soledad en una situación de aislamiento social. No obstante, las personas en situación de aislamiento social no necesariamente sufren soledad, y, objetivamente, tampoco todas las personas con sentimiento de soledad están aisladas socialmente. De hecho, alguien que tiene una participación social activa o vive acompañada, puede sentirse solo o sola.

También hay que tener presente que la soledad no solo es negativa. Puede ser elegida, voluntaria e incluso satisfactoria. En inglés, por ejemplo, utilizan el concepto *solitude* para hacer referencia a una soledad consciente, escogida y gratificante, mientras que emplean la palabra *Loneliness* para hacer referencia a la experiencia personal y negativa, no voluntaria e incontrolable, a través de la cual las personas perciben carencias en sus relaciones o con relación a sus expectativas.

En castellano, a diferencia del inglés, solo existe el término *soledad* y tiende a utilizarse en cualquiera de los dos sentidos, ya sea positivo o negativo. Quizás por ello, es habitual añadir *deseada/querida* y *no deseada/no querida* para distinguir entre aquella soledad escogida y/o controlable, y aquella que implica una experiencia personal negativa.

En la medida en que es una experiencia subjetiva, no hay dos soledades iguales, y no es fácil identificar rasgos comunes. En consecuencia, a diferencia del aislamiento social, tanto su detección como la intervención son más complejas.

1.2. LAS DIMENSIONES DE LA SOLEDAD

A principios de los años setenta del siglo pasado, Robert Weiss, uno de los autores más reconocidos en el ámbito de la soledad diferenció conceptualmente, y por primera vez -en su libro *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation-*, dos dimensiones de la soledad, que pueden convivir o no en una misma persona (Weiss R. 1973):

- **SOLEDAD SOCIAL:** Es la respuesta subjetiva ante la falta o insuficiencia de relaciones o sentimiento de comunidad. Haría referencia a la percepción que la persona tiene en cuanto a la amplitud de su red, el interés que le genera y/o si resulta suficientemente atractiva como para sentirse parte del grupo (sentimiento de pertenencia).
- **SOLEDAD EMOCIONAL:** Es la respuesta subjetiva a la ausencia de relaciones personales íntimas o de apego, ya sean de amistad o de pareja.

Ambos tipos de soledades se asocian a sentimientos de depresión e insatisfacción; sin embargo, la soledad del tipo emocional normalmente está acompañada de ansiedad, mientras que la soledad social a menudo lo está por el aburrimiento y la sensación de estar excluido/a (Pinazo Hernandis S., 2018).

Ambas dimensiones hacen referencia a la vertiente más relacional de la soledad, pero ésta, a pesar de tener un fuerte componente relacional, no solo tiene que ver con las relaciones. Hay otras variables que también interactúan con el sentimiento, como por ejemplo la fragilidad, el sentido de la vida, el propósito o la insatisfacción vital (entre otros). Por este motivo, también es interesante hacer referencia a una tercera dimensión de la soledad:

- **LA SOLEDAD EXISTENCIAL:** Es el sentimiento básico de soledad que podemos tener cuando, como seres humanos, nos enfrentamos al hecho de que estamos solos y solas en el mundo a pesar de estar rodeados de otras personas (Mayers; Svartberg, 2001). Es un tipo de soledad ligado a la condición humana y que se caracteriza por un sentimiento de alienación y vacío.

Existe abundante literatura empírica sobre la soledad existencial. Yanguas et al. 2020, en su libro *El reto de la soledad en las personas mayores*, hace referencia al abordaje que diferentes autores han hecho de la misma: algunos (Ettema et al., 2010) señalan la soledad existencial como una condición de la vida relacionada con las últimas preocupaciones como la inevitabilidad de la muerte, nuestra necesidad de libertad y pertenencia, y nuestra búsqueda de sentido. Por otro lado, filósofos como Tillich (2000) enfatizan el importante papel de la individualidad en la emergencia de la soledad existencial, ya que entienden que el ser humano, al existir en un cuerpo que está solo y aislado de los demás, se ve obligado a “acarrear” con dicha individualidad, condición de la cual deriva la soledad existencial. Finalmente, Frankl (1986) señala que la dimensión existencial de la soledad es algo que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida, que forma parte del ser humano y que, por lo tanto, no podemos ignorar.

En la misma línea que Frankl, Mijuscovic (2012), describe la soledad existencial como una experiencia universal, una condición humana inevitable que conlleva un tipo de sufrimiento que nos motiva a involucrarnos en nuestro mundo social. Se trata de una experiencia que podemos aligerar temporal o intermitentemente, concitando la habilidad de salir de nosotros mismos mediante la realización de actividades con otras personas. (Coll Planas L. 2023, citando a Mijuskovic, B.L 2012).

Al igual que las dimensiones social y emocional de la soledad, la dimensión más existencial también está llena de matices, y más aún si ponemos el foco en la soledad durante la vejez. De hecho, la soledad existencial puede estar vinculada al propósito o sentido vital y a que nuestra vida tenga un significado. Esta dimensión cobra especial relevancia en un contexto de sociedades longevas, ya que, en la medida que la esperanza de vida aumenta muy por encima de los 65 años, podemos aspirar a 20 o 30 años más de vida. Por tanto, parecería, cuando menos lógico, que necesitemos de un proyecto que provea nuestra vida de significado y sentido durante ese periodo tan largo de nuestra existencia.

1.3. LA VIVENCIA DE LA SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ

La evidencia empírica sobre la relación entre edad y soledad no es homogénea y no hay un consenso entre los diferentes autores. Piquart y Sörensen explican esta relación con una curva en forma de “U”; el sentimiento de soledad es mayor durante la adolescencia y la etapa de jóvenes adultos, bajaría durante la edad adulta, y volvería a subir durante la vejez (Coll Planas L. 2017). Por otro lado, muchos estudios nos indican que las personas mayores de 80 años se sienten solas con más frecuencia que las personas de menos edad (Pinquart y Sörensen 2001). Este hecho se puede explicar, no tanto por la edad en sí, sino por una serie de circunstancias que se dan en la última etapa de la vida.

En gerontología, según algunos autores (Laforest 1991), existen tres tipos de crisis que se dan de forma habitual durante la vejez, y que pueden relacionarse directamente con el sentimiento de soledad:

- **La crisis de identidad:** Hace referencia al hecho de sentir que ya no somos quién éramos. Se relaciona directamente con los cambios físicos y de apariencia, así como con la pérdida de “rol productivo” en la sociedad, asociado, sobre todo, a la jubilación.
- **La crisis de autonomía:** Tiene directamente que ver con el proceso de pérdidas funcionales y sensoriales inherente al hecho de hacerse mayor, y que implica no poder hacer todas las cosas que hacíamos antes.
- **La crisis de pertenencia:** Se vincula al hecho de no pertenecer a los grupos de personas y lugares de los cuales formábamos parte. Tiene que ver con la circunstancia de perder a la pareja, las amistades, compañeros y compañeras, etcétera, así como con los cambios sociales y la percepción de un entorno diferente al que estábamos acostumbradas a habitar.

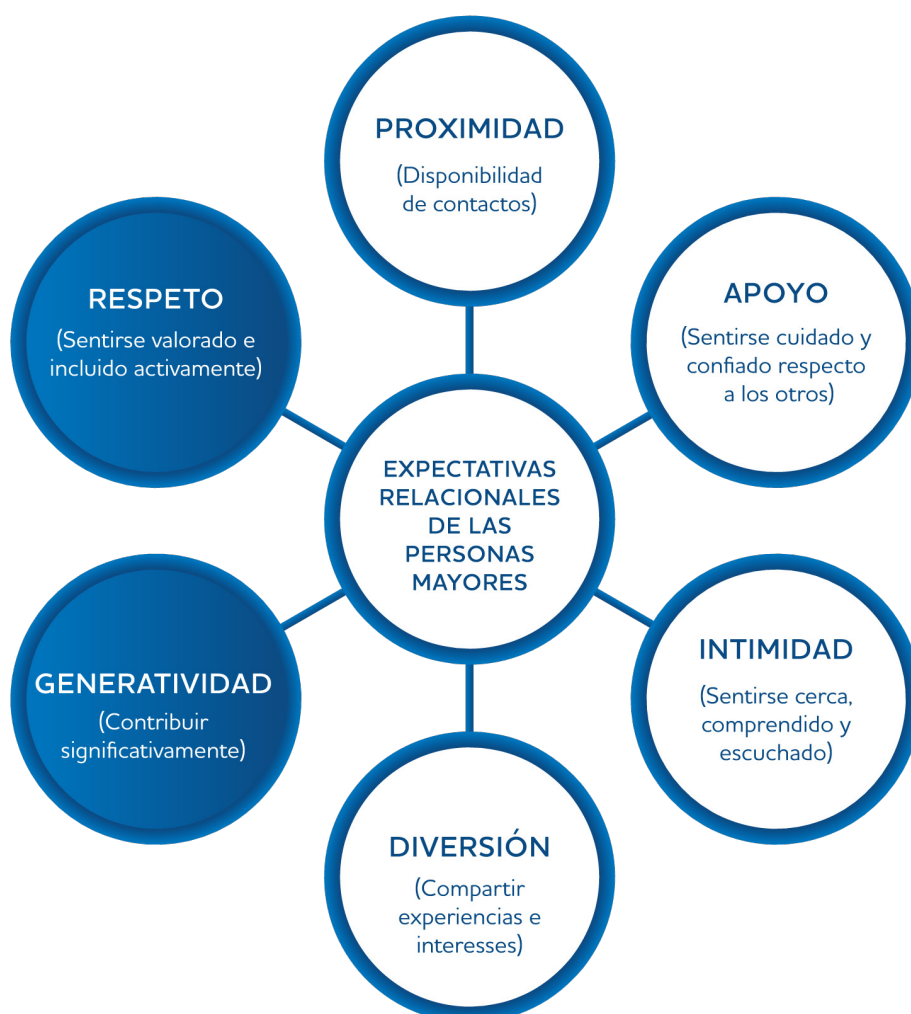
Las tres crisis se retroalimentan entre sí y derivan del proceso de pérdidas que, en cierto modo, es inherente al ciclo de la vida. Es importante anotar que las pérdidas, tanto sociales como físicas, pueden estar ligadas al hecho de estar solo/a o a una vivencia particular, pero no necesariamente tienen por qué suponer un sentimiento de soledad. De hecho, algunas investigaciones cualitativas apuntan que es precisamente la forma en que las personas mayores gestionan sus pérdidas, lo que explica el sentimiento de soledad. Según estos resultados, aquellas personas que se ven superadas o abrumadas por la pérdida tienen más probabilidad de sentirse solas, más dificultades para encontrar actividades a realizar que den significado a su vida, a la vez que también es posible que encuentren más dificultades para mantener relaciones (Coll Planas L., 2017).

De la misma forma, durante la vejez, se pueden dar condiciones con un impacto en las posibilidades de relación social de las personas. Así, a la vez que se transforman o desaparecen las posibilidades conocidas de relacionarse y estar en el mundo, también puede resultar más costoso y complicado conocer nuevas personas, iniciar nuevas relaciones y encontrar nuevas formas de habitar (Sala Mozos E., 2017).

Fay Bound Alberti explica en su libro *Una Biografía de la Soledad*, que en el meollo de la soledad entre las personas mayores no es el hecho de estar solas en sí mismo, sino el alejamiento emocional de otras personas. Según indica la autora, un estudio sueco realizado en el año 2009 -que examinó las percepciones de las personas mayores sobre el envejecimiento y los cuidados- puso de relieve que uno de los miedos más arraigados entre las personas mayores

era precisamente perder su sentido de identidad, y convertirse en un don nadie sin relaciones significativas. El miedo a la “muerte social”, al hecho de dejar de existir de forma significativa para otras personas está en la raíz del pánico a la soledad en la vejez. Por ese motivo, mantenerse relevante, conectado y en el centro de las redes sociales y familiares, puede ser clave para evitar la soledad durante la vejez (Bound Alberti F. 2022).

En este sentido, cabe hacer referencia a las expectativas que las personas mayores tienen respecto a las relaciones sociales. Según Akhter-Khan, Sc (2023), se pueden clasificar en seis. Cuatro de las cuales, son universales (indicadas en el diagrama con fondo blanco) es decir, comunes a todas las etapas vitales. Dos de ellas (con fondo azul), corresponden a la etapa de la vejez.



Fuente. Akhter-Khan, S. C., (2023). *Understanding and Addressing Older Adults' Loneliness: The Social Relationship Expectations Framework. Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 762-777.

Entre las expectativas universales, comunes a todas las personas, está la PROXIMIDAD, es decir, la cantidad de contactos sociales, su cercanía física, su disponibilidad y la frecuencia de contacto (Ashida y Heaney 2008). Todos estos aspectos se corresponden con la dimensión más social de la soledad. La cercanía de los contactos sociales refleja una expectativa universal relacionada con el sentimiento de pertenencia, esto es, el hecho de formar parte de una comunidad (Masi et al., 2011, Ozawa- de Silva.,2021, ten Bruggencate et al., 2018).

El APOYO también es una expectativa universal. Sin embargo, en el caso de las personas mayores, el cuidado y el apoyo que reciben de los otros se presume como un factor protector esencial ante la soledad (Dhalberg et al., 2022). Se incluyen entre las expectativas de apoyo, tanto aquellas relacionadas con el apoyo más instrumental como las relacionadas con el apoyo más emocional.

La INTIMIDAD tiene que ver con la sensación de confianza, el sentimiento de apertura emocional y la sensación de que el resto, se interesan por aquello que nos pasa (Elliot et al., 2004, Hook et al., 2003). Se trata de una expectativa que forma parte de la dimensión más emocional de la soledad.

Por último, la DIVERSIÓN es una expectativa que tiene que ver con compartir intereses y experiencias estimulantes con otras personas.

En cuanto a las expectativas que de forma particular se dan durante la vejez, la GENERATIVIDAD tiene que ver con la sensación de contribuir y aportar significativamente a las generaciones futuras (Erikson, 1982). Si bien la Generatividad puede canalizarse por múltiples vías, como por ejemplo el arte, la literatura etc. Las relaciones sociales son el principal canal a través del cual las personas mayores la desarrollan (Halsey y Harris, 2011).

Por último, a través del RESPETO, en un nivel más micro (entre la familia y los contactos más próximos) las personas mayores esperan ser valoradas por sus contribuciones, e incluidas en procesos de tomas de decisiones (Gallois et al., 1999, Ingersoll-Dayton y Saengtienchai, 1999, ten Kate et al., 2021; Victor y Zubair, 2015, Warburton y Chambers, 2007). En un nivel más meso (vecindario, espacio público etc.) esperan respeto, educación y dignidad (Clancy et al., 2021; Van Der Geest, 2004, Warburton y Chambers, 2007).

La experiencia de la soledad durante la vejez no es ni universal ni inevitable. No debemos entenderla como un destino obligado al final del viaje, ni una condición *sine qua non* por hacerse mayor. Tampoco nos ayudará visualizarla como un mal común que afecta de forma similar a todo el mundo y que tiene el mismo impacto sea cual sea la condición o el recorrido vital de cada persona. Es importante atender a la subjetividad del fenómeno en todas las etapas vitales y

también durante la vejez. No existen dos soledades iguales.

Al contrario, existen tantas soledades como personas que la padecen o sienten. Se puede cruzar con variables diversas y puede cambiar, tanto a lo largo de la totalidad del ciclo vital, como en el transcurso del propio proceso de envejecimiento. Las causas que tienden a facilitar la emergencia del sentimiento son múltiples y, en consecuencia, su vivencia y expresión también responde a emociones, situaciones, sentimientos y circunstancias diversas (Yangüas J. et al 2020, Sala Mozos E. 2021):

- Algunas personas mayores focalizan su atención en el aislamiento.
- Otras hablan del sentimiento de abandono, de no ser reconocidas, de la falta de valoración.
- A veces son los sentimientos de vacío, de falta de sentido, de carencia de una vida con significado o ausencia de un proyecto vital las causas que están detrás del sentimiento de soledad.
- La vulnerabilidad es, en ocasiones, la fuente de soledad. A ella se unen el miedo, la fragilidad, la inseguridad, o la desconfianza respecto a las propias capacidades.
- A veces la soledad no es consecuencia de la ausencia de relaciones, sino de la pérdida de alguna relación especialmente significativa, como ocurre con la viudez..
- Algunas personas asocian el sentimiento de soledad a la pérdida directa del sentimiento de pertenencia, a no sentirse parte de la comunidad.
- El hecho de verse obligadas a cambiar de lugar de residencia también puede provocar que las personas no reconozcan ya su barrio, ni a las personas que lo habitan y se sientan ajenas a la comunidad, incrementando por tanto su sensación de soledad.
- La falta de intimidad también domina algunos de los discursos de soledad. En ocasiones, la causa no es tanto la falta de relaciones, como la falta de relaciones íntimas.
- El estado de salud y la percepción de esta también puede ser vertebrador del sentimiento de soledad. La vivencia de la pérdida de energía vital o de salud y funcionalidad pueden ser fuente del sentimiento.
- La soledad asociada al cuidado de otras personas y el estrés asociado al mismo también son factores de soledad en múltiples ocasiones.
- En otras puede vincularse a la identidad y al sentido que la persona concede a la vida, de forma que, en el momento de dejar de cuidar, el sentimiento de soledad puede emerger.
- De la misma forma, el verse abocadas tradicionalmente al cuidado de la familia y el hogar ha hecho que algunas mujeres mayores no encuentren el verdadero sentido a su vida, lo que ha podido provocar que se sientan solas precisamente hasta el momento

en que han dejado de hacerlo y han recuperado el sentido vital y la libertad.

- Para algunas personas la soledad pesa tanto que acaba alimentando el aislamiento que a su vez retroalimenta el sentimiento de soledad, siendo así causa y consecuencia al mismo tiempo.
- Para otras, la soledad es un elemento motivador y el hecho de estar solas les obliga a planificar su día a día.
- ...

Fuente: Sala Mozos E.2023, a partir de Yanguas J. et al 2020 y Sala Mozos E. 2021

Este es solo un listado de algunas vivencias de personas mayores que sienten soledad que, sin ser exhaustivo, pretende mostrar la pluralidad y complejidad del fenómeno. Ante la diversidad de situaciones que presenta, es obvio que no puede haber una estandarización del enfoque en el momento de abordarla. Existen múltiples variables en la intersección entre soledad y vejez: nivel socioeducativo, experiencia psicológica, salud, género, etnia, origen, capacidad funcional y movilidad, redes familiares y de amistad etc. Todas estas diferencias pueden dejar de tenerse en cuenta si centramos la atención a la soledad de las personas mayores desde una óptica puramente económica, o simplemente como parte de una crisis sanitaria o social (Bound Alberti F.2022). Asimismo, esta diversidad quedaría oculta si entendemos que las personas mayores son un grupo homogéneo y desatendemos la heterogeneidad de situaciones y vivencias que se pueden dar durante la vejez, más aún en un contexto de sociedades longevas.

1.4. LAS CAUSAS DE LA SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ

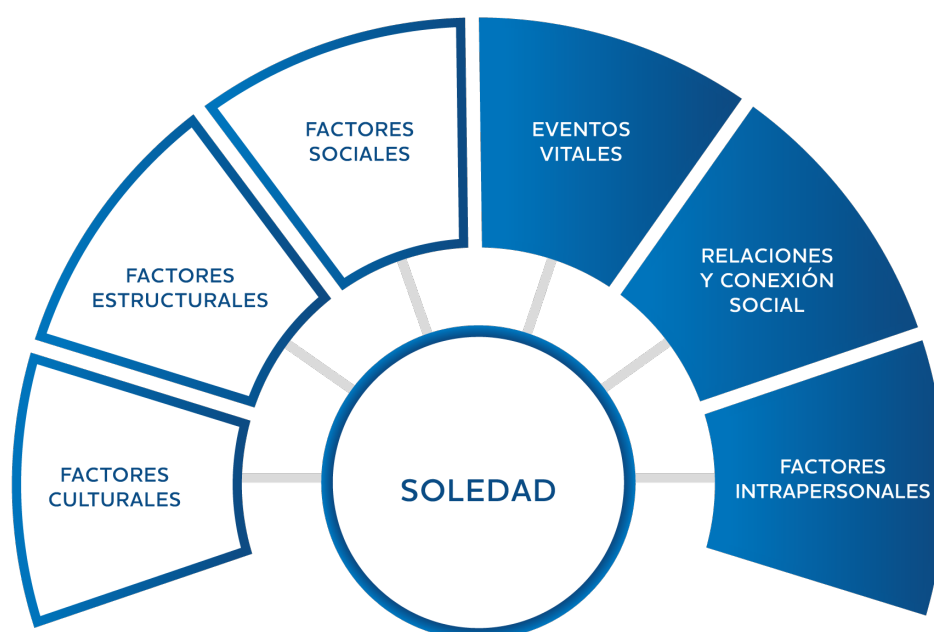
Si bien la soledad es un sentimiento y, por lo tanto, se experimenta de forma individual, en un contexto de individualismo creciente y materialista, de urbanización acelerada, de transformación cultural y social, de entorno postpandémico etc., no podemos desarrollar políticas que ofrezcan únicamente respuestas individuales. Si lo hacemos, estaríamos dejando de lado las causas más macrosociales ante cualquier situación de vulnerabilidad social.

A nuestro modo de ver, la importancia de identificar y comprender las causas de la soledad radica en la necesidad de desarrollar un modelo de intervención que, más allá de una lógica paliativa de sus efectos más inmediatos en la salud y de calidad de vida en las personas de forma individual, aborde, desde una lógica preventiva, las causas profundas que facilitan su emergencia en las sociedades contemporáneas.

Christine Victor (Victor et al. 2009; Victor y Sullivam, 2015) expone que la soledad depende de la interacción mutua entre diferentes variables; algunas de ellas propias de la persona, es decir,

intrapersonales (personalidad, estilos cognitivos etc.) y otras externas a la persona, esto es, extrapersonales (eventos vitales, factores culturales, entorno social etc.).

Desde la mirada de las políticas públicas, y en aras de construir un modelo de actuación/ intervención que permita construir respuestas desde una lógica preventiva, a continuación, intentamos dar un paso más y determinar los factores que pueden tener una incidencia en el sentimiento de soledad. Con fondo azul, se muestran aquellos factores que tienen que ver con el individuo, su recorrido vital y su forma de habitar y relacionarse. Y con fondo blanco, aquellos que escapan a la persona y encuentran su razón de ser en aspectos que podríamos ubicar en una esfera más macrosocial.



Fuente: Sala Mozos E. . Sala Mozos E. 2023 a partir de Víctor et al., 2009; Yanguas et al., 2020; Sala Mozos E. 2019

Entre los factores de carácter más individual, en primer lugar, están los **factores intrapersonales**, es decir, aquellos que vertebrarán el sentimiento de soledad, ya que tienen que ver con la personalidad del individuo, las expectativas personales, la existencia o los factores de desarrollo, la voluntad y habilidades de la persona, así como las estrategias de afrontamiento, etc.

Pero además de todos los factores intrapersonales, es preciso explorar cómo la persona se relaciona y cómo es su vivencia respecto a sus **relaciones y grado de conexión social**.

Por ello es importante observar las relaciones sociales de la persona desde dos perspectivas complementarias: por un lado, desde el punto de vista del alcance de la conectividad, la participación social, y las relaciones comunitarias. Esto es, la PROXIMIDAD (dimensión social). Y por el otro, desde la seguridad emocional o sensación de confianza que estas relaciones u otras significativas, -ya sean intrafamiliares o no-, le puedan proporcionar. Es decir, la INTIMIDAD (dimensión emocional).

De otro lado, estarían los **eventos vitales** que impactan en la calidad de vida de las personas a través de su relación con el sentimiento de soledad. Incluir una mirada de ciclo vital en el análisis, nos ayudará a entender cómo algunas decisiones o vivencias en momentos anteriores pueden tener un impacto en la última etapa de la vida. Así, este proceso nos facilitará la comprensión de las diferencias que pueden darse a lo largo del ciclo vital y más específicamente en el proceso de envejecer.

Se trata de una lógica de análisis que cobra especial relevancia en un contexto de longevidad creciente, dado que nos permitirá avanzar en la comprensión de la heterogeneidad de las situaciones que hoy en día se dan durante esta etapa vital. De forma específica, entre los eventos vitales que se producen con más frecuencia durante las últimas etapas de la vida y que impactan directamente en el sentimiento de soledad, es preciso mencionar el proceso de pérdidas (ver apartado 1.3), directamente relacionado con el ciclo de la vida (marcha de los hijos, muerte de amigos cercanos, pareja etc.), pero también con el del cambio de roles sociales, relacionados fundamentalmente con el sentimiento de pertenencia (jubilación o cambios sustanciales en la forma de vida), y con la pérdida paulatina de capacidades funcionales.

Entre los **factores ubicados en la esfera más macrosocial**, son de destacar los **factores sociales**. Estos serían todos aquellos que tienen que ver con variables exógenas que se correlacionan con el sentimiento de soledad, y que pueden configurarse como algunos de los factores de riesgo de la soledad. A saber; la pobreza, la migración, un nivel educativo bajo, situaciones de exclusión, vulnerabilidad residencial, etc.

Por otro lado, es importante mencionar todos aquellos **factores estructurales**, relacionados fundamentalmente con la configuración de las ciudades y los barrios. Aspectos como la orografía, la accesibilidad o la red de transporte, pueden facilitar o acentuar una situación de aislamiento de una persona, y aumentar así el riesgo de sentir soledad.

También es preciso señalar los procesos de transformación que afectan la configuración de las comunidades, como por ejemplo la gentrificación, que puede tener un impacto directo en cómo las personas mayores perciben el barrio, pasando de ser concebido y habitado como un entorno conocido y seguro, a un entorno desconocido, poco familiar o, incluso inseguro, y hostil. Como espacio inmediatamente contiguo al domicilio/hogar, el barrio o vecindario, forma parte del

universo comunitario, de la experiencia de vivencia territorial de las personas y frente a otro tipo de vínculos con el mundo o la vida, ofrece una realidad fáctica, material y simbólicamente manejable, una relación afectiva más rica y un entorno de seguridad, que, al sentir que se pierde, puede influir en el sentimiento de pertenencia y, por ende, en el de soledad.

En este sentido y de forma complementaria, es necesario poner acento sobre lo que Eric Klinenberg denomina *infraestructura social*, es decir, todas aquellas condiciones físicas que determinan el desarrollo del capital social y relacional de una comunidad. Nos referimos a espacios y equipamientos públicos (parques, plazas, mercados, bibliotecas, centros de mayores, centros cívicos, culturales etc.) que se conocen y reconocen como espacios que facilitan y promueven las relaciones recurrentes y sólidas (Klinenberg E. 2020). En los últimos tiempos, se ha hecho mucho énfasis sobre la importancia del capital social y relacional para la generación de comunidades humanas, seguras, igualitarias y participativas, en las cuales se prevenga la emergencia de situaciones de aislamiento y/o soledad.

No obstante, no se han generado tantas preguntas alrededor de las condiciones físicas y estructurales necesarias para su generación. Y lo cierto es que las personas establecen vínculos en lugares en los cuales las infraestructuras sociales son sólidas, saludables y adaptadas a las necesidades de la población y del territorio, y no porque tengan la intención de generar capital social o consolidar un sentido comunitario, sino porque el hecho de que las relaciones prosperen, muchas veces, no es más que una consecuencia natural de tener un espacio en el cual poder disponer de un trato prolongado, recurrente, seguro y de confianza.

Finalmente, es importante atender a los factores culturales, que tienen su razón de ser en las sociedades actuales, materialistas e individualistas, y en valores como la autosuficiencia, autonomía o independencia que, en las sociedades contemporáneas, se han erigido como estandartes de la felicidad, la plenitud y el éxito social. Ser independiente, “poder con todo”, sin tener que pedir ayuda, no solo está socialmente valorado, sino que, además, se entiende como motivo de satisfacción y orgullo personal. En las sociedades competitivas, productivistas e individualistas del siglo XXI, la individualidad y la independencia se conciben como la máxima expresión de libertad. Por lo tanto, caminar hacia una deconstrucción del significado de *la individualidad* basada en los valores de la autonomía, la independencia y la autosuficiencia, y sustituirlo por una concepción de lo común, lo comunitario, la comunidad, la interdependencia y la responsabilidad colectiva, parecería imprescindible, o cuando menos, necesario, si queremos incluir una lógica de prevención en nuestro modelo de intervención.

En este contexto, poniendo el foco en las sociedades longevas y en la soledad durante la vejez, tampoco podemos obviar las ideologías dominantes sobre el envejecimiento, y más concretamente el edadismo, que no solo nos llevan a invisibilizar a las personas mayores y desatender sus necesidades, sino a la generación de sociedades divididas y segregadas por edades.

2. ¿Qué sabemos sobre intervención en soledad no deseada?

La intervención social es una acción que se realiza organizadamente, que intenta responder a las necesidades sociales e incidir significativamente en la interacción de las personas, aspirando a una legitimación pública o social (Fantova F., 2007). Tiene como objetivo superar las relaciones problemáticas entre las personas y los entornos donde viven (barrio, comunidad, ciudad) mediante el apoyo (material, instrumental emocional), la educación (nuevas herramientas para la interacción social) y el aumento y la mejora de las redes y las relaciones sociales (familia, amistad, vecindario, organizaciones, instituciones y recursos) (Pinazo Hernandis S., 2020).

Hoy día ya sabemos que intervenir en soledad es intervenir en salud. Para muchas personas, el sentimiento de soledad tiene consecuencias negativas en el organismo, y son abundantes las investigaciones que han demostrado que la soledad se correlaciona con enfermedades de carácter crónico¹. De hecho, según Laura Coll, la falta de integración social comporta un riesgo de mortalidad comparable al tabaco y un riesgo más alto aún que la inactividad física, y muchos autores creen que la soledad comporta un riesgo de salud similar a otros factores de riesgo más clásicos o conocidos, como por ejemplo la obesidad (Holt-Lunstad et al., 2010).

Aun así, intervenir en soledad no es fácil. Ya hemos comprobado que se trata de una problemática compleja y diversa, que cambia en función de múltiples variables, no únicamente entre las personas, sino a lo largo del ciclo de vital de una misma persona.

¹ En cuanto a la salud física: la soledad aumenta la presión sistólica (Hawkey; Massi et al., 2010), acentúa la obesidad (Lauder et al. 2006), amplifica el declive motor (Buchman et al., 2010), empeora el funcionamiento vascular (Cacioppo; Hawkey; Crawford et al., 2002), aumenta la probabilidad de sufrir accidentes vasculares AVC (Cacioppo, 2014), eleva las alteraciones del sistema inmunitario (Pressman et al., 2005), potencia la reducción de actividad física y capacidad funcional (Shiovitz- Ezra; Ayalon, 2010).

En cuanto a la salud psicológica: la soledad aumenta la prevalencia de emociones dolorosas, aumenta los problemas del sueño (Cacioppo; Hawkey; Berntson et al., 2002), predice síntomas depresivos (Cacioppo et al., 2006; Holwerda et al., 2012), empeora el funcionamiento cognitivo y aumenta el riesgo de sufrir Alzheimer (Wilson et al., 2007), aumenta los problemas de salud mental (Tylova et al., 2013) y eleva la mortalidad (Steptoe et al., 2013; Luo et al., 2012).

2.1. LAS INTERVENCIONES EN SOLEDAD

A la hora de abordar las intervenciones que se han realizado en soledad, encontramos que diversos autores abordan su análisis desde diferentes perspectivas:

Según Hoenmakers (2013), las intervenciones en soledad se pueden clasificar en dos tipos: genéricas y específicas:

- ✓ **Genéricas:** atraen a un grupo amplio de personas, de características diversas. La soledad es una de las dificultades o problemáticas sobre las que se interviene, pero existen más. Los grupos sociales suelen responder a una categorización amplia (personas mayores, personas migradas etc.) y las personas pueden tener sentimiento de soledad o no tenerlo. En este tipo de intervención los determinantes de su eficacia serán; el propio grupo que participe del programa, la adecuación del tipo de soledad y el tipo de intervención. En la medida que existen más problemáticas que abordar, el ajuste puede pasar como desapercibido e incluso valorarse como ineficaz en términos de soledad.
- ✓ **Específicas:** son intervenciones orientadas directamente a reducir la soledad, la problemática que se aborda es la soledad y las personas que acceden a este tipo de intervención se sienten solas. Las más conocidas en este ámbito son las basadas en el *befriending*², los proyectos que favorecen la convivencia con mascotas o los que se realizan a través de otras disciplinas como la actividad física, la jardinería o las nuevas tecnologías. A priori se estima que este tipo de intervención es la más eficaz.

Otros autores diferencian cuatro tipos de acciones para abordar la soledad no deseada. Esta **clasificación responde al medio o las herramientas que se utilizan en la intervención** (Masi, Chen, Hawkley y Cacioppo 2001):

- Programas que **umentan las habilidades sociales** (p.e asertividad, habilidades comunicativas etc.).
- Programas que modifican **patrones cognitivos sociales poco adaptativos** (trabajo a través de la reestructuración cognitiva).
- Programas que proporcionan **apoyo social** (p.e acompañamiento individual).
- Programas que **umentan las oportunidades de interacción social** (p.e programas de acción comunitaria, actividades de socialización, etc.).

2

La descripción de este tipo de intervención se desarrolla más detalladamente en los párrafos siguientes. Se trata de un acompañamiento individual, presencial o telefónico.

Mima Cattan, clasifica las intervenciones en soledad también en cuatro tipos, tomando como referencia el [marco de la intervención](#): individuales, grupales, provenientes de servicios y/o comunitarias (Cattan et al. 2005). Cada una de las tipologías presenta una serie de beneficios y de limitaciones:

- **Intervenciones individuales:** Incluyen todas aquellas intervenciones que se realizan entre dos personas. Pueden ser conducidas por profesionales o por personas voluntarias. Este tipo de intervenciones permiten profundizar y conocer mejor las necesidades individuales de las personas y adaptar el tipo de intervención a las mismas. Tienen un impacto mayor sobre personas que sufren soledad no deseada que sobre personas que sufren aislamiento. Una de las más conocidas es el *befriending*, un tipo de actividad destinada a crear lazos de amistad a través del acompañamiento afectivo entre una persona con sentimiento de soledad y una persona voluntaria. El acompañamiento puede producirse en el domicilio, en un centro gerontológico o a través del teléfono.
- **Intervenciones grupales:** Incluyen actividades o sesiones grupales de diversa índole. A pesar de que no permiten profundizar tanto sobre las necesidades individuales, las intervenciones grupales tienen algunos efectos colaterales muy positivos, como facilitar que las personas se conozcan entre sí y desarrollen relaciones interpersonales entre ellas. Siempre tendrán un impacto mayor si incluyen un componente educativo.
- **Intervenciones provenientes de servicios:** Se trata de las intervenciones de carácter formal que facilitan la inclusión de las personas en las redes de apoyo. Este tipo de intervenciones tienen un impacto mayor en las personas con aislamiento social.
- **Intervenciones comunitarias:** Las intervenciones de carácter comunitario tienen mucho potencial dado que es una forma consolidada de atender y dar respuesta a necesidades individuales a través de intervenciones colectivas. Además, todas aquellas medidas destinadas a la generación de capital social y relacional incluyen una lógica preventiva en la medida que favorecen comunidades más humanas, más seguras y participativas. A la vez, es importante destacar que se pueden realizar intervenciones de carácter intergeneracional de gran impacto tanto a escala individual como colectiva.

Conviene señalar que, exceptuando las intervenciones de tipo comunitario, el resto de las intervenciones citadas, se centran en la acción directa con las personas, esto es, en la actividad finalista que se lleva a cabo con las personas que se sienten solas, con objeto de paliar sus efectos.

Sin embargo, intervenir en soledad es más complejo, y cabe plantearse otras cuestiones: ¿Cómo podemos llegar a las personas que se sienten solas? ¿Cómo las identificamos? Por otro lado, no parece que en lo relacionado con el sentimiento de soledad y atendiendo a la subjetividad de la vivencia, el “café para todos” tenga mucho sentido. Por lo tanto, también cabe preguntarse qué tipo de intervención responde mejor a las necesidades de cada persona.

Finalmente, un enfoque preventivo requiere analizar las causas profundas y subyacentes y, en consecuencia, desarrollar acciones destinadas a hacer frente a las cuestiones ubicadas en la esfera más macrosocial de las causas de la soledad (ver apartado 1.4). Así, una mirada de políticas públicas nos empuja a incorporar otras lógicas que den respuesta a estas preguntas, como, por ejemplo, [diferentes planos complementarios en la intervención o la lógica de proceso](#). En este sentido, resulta interesante hacer referencia a la propuesta de Jopling (2015) basada en un marco nuevo de organización de las diferentes intervenciones para abordar la soledad:

- Los elementos que se muestran a continuación abordarían el [nivel micro/individual de la soledad](#) y, según Jopling, responden a la denominación de [servicios base](#).
 1. Llegar a las personas que se sienten solas (detectar, identificar, captar)
 2. Entender su soledad en el marco del ciclo vital.
 3. Proporcionar el apoyo necesario para enlazarles con aquella intervención o actividad que realmente sea eficaz y les ayude.

- Una vez identificadas las personas con sentimiento de soledad, y definido el apoyo que necesitan se produce otro plano de la intervención en el [nivel intermedio](#), en el que estarían los propios servicios o intervenciones destinadas a mejorar/reducir los niveles de soledad, es decir, las [intervenciones directas](#). Jopling (2015) divide las intervenciones entre las siguientes:
 - Aquellas destinadas a apoyar/mantener las relaciones existentes.
 - Las orientadas a fomentar y posibilitar nuevas conexiones.
 - Las destinadas a ayudar/acompañar a las personas a cambiar su forma de pensar sobre las relaciones sociales.

- Finalmente, en otro plano complementario estaría la creación del ambiente o entorno adecuado a nivel social. Según Jopling, se trata del uso de [facilitadores estructurales](#), que se relacionan con el [nivel macro o global de la intervención](#). Con ellos se favorece el desarrollo de nuevas estructuras en las comunidades en diferentes niveles, que en sí mismas y potencialmente mejoran las situaciones de soledad. En este nivel ubicamos las acciones e intervenciones comunitarias, las acciones o actividades de voluntariado etc. Es decir, aquellas acciones que se desarrollan en el ámbito o esfera más macrosocial de la intervención.

En su propuesta, Jopling incluye la integración de la intervención a escala comunitaria a través de los facilitadores estructurales, y la intervención a escala personal/individual mediante las intervenciones directas que desarrolla en un nivel intermedio. Asimismo, incluye también una lógica de proceso que, partiendo de la configuración de los servicios base, contempla la detección y el análisis de necesidades que lleva a definir el tipo de intervención que se realizará con cada individuo.

2.2. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFICACES?

A continuación, se muestran los resultados de una serie de investigaciones llevadas a cabo desde los años 80 hasta el año 2018. Sin ánimo de ser exhaustivo, pretende aportar una serie de elementos que se han tenido en cuenta a la hora de diseñar el modelo de intervención (Sancho Castiello M. et al., 2019, Lorente R. 2017, Pinazo Hernandis S.2020):

- [Rook \(1984\)](#): Mediante metodología cualitativa realizó una revisión de la literatura sobre estrategias para reducir la soledad llevadas a cabo desde 1930. Muchos de los estudios incluidos en su revisión, o bien no fueron efectivos, o bien carecían de rigor experimental. Igualmente, mencionó que tanto las intervenciones destinadas a mejorar el apoyo social y el contacto con otras personas, como aquellas que mejoraban las habilidades sociales y abordaban cogniciones o creencias desadaptativas, eran prometedoras (Masi et al., 2011). Por otro lado, las intervenciones de carácter grupal que ayudan a personas que se sienten solas a encontrar intereses o metas comunes también fueron consideradas alentadoras (Cutrona y Peplau, 1979 en Masi et al., 2011).
- [Cattan y White \(1998\)](#). En su revisión incluyeron 21 estudios publicados entre 1970 y 1997. Identificaron cuatro tipos de intervenciones (ver apartado 2.1): intervenciones con actividades en grupo, intervenciones individuales, prestación de servicios e intervenciones con enfoque comunitario. Según sus conclusiones, las intervenciones que; realizan actividades en grupo a largo plazo, se dirigen a grupos específicos, utilizan distintos métodos en la intervención, permiten a los participantes ejercer un cierto grado de control, y en las que la evaluación encaja en la intervención, fueron las intervenciones que más efectivas resultaron en el abordaje de la soledad de las personas mayores.
- Años más tarde, [Cattan, White, Bond y Learmouth \(2005\)](#) realizaron otra revisión sistemática de intervenciones para reducir la soledad en personas mayores. Una de las conclusiones fue que aquellas dirigidas a grupos homogéneos de personas que se sienten solas y comparten circunstancias similares tienen más probabilidades de éxito (Schoenmakers et al., 2014).
De forma similar a la evaluación realizada en el 98, en términos globales, las más efectivas

compartían las siguientes características: contenían actividades grupales con algún componente educativo o actividad objetivo, iban dirigidas a grupos específicos, utilizaban más de una estrategia de intervención, evaluaban una muestra representativa del grupo objetivo y cedían cierto nivel de control a las personas participantes (Cattan et al., 2005, Masi et al., 2011).

- Seis años más tarde, [Dickens, Richards, Greaves y Campbell \(2011\)](#) realizaron otra revisión sistemática con el mismo objetivo que en los casos anteriores. Entre los resultados cabe destacar que los autores encontraron que el tipo de persona que realiza la intervención (profesionales, personas voluntarias, iguales etc.) parecía influir en los resultados, pero no encontraron suficientes datos para concluir nada al respecto. También confirmaron que las intervenciones más efectivas para reducir la soledad y el aislamiento en personas mayores eran las que; tenían un formato grupal, realizaban actividades sociales y de apoyo, eran participativas y estaban fundamentadas en alguna teoría.
- [Masi y colaboradores \(2011\)](#) realizaron un metaanálisis en el que analizaron de manera cuantitativa la eficacia de las intervenciones orientadas a reducir la soledad, aislando las variables que pueden influir en los resultados. Las intervenciones más exitosas resultaron ser las de tipo individual destinadas a transformar las conductas sociales poco adaptativas a partir de programas de reestructuración cognitiva. Concretamente mostraron un mayor impacto que otras destinadas a mejorar el apoyo social, las habilidades sociales y/o las oportunidades de contacto social. No obstante, dado que las intervenciones se realizaron con grupos de personas de diferentes edades de forma aleatoria, hay un sesgo en cuanto a su efectividad, porque se pudo corroborar que, efectivamente, los programas de reestructuración cognitiva tienen muy buen resultado con personas adultas, pero no fue posible concluir que el efecto fuera el mismo con personas mayores. Por otro lado, los efectos de las intervenciones que aumentaban las oportunidades de interacción social o mejoraban el apoyo social sugieren que la reducción del aislamiento social, pero no necesariamente reduce la soledad.
- [Cohen-Mansfield y Perach \(2015\)](#) analizaron la utilidad de las intervenciones (realizadas en grupo e individuales) destinadas a personas de 55 o más años realizadas entre 1996 y 2011. Encontraron que las intervenciones educativas centradas en mantener e incrementar las redes sociales eran las más efectivas, seguidas de las grupales con actividades compartidas. También señalaron que las dirigidas a grupos específicos son las que pueden mejorar la soledad en personas mayores en mayor medida, aunque no incluyeron aquellas que generan lazos de amistad y resaltaron la necesidad de evaluar su efectividad. El uso de la tecnología no incrementaba la eficacia de las intervenciones ni en formatos individuales ni en formatos grupales, y las actividades de corte psicosocial se clasificaron como potencialmente efectivas. También mencionaron que se puede apostar

por otro enfoque incluyendo aproximaciones basadas en la comunidad, por ejemplo, mediante iniciativas comunitarias que mejoren la visión del envejecimiento.

- **Víctor y colaboradores 2018** realizaron un metaanálisis que incluía estudios cualitativos y cuantitativos comparativos con grupos control. Cubrieron un periodo de entre 2008 y 2018. Evaluaron intervenciones con animales, tecnología, jardinería, actividad física, reminiscencia, *befriending*, vivienda o comidas compartidas, actividades sociales o música y se analizó tanto en población que vivía en sus hogares como en población que lo hacía en centros gerontológicos. Resaltaron la importancia de la intervención realizada a medida, ya que su adecuación al problema específico relacionado con la soledad de cada persona mostraba mejores resultados. Otros factores de éxito incluían; dar a las personas participantes la oportunidad de influir en la trayectoria de la intervención, una alta calidad de profesionales o voluntarios, construir sobre redes sociales existentes y desarrollar habilidades sociales y promocionar un aumento de la autoestima (Cattan et al. 2005, Findlay 2003, Fokkema y Van Tilburg 2007, Masi et al 2011, Shoenmakers et al., 2014).

En términos globales, los resultados sobre la eficacia de las intervenciones fueron mixtos, poco concluyentes y muchos no se asociaron a una reducción de la soledad. No obstante, es importante anotar algunas limitaciones de los estudios (Sancho Castiello M. et al., 2019, Coll Planas L. 2019):

- Falta de definición clara del concepto de soledad y uso del concepto de aislamiento social de forma intercambiable (Victor et al., 2018).
- En algunos de los estudios la soledad no era el resultado principal, sino que lo eran el aislamiento social, el apoyo social, las redes sociales y las medidas de salud incluyendo la ansiedad y la depresión.
- Los instrumentos utilizados para medir la soledad también variaban en función de los estudios: algunos incluían preguntas directas autoinformadas, otros, escalas agregadas y otros más analizaban la soledad dentro de dimensiones de bienestar global.
- Los instrumentos existentes (escalas agregadas y/o preguntas autoinformadas) no son perfectos y tienen limitaciones ante la subjetividad y complejidad que caracteriza el sentimiento de soledad. Algunos autores (Coll Planas L., 2019) apuntan la necesidad de complementar las evaluaciones realizadas a través de estos instrumentos con técnicas cualitativas.
- No se tenían en cuenta otras variables tales como situación socioeconómica, etnia u origen, género y otras diversidades.

A pesar de no encontrar una evidencia clara que permita indicar cuales son las intervenciones más efectivas, ni características que puedan aumentar su efectividad, eso no quiere decir que las intervenciones no impacten en el sentimiento de soledad, sino que la medición (por las razones anteriormente expuestas) puede no recoger los cambios que suceden durante las intervenciones.

Así mismo, todas estas evaluaciones se centran en la intervención finalista, o aquella destinada a tener un impacto en el sentimiento de soledad de las personas que participan de las actividades. No obstante, no incluyen la visión de proceso, ni diferentes planos de la intervención que permitan incluir la dimensión más comunitaria en la evaluación.

2.3. LAS INTERVENCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO

En apartados anteriores, hemos visto cómo algunas de las causas de la soledad y el aislamiento, se ubican en una esfera más macrosocial y en cómo concebimos las sociedades actuales tanto a escala estructural, cultural como social (ver apartado 1.4). De hecho, tal y como define Fay Bound Alberti F. (Bound Alberti F.2022), la soledad hoy en día es el resultado de una experiencia subjetiva en interacción con las configuraciones sociales. Es física, psicológica y social, y su aparición se remonta al final del siglo XVIII, cuando la soledad (*Loneliness*) surge como una nueva forma de hablar de las experiencias emocionales negativas derivadas del hecho de estar solo. Antes de esa época, solitario (*solitude*) describía la ausencia de otra persona, pero sin que ello implicara una carencia emocional, si bien el hecho de que la palabra *Loneliness* no se conociera como tal, no tiene por qué significar que la vivencia o el sentimiento no estuvieran presentes en las personas y sociedades, sí cabe recordar que es justamente en esa época cuando se inicia el auge individualista, y cuando el ser humano comienza a desvincularse de “la comunidad”.

No se conoce literatura empírica en torno al impacto que los procesos de acción comunitaria hayan podido tener en el sentimiento de soledad de las personas, pero existen algunos estudios realizados por Víctor y colaboradores (2018), en los que se evalúa la efectividad de enfoques comunitarios en la reducción de la soledad. Y, a pesar de que el enfoque comunitario no es explícitamente acción comunitaria ni implica un proceso comunitario en sí mismo, las acciones que lo incorporan pueden resultar fértiles en la generación de activos, por el hecho de incluir ciertas lógicas de acción comunitaria.

Uno de los referidos estudios fue desarrollado por Age UK/Vina Karania (2017). Se analizaron varios enfoques comunitarios orientados a identificar y llegar a las personas mayores que se sentían solas. La mayoría de las participantes fueron mujeres y de unos 80 años. En las intervenciones se abordaron aspectos relacionados con el bienestar, el transporte, el compromiso social, el apoyo, el voluntariado, el consejo social y físico, y, por último, intervenciones fundamentadas en relaciones de amistad. El 48% de las personas participantes informó de una reducción del sentimiento de soledad en términos cuantitativos, siendo las

actuaciones dirigidas al fomento del compromiso social las que mayor impacto tuvieron en las personas que se sentían solas. Por el contrario, para las personas que se sentían solas con menos frecuencia, la asistencia social, junto con un asesoramiento general y el transporte, mostraron un mejor resultado (Sancho Castiello Mayte et al., 2019).

La evaluación de Aging Well Torbay (2017) incluyó el papel del vecindario en la reducción de la soledad. A pesar de no proporcionar resultados empíricos, se pudo observar una reducción del aislamiento a través de la participación en diferentes proyectos del vecindario. Uno de los cambios más visibles fue precisamente la reconexión de personas. Los grupos y actividades sociales se identificaron como los principales mecanismos de éxito para ayudar a las personas mayores aisladas a establecer nuevas conexiones.

Por otro lado, tal y como afirma Laura Coll, algunas de las intervenciones destinadas a reducir la soledad se han enfocado a intentar mejorar el Capital Social de las personas mayores (Coll Planas et al. 2017) especialmente a partir de su inclusión en programas de voluntariado. Los programas de participación social que incorporan el voluntariado o el intercambio generacional (entre otros), permiten el desarrollo de la *generatividad eriksoniana* (ver apartado 1.3) que posibilita una ganancia en dos direcciones, gana la persona que recibe y también la persona que ayuda/da.

En la investigación llevada a cabo en la ciudad de Barcelona por el Observatorio de la Soledad sobre el sentimiento de soledad de las personas mayores durante el confinamiento provocado por el estado de alarma de la COVID19. Uno de los resultados mostró que las personas que habían recibido apoyo por parte de la red vecinal, esto es, aquellas que sintieron una mayor confianza a escala comunitaria (capital social subjetivo) se sintieron más seguras, y, por ende, menos solas que las personas que no recibieron apoyo alguno por parte de su comunidad. De hecho, también pudo observarse cómo, en ocasiones, el impacto del apoyo comunitario o vecinal era equiparable o incluso mayor, al apoyo familiar. (Sala Mozos E., Martínez Pascual R., 2020). Finalmente, también cabe destacar que Víctor y colaboradores, a partir de los estudios provenientes de literatura no publicada, identificaron, la reconexión de las personas que se sienten solas con su comunidad, a través del desarrollo de relaciones significativas, como un mecanismo potencial para el éxito de las intervenciones en soledad (Víctor et al., 2018).

3 El capital social es definido por Putnam como un conjunto de características de la organización social, presente en las estructuras de relaciones interpersonales e intersectoriales de una sociedad en forma de normas, redes de relaciones interpersonales y confianza. Existen dos dimensiones del capital social: el CAPITAL SOCIAL OBJETIVO incluye aspectos objetivos como la participación social, las redes y los contactos, el CAPITAL SOCIAL SUBJETIVO incluye el sentimiento de pertenencia, el apoyo social percibido y la confianza en los otros o la seguridad ciudadana percibida a escala comunitaria.

4 El concepto de generatividad en la vejez no es el único que enfatiza la participación y contribuciones de los mayores en la sociedad. Otros, como el de envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2002) o envejecimiento productivo (Caro y Sánchez, 2005; Ranzijn, 2002) son similares en este sentido. Sin embargo, a diferencia de ellos, la generatividad también implica un componente de desarrollo personal, de crecimiento y de madurez. Así, la actividad generativa en la vejez no implica sólo contribuir a la mejora y sostenimiento de los contextos en los que participan, sino también una actividad que da sentido y propósito a la vida de los mayores. Contribuir aporta no sólo beneficios para los demás, sino también recompensas personales.

PARTE 2

**Una propuesta
para hacer frente
a la soledad de las
personas mayores**



3. La experiencia de soledad en Zamora

3.1. LA METODOLOGÍA

El proceso de investigación se ha fundamentado en la metodología conocida como, [Investigación Acción Participativa \(en adelante IAP\)](#). Igual que con otros enfoques participativos, con la IAP buscamos involucrar a la población en todas las fases de la investigación. El propio procedimiento posibilita el aprendizaje y la toma de conciencia, el empoderamiento y la acción transformadora. Según Alberich (2002) la IAP busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar.

En el marco de esta metodología, se rechazan todo tipo de relaciones jerárquicas, abogando por un proceso de investigación que establece vínculos horizontales, y en el que el equipo de investigación aporta su experiencia, desde una posición facilitadora de los procesos que se generen. Por este motivo, durante el proceso, desde el equipo de investigación del CENIE, se ha buscado la complicidad y la generación de sinergias con los diferentes agentes de la ciudad y la propia población mayor, aportando herramientas e instrumentos metodológicos, e invitando a las personas a involucrarse en las diferentes fases y dinámicas del proyecto.

Concretamente, [LA INVESTIGACIÓN](#) ha consistido en un procedimiento reflexivo y sistemático dirigido a varios objetivos concretos:

- Realización de [un diagnóstico](#) previo que ha permitido planificar las acciones posteriores. El diagnóstico se ha enfocado a:
 - Identificar [la zona prioritaria de actuación](#) para el desarrollo de las acciones en función de varios criterios.
 - Factores de riesgo de soledad no deseada y aislamiento social
 - Activos comunitarios y red vecinal existente
 - Situación de las personas mayores en el municipio de Zamora
 - Identificar los [activos comunitarios](#) y grado de asociacionismo existentes para abordar la soledad no deseada y el aislamiento social de las personas mayores en Zamora
 - Identificar las [actividades y acciones destinadas a las personas mayores](#) que se desarrollan en el municipio de Zamora.
 - Identificar y clarificar el grado de implicación de los [recursos de atención primaria](#) en el municipio de Zamora (Servicios Sociales y Salud)

- Desarrollar un modelo de actuación ajustado a la realidad existente para el desarrollo de propuestas concretas y operativas dirigidas a otras administraciones locales u organizaciones.

A través de la **ACCIÓN**, se ha buscado la creación y fortalecimiento de las redes de cooperación y redes sociales (vecinales, comunitarias) como factor de protección y prevención clave frente a fenómenos como el aislamiento social, la exclusión y/o la soledad. Para ello se han identificado activos comunitarios que nos han permitido diseñar y desplegar acciones y procesos a través de La Acción Comunitaria.

LA PARTICIPACIÓN de las personas mayores, a través del voluntariado, ha sido inherente a todo proceso. De hecho, es importante apuntar que no se ha basado en meros procesos consultivos, sino que se han generado espacios específicos a la deliberación individual y conjunta destinados a la toma de decisiones, a la planificación de actividades y al desarrollo de objetivos concretos en el marco del proyecto, así como al aprendizaje, la capacitación y al intercambio de las experiencias.

3.2. LOS VALORES QUE HAN INSPIRADO EL PROCESO

En toda acción participativa y comunitaria, tan importante es el resultado final, como el proceso que se lleva a cabo. Por este motivo, hay una serie de valores que han regido el proceso y fundamentado cada una de las acciones que hemos llevado a cabo, tanto a escala comunitaria, como a escala personal e interpersonal.

- Huyendo de las jerarquías y el asistencialismo, hemos basado todos los procesos en la **RECIPROCIDAD DE LAS RELACIONES** tanto entre el equipo de investigación de CENIE, equipo docente de la Escuela de Enfermería y voluntariado, como con las personas mayores y entre ellas.
- La **GENERATIVIDAD eriksoniana** nos habla de la necesidad de las personas mayores de contribuir y aportar valor, no únicamente al presente sino también a las generaciones futuras. Este enfoque ha estado presente en el trabajo realizado con el voluntariado y con las personas mayores con sentimiento de soledad.
- **EL RESPETO**, en todo momento se han valorado e incluido las aportaciones de las personas voluntarias al proceso a través de los espacios de toma de decisiones compartidos y sus contribuciones han sido fundamentales en el desarrollo de las acciones. Lo mismo hemos buscado en el sí de los grupos con las personas mayores, de forma que ellas también han contribuido al contenido tratado en las sesiones grupales.

- **El APOYO MUTUO** ha sido una de las bases sobre las cuales se ha construido el proceso, tanto a escala comunitaria como intragrupal. La interdependencia y el trabajo desde la reciprocidad han permitido el desarrollo de relaciones de apoyo mutuo entre el equipo técnico y el voluntariado, entre el voluntariado, entre personas mayores y voluntariado sénior y entre personas mayores y voluntariado júnior.
- **LA ADAPTACIÓN:** En el marco de un proceso comunitario, a pesar de basarlo el proceso en los resultados obtenidos de un diagnóstico, siempre deberemos entender esa hoja de ruta como un documento vivo y dinámico que, sin perder los objetivos de vista, deberemos ir reformulando en la medida que vayamos avanzando en el proceso. Escuchar a las personas implicadas y observar atentamente a los que iba sucediendo, ha sido fundamental para adaptar cada paso que dábamos, a las circunstancias reales y a la situación que se estaba viviendo.

3.3. SÍNTESIS DEL PROCESO

Al tratarse de un proceso de investigación empírica, fundamentado en la metodología IAP, y que busca el desarrollo comunitario de una sociedad determinada, el primer paso ha sido establecer las **bases sólidas para el desarrollo de un proceso comunitario**. Por este motivo, la primera de las acciones se ha destinado a poner en valor e intensificar la presencia y acción de la esfera pública y privada a nivel local con relación al abordaje de la soledad.

En el marco de acción que planteamos, el ejercicio de un **liderazgo** claro, proveniente de un agente conocido y reconocido en el propio territorio, y que establece una relación de confianza con las personas y agentes implicados, es imprescindible, tanto para el cumplimiento de los objetivos, como para el desarrollo del proceso transformador. En este caso, el liderazgo ha sido ejercido por **la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus Viriato de Zamora, dependiente de la Universidad de Salamanca**. Tal y como se verá en los siguientes apartados, su papel ha sido fundamental en las diferentes fases del proceso.

Una vez consolidados el liderazgo y las bases para el proceso comunitario, la segunda fase ha estado fundamentalmente vinculada al proceso de investigación y realización de un **diagnóstico** con relación a los activos comunitarios existentes en la ciudad, la priorización de zonas de actuación, la población mayor, las actividades y la participación social (entre otros). (Véanse anexos).

La tercera se ha basado en la constitución del grupo de [voluntariado, la sensibilización y activación, y fortalecimiento de los tejidos sociales y comunitarios](#), y se corresponde con la generación de capital social y relacional.

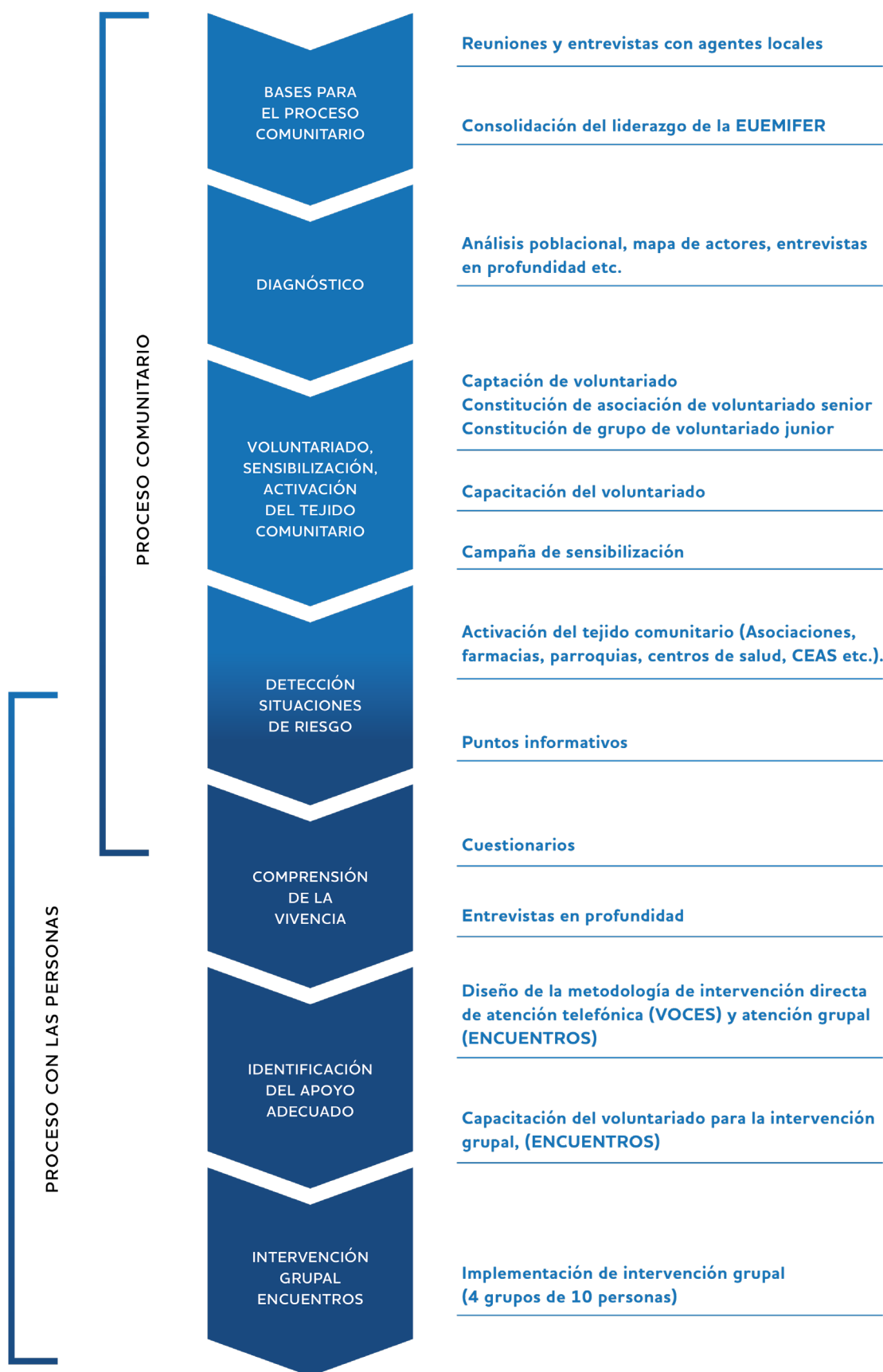
La cuarta de las fases se ha destinado a la [detección de situaciones de riesgo de soledad](#) entre la población mayor de Zamora. Para ello se han desarrollado diferentes acciones, la principal, una campaña de sensibilización que se ha acompañado de acciones llevadas a cabo principalmente por las personas voluntarias y consistentes, fundamentalmente, en la instalación de mesas informativas sobre el proyecto en diferentes centros de salud durante la campaña de vacunación, y trabajos de sensibilización y coordinación con enfermeras en activo de atención primaria.

En la quinta fase, una vez detectadas las situaciones de soledad, se han realizado las acciones correspondientes para [comprender la situación y el sentimiento de soledad de las personas](#). Para ello se han utilizado dos herramientas complementarias: cuestionarios, y entrevistas en profundidad.

A partir de los resultados de los cuestionarios y las entrevistas, en la sexta fase, se ha identificado el [apoyo y acompañamiento necesario a llevar a cabo con las personas](#). Para dar respuesta a las necesidades y demandas de la población en el marco del proyecto, se han diseñado dos metodologías: una basada en el acompañamiento telefónico individual y la posterior vinculación a la comunidad (VOCES), y otra en la intervención grupal (ENCUENTROS). No obstante, con base a las necesidades y expectativas detectadas, y con intención de adecuar el apoyo a las mismas, en una séptima fase, solamente se ha implementado el [modelo presencial, grupal, ENCUENTROS](#).

A continuación se muestra un gráfico en el cual pueden visualizarse, de forma esquemática, el proceso llevado a cabo y las fases mencionadas:

5 A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico se establecieron dos zonas prioritarias de actuación; San Lázaro y San José Obreiro por un lado, y Tres Cruces-Centro por el otro. No obstante, en las fases posteriores de desarrollo del proyecto pudimos ir comprobando como en una ciudad del tamaño de Zamora las identidades de barrio no limitan la implicación comunitaria y por lo tanto, los límites fueron desdibujándose.



4.El modelo de intervención

Según los análisis realizados, el conocimiento generado y el diagnóstico elaborado en la ciudad de Zamora, se ha diseñado un modelo de intervención que, entre otros, cumple con las siguientes características, todas ellas asociadas a una mayor eficacia en términos de intervención en soledad, según la literatura empírica y la experiencia aplicada. (Coll Planas L. 2017, Pinazo Hernandis S. 2020, Sala Mozos E. 2022):

- La metodología se ha diseñado en referencia a **un marco teórico específico** y se ha fundamentado en la investigación y la experiencia. Por este motivo, incluye una lógica de políticas públicas que incorpora:
 - **Diferentes planos complementarios de la intervención** (comunitario y de atención a las personas, interrelacionadas entre sí) y una lógica de proceso. (véase apartado 2.1).
 - Una propuesta de **intervención finalista** inspirada en el conocimiento generado en tres proyectos de amplia trayectoria: *Círculo de Amigos* (Finlandia), *RADARS* (Barcelona) y *Camins, de la soledat a la participació* (Barcelona).
- Durante el proceso, se han cubierto las necesidades de **formación y capacitación** de todo el equipo implicado en el proyecto (Técnico y de voluntariado).
- El proyecto se ha fundamentado en procesos de **construcción colectiva y se ha facilitado la participación activa de las personas voluntarias** (sénior), durante toda la fase de toma de decisiones para la planificación, implementación y evaluación, basando el proceso de construcción colectiva en relaciones de reciprocidad entre todos los miembros.
- Se ha buscado el desarrollo de la capacidad de acción a través **empoderamiento de la comunidad** y los agentes y personas participantes.
- Con relación a la **metodología diseñada para intervención finalista** y siguiendo los postulados de diferentes autores:
 - Se ha optado por un tipo de intervención grupal, a partir a los intereses y demandas planteadas por las personas participantes, buscando la adherencia al programa.
 - Se ha incorporado un componente social y educativo a lo largo de todo el proceso, con sesiones orientadas a objetivos específicos.

- Han participado personas con características similares (personas mayores) y se ha fomentado el apoyo entre iguales y la reciprocidad de las relaciones.
- Se ha trabajado la confianza y la cohesión grupal, así como el sentimiento de pertenencia a través de compartir experiencias y la realización de actividades conjuntas.
- Con una mirada comunitaria, en todo momento se buscado el conocimiento y reconocimiento de espacios, equipamientos y actividades a escala local, buscando la vinculación a los recursos y actividades comunitarias existentes.

4.1. LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

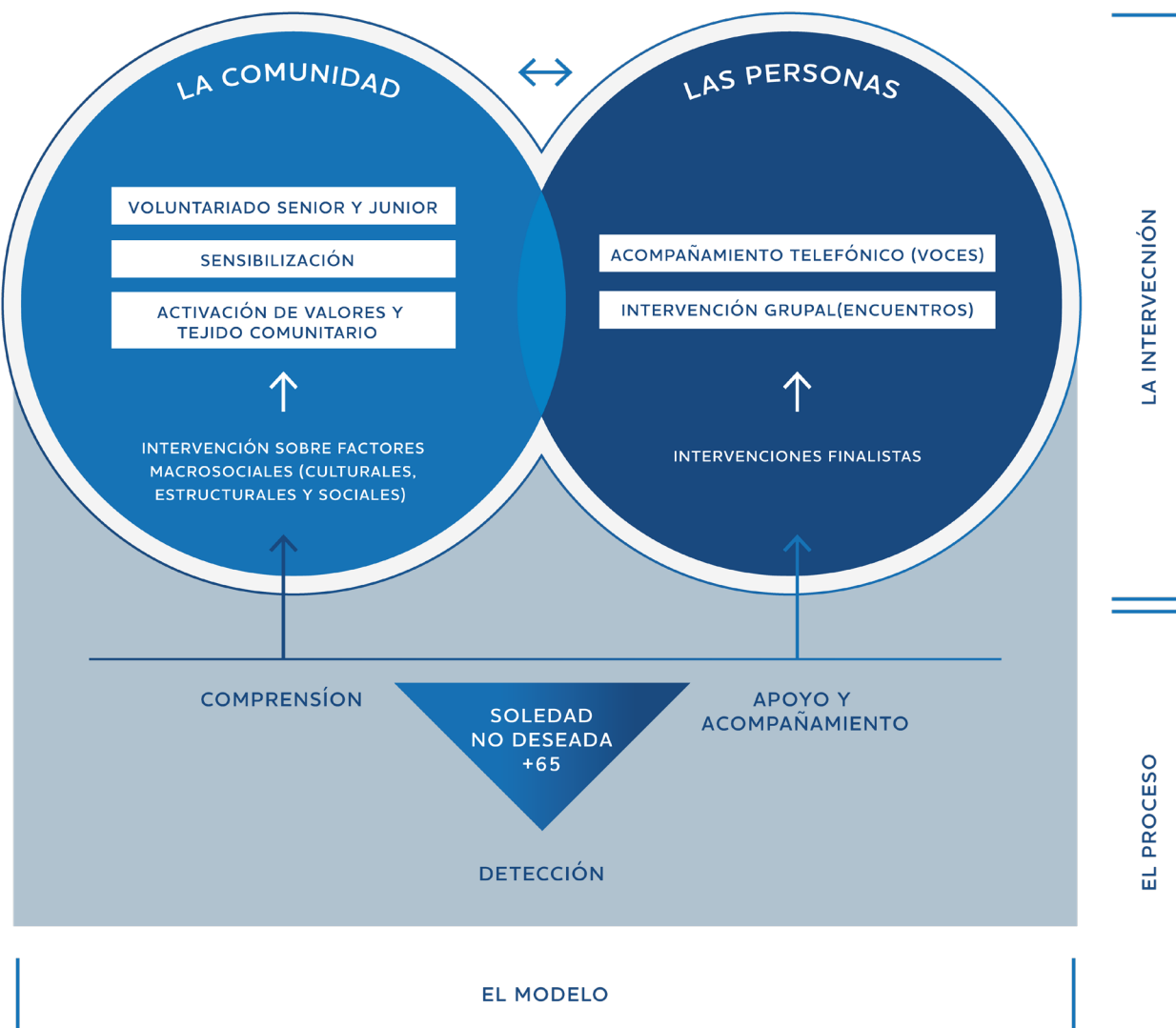
Entender la soledad como un fenómeno subjetivo e individual que surge en interacción con las configuraciones sociales de las sociedades longevas del siglo XXI, nos empuja a dar un salto cualitativo y configurar así modelos de intervención que nos permitan trascender de la habitual lógica de intervención paliativa, a una [lógica de intervención preventiva](#). Este enfoque innovador nos lleva a poner en marcha procesos que incluyan [varios planos en la intervención](#)⁶, complementarios y no excluyentes: uno de ellos destinado a abordar las causas ubicadas en la esfera más macrosocial, y otro destinado a abordar las causas ubicadas en las esferas intrapersonal e interpersonal de quienes participan de forma directa (ver apartado 1.4). Por este motivo, se incluyen diferentes lógicas de intervención en un mismo modelo, de forma integrada y coordinada; la lógica comunitaria (incluye acciones destinadas a la comunidad) y la lógica de atención a las personas (incluye acciones destinadas a las personas y puede fundamentarse en intervenciones de tipo individual y/o grupal). Ambas lógicas se interrelacionan entre sí, ya que las personas que participan de la intervención finalista son también sujetos activos de la comunidad y, por lo tanto, las acciones en ambos planos siempre deben ir en consonancia.

El proceso con la comunidad incluye tres líneas de actuación complementarias entre sí, la sensibilización, la activación de valores y tejido comunitario y el voluntariado.

⁶ Entre las causas de la soledad y el aislamiento ubicadas en la esfera más macrosocial se encuentran; los factores sociales, los estructurales y los culturales. Para actuar sobre factores sociales y estructurales, es necesario ostentar competencias específicas correspondientes a las administraciones públicas, local y autonómica (urbanismo, servicios sociales etc.). En la medida que ni CENIE ni la Escuela de Enfermería ostentan dichas competencias, el modelo incluye acciones destinadas a abordar esos factores o causas, pero sí incorpora el abordaje de los factores culturales, sobre los que si existe capacidad de acción tanto desde el CENIE como desde la Escuela de Enfermería.

El proceso con las personas comienza con la detección o identificación de aquellas con riesgo de sentir soledad. A partir de ese primer contacto, se puede proceder a la generación de un espacio de seguridad y confianza que facilite a la expresión del sentimiento y, en consecuencia, la comprensión de la vivencia de la soledad. Finalmente, esa comprensión nos lleva a definir la acción finalista que se llevará cabo con **las personas**; el tipo de actividad, los objetivos a cumplir, la configuración, sus características etc. En este caso concreto se han planteado dos opciones posibles (Acompañamiento telefónico individual o atención grupal presencial). El objetivo consiste en aplicar uno u otro tipo de intervención en función del análisis de cada una de las situaciones, necesidades y preferencias de las personas participantes.

A continuación, se muestra un gráfico en el cual se hace una aproximación visual al modelo de intervención que proponemos.



Fuente: Sala Mozos. 2023.

5.El proceso con la comunidad

5.1. LAS BASES PARA EL PROCESO COMUNITARIO Y EL LIDERAZGO

La Acción Comunitaria, es una actuación colaborativa, intencional y organizada, de la dinamización participativa de una comunidad, con un objetivo concreto, que busca el empoderamiento colectivo, la transformación y la mejora de la calidad de vida. Se apoya en dinámicas comunitarias existentes y busca el desarrollo de las potencialidades en comunidades abiertas e inclusivas, catalizando vínculos y relaciones entre personas (Fantova F. et al., 2023).

Inspirada en la ideología del cambio (Alinsky 2012), partimos de la constatación de una realidad existente, la soledad y el aislamiento de las personas mayores en Zamora, y, mediante diferentes acciones en el territorio, hemos buscado la movilización de la acción colectiva para producir un cambio.

Se trata de un proceso relacional y transformador que implica a diferentes agentes y personas de un mismo territorio. Establecer las bases para su desarrollo requiere, en primer lugar, de una estrategia relacional destinada a definir los fundamentos que después posibilitarán el desarrollo de las acciones en un clima asertivo y acogedor. Con esta intención, se han realizado sesiones informativas, entrevistas en profundidad y reuniones con diversos agentes (públicos y privados) con incidencia en la vida comunitaria de la ciudad y específicamente, en la calidad de vida de las personas mayores (CEAS de las cuatro zonas de la ciudad, organizaciones y asociaciones de atención a personas mayores, Centros de Salud etc.).

El objetivo específico de las reuniones y espacios compartidos no ha sido otro que desarrollar una toma de conciencia colectiva hacia la soledad y el aislamiento de las personas mayores, que nos ha permitido desarrollar las acciones pertinentes partiendo de las dinámicas existentes y desde esa complicidad, favorecer su acogida en la comunidad, y promover la corresponsabilidad.

En el transcurso del proceso, hemos trabajado con un doble objetivo: por un lado, hemos buscado la transformación para la mejora de la calidad de vida de las personas, pero de forma complementaria, también hemos intentado favorecer el empoderamiento y la capacitación para la acción de cada uno de los agentes con capacidad de incidencia sobre la problemática, activando relaciones de cooperación (Llena et al., 2009). Por este motivo, también hemos buscado intensificar y fortalecer la cooperación público-privada y comunitaria en la ciudad. Uno de los principales activos generados a partir de la labor realizada, ha sido la definición de circuitos de derivación con los CEAS en caso de la detección de situaciones de riesgo, que ayuden a prevenir posibles situaciones graves de la población más frágil, o en situación de mayor vulnerabilidad.

En todo proceso transformador es necesario un **LIDERAZGO** claro. Nos referimos a los agentes o personas que asumen el papel de promover públicamente el proyecto e implementarlo en la comunidad. Con una misma metodología de trabajo pueden obtenerse resultados muy diversos en función de quién lidera el proceso, su encaje en la comunidad y su forma de trabajar. Debemos ser muy conscientes de que, si el liderazgo no es fuerte y claro, el proceso se irá debilitando con el tiempo.

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, en este caso concreto, el liderazgo ha sido asumido por **Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora**. Se trata de un activo importante de la ciudad, un agente con un fuerte arraigo en el territorio, un espacio de docencia y generación de conocimiento neutral a ojos de la comunidad, y con gran apertura a la ciudad y a las relaciones con otros agentes del territorio.

No podemos perder de vista que el proceso de transformación empieza con el trabajo de liderazgo en el seno del equipo que lo llevará a cabo. Por este motivo, no solo cabe realizar una labor sobre los aspectos más sustantivos y operativos del desarrollo del proyecto, sino que el equipo debe entenderse como una plataforma estable y dinamizadora del proyecto en la comunidad, que ha de ir enriqueciendo su conocimiento de forma continuada, y ampliando sus competencias en el marco del proceso.

Con esta intención se han realizado varias sesiones informativas y de capacitación con el equipo técnico. El resultado de la combinación de las fortalezas del equipo docente y la dirección de la escuela, con el acompañamiento realizado, ha hecho posible un liderazgo claro, fuerte y sostenible, ejercido a lo largo de todo el proceso, y que no solo ha facilitado el desarrollo del proyecto en la ciudad, sino que ha generado diferentes activos y sinergias, que han favorecido la obtención de varios de los resultados esperados, y de otros inesperados en el marco del proceso transformador:

1. Al ser un agente neutral, conocido y respetado, las acciones llevadas a cabo en el marco del proyecto han despertado interés y generado **confianza y credibilidad ante la comunidad**.
2. Ha permitido la vinculación de otros activos comunitarios desde la confianza y la complicidad, que han sido fundamentales en las diferentes fases del proceso:
 - a. Los medios de comunicación locales.
 - b. El Colegio de Enfermería.
 - c. La Asociación de Jubilados y Jubiladas del Colegio de Enfermería.
 - d. Los Centros de Salud y personal sanitario de Atención Primaria.
 - e. Las Farmacias y ortopedias de la ciudad.
 - f. El SAS de la Universidad de Salamanca.

- g. Los espacios culturales de la ciudad: museo pedagógico, museo etnográfico.
 - h. Los estudiantes.
 - i. Las propias personas mayores.
3. En la medida que “la enfermera” como tal, es un agente de confianza para las personas mayores, su papel ha facilitado la expresión de la vulnerabilidad por parte de éstas y, en consecuencia, la [identificación de las situaciones de riesgo de soledad y/o aislamiento](#).
 4. Ha facilitado la implicación de un [grupo de voluntariado sénior](#) compuesto por enfermeras y enfermeros jubilados que, a su vez, ha generado un valor añadido en el sí del proyecto.
 5. Ha promovido y empoderado a un grupo de [voluntariado júnior](#) (estudiantes de enfermería), que han participado de forma activa en diferentes actividades y fases del proyecto, y aportado un gran valor al proceso.
 6. Ha facilitado una [aportación en el proceso de humanización de la salud](#), a través de la sensibilización y el conocimiento compartido con los diferentes agentes de salud del territorio, y la difusión del proyecto en diferentes espacios de gestión del conocimiento sanitarios y del ámbito de la enfermería.
 7. Ha favorecido el desarrollo de todo el proceso, [desde una visión y lógica de cuidado](#) tanto a escala más comunitaria, como de intervención directa con las personas.

Durante el proceso, hemos buscado el protagonismo de las personas mayores, a partir de la acción colectiva y desde la reciprocidad de las relaciones (Font J. 2014, Fantova F.2017). Así pues, el equipo técnico de la Escuela de Enfermería ha trabajado codo con codo con el equipo de voluntariado sénior, realizando una planificación conjunta, compartiendo espacios, realizando visitas y, por último, en la facilitación de los grupos. Esta dinámica de trabajo ha permitido diluir las fronteras entre el equipo técnico y equipo de voluntariado, facilitando la horizontalidad y una reciprocidad en las relaciones, y aportando valor al proceso transformador, tanto individual como colectivo.

5.2. EL VOLUNTARIADO

5.2.1 El voluntariado Sénior

En la entrada a la vejez, es habitual que se produzca un cambio de etapa en la vida de muchas personas mayores, que, marcada en buena parte por la jubilación, supone, en la mayoría de los casos, una interrupción en las rutinas y hábitos de la vida diaria de todas ellas.

Puede implicar una serie de crisis a escala individual, relacionadas sobre todo con la pérdida del sentido de pertenencia y/o la pérdida de identidad, ya que, en la medida en la que vivimos en sociedades edadistas, productivistas y competitivas, en las cuales las identidades se construyen con base a la trayectoria laboral, podemos sentir que “dejamos de ser útiles” a los ojos de la sociedad. La suma de estos factores (entre otros), pueden suponer un aumento del riesgo del sentimiento de soledad no deseada.

A través del voluntariado se promociona una participación social activa, que a la vez que aporta bienestar a las personas que lo ejercen, es fundamental para el desarrollo de una ciudadanía activa. Las personas receptoras de acciones voluntarias nunca son las únicas beneficiarias de la actividad y la vida activa que comporta el voluntariado mejora las condiciones de salud de las personas mayores que lo ejercen. Tal y como afirmaba el escritor y filósofo Ralph Waldo Emerson, *es una de las compensaciones más bellas de la vida el hecho que ningún ser humano puede sinceramente tratar de ayudar a otro, sin ayudarse a sí mismo.*

El papel del voluntariado sénior a lo largo de todo el proceso ha sido fundamental para el desarrollo de los objetivos. Pero, además, en el marco del modelo que proponemos, se concibe como un medio para adquirir herramientas y conocimientos que permitan a las personas desarrollar estrategias de afrontamiento ante el aislamiento o la soledad y, por consiguiente, responde a una lógica preventiva. Con esa finalidad, hemos realizado sesiones de capacitación y trabajo conjunto tanto en el proceso comunitario, como durante el proceso con las personas.

Tal y como hemos podido ver en apartados anteriores, el voluntariado no deja de ser una vía para la mejora del capital social de las personas mayores (Coll Planas L. et al. 2017), ya que permite el desarrollo de la *generatividad*. Con este enfoque, también hemos buscado la inclusión de un componente de desarrollo personal y de crecimiento en la actividad voluntaria. Las personas voluntarias no solo han contribuido a la mejora de la realidad en la que han participado, sino que han desarrollado una actividad que da sentido y propósito a la vida de las personas mayores, han adquirido herramientas y, por consiguiente, han aumentado su capacidad de resiliencia, entre otros muchos aprendizajes .

...Esta colaboración ha aportado a mi vida, el conocimiento de la realidad y de los valores que esta edad lleva consigo. El conocer a las personas que lo han liderado, de forma magistral, las compañeras de voluntariado, de la Escuela de Enfermería, que nos han guiado con tanto respeto y cariño. Y por último las personas participantes, todo un ejemplo de compromiso y amabilidad.... (Voluntaria Sénior 1).

El proceso para dar cabida al voluntariado sénior comenzó por una estrategia de captación. Para ello se realizaron varias charlas informativas sobre el proyecto y la implicación voluntaria. No obstante, no se consiguieron los objetivos planteados. Por este motivo, desde la Escuela de

Enfermería, se fueron identificando personas, (enfermeras y enfermeros jubilados) y se realizó una acción individualizada con cada una de las personas identificadas. A partir de esta estrategia, se consiguió conformar un equipo de voluntariado sénior de un total de 6 personas (cuatro mujeres y dos hombres).

Antes de comenzar, fue necesario establecer los fundamentos para la realización de la actividad según la normativa vigente. Según los parámetros establecidos en la Ley 5/2021, de 14 de septiembre, del Tercer Sector Social en Castilla y León y de modificación de la Ley 8/2006, de 10 de octubre, del Voluntariado en Castilla y León, se constituyó una asociación de voluntariado en el marco de la Asociación de Jubilados y Jubiladas del Colegio de Enfermería.

La actividad voluntaria ha sido fundamental en todas las fases del proyecto. Podemos resumirla en dos grandes tipos de actividad, una de los cuales, se divide a su vez en otras tres categorías:

- En el marco de la actividad comunitaria, se ha centrado en la [Activación de Valores y del Tejido Comunitario](#).
- En el marco del proceso con las personas, se ha centrado en tres actividades fundamentales:
 - o Difusión y [detección](#) de las personas en riesgo de soledad y/o aislamiento (desarrollada más detenidamente en el apartado 6.1).
 - o Realización de [cuestionarios y entrevistas en profundidad](#). (desarrollada más detenidamente en el apartado 6.3)
 - o La [Dinamización de los grupos](#) de la intervención finalista (ENCUENTROS) (desarrollada más detenidamente en el capítulo 7).

La Actividad de [Activación del Tejido Comunitario](#) ha consistido en visitar diferentes espacios de la ciudad, considerados, a priori, como espacios frecuentados por las personas mayores y posibles lugares de confianza y seguridad para ellas. A saber; parroquias, farmacias, ortopedias y en menor medida, algunos centros de estética, asociaciones de vecinos, organizaciones locales y otros comercios de la ciudad. La finalidad última de las visitas realizadas ha sido activar redes de corresponsabilidad y complicidad en el marco del proyecto, establecer circuitos de derivación en caso de identificación de situaciones de riesgo de soledad o aislamiento, y detectar espacios y servicios potenciales para la generación de sinergias.

Para su desarrollo se realizó una sesión de trabajo conjunto con el equipo técnico de la Escuela y el equipo de voluntariado. Y para el seguimiento de la actividad, se diseñó una herramienta que se puso a disposición de todo el equipo (voluntariado y Escuela de Enfermería) y ha sido consultada por el equipo de investigación del CENIE y tratada en el marco de las reuniones

de seguimiento. Denominada, *Diario Colaborativo de Seguimiento de la Acción Comunitaria*, se compone de diferentes fichas que han permitido el registro de las acciones realizadas, así como el de la vivencia de las personas en su ejecución, registro de la respuesta obtenida por parte de los diferentes agentes.

La planificación de esta fase se ha realizado entre el equipo de voluntariado y el equipo docente de la EUEMIFER, distribuyendo las parroquias, las farmacias y las ortopedias a visitar en función de las zonas geográficas de la ciudad, y asignando cada una de las zonas a una pareja o grupo de personas. En la planificación se identificaron 5 ortopedias, 22 farmacias y 6 parroquias, y se consiguió la implicación de las 6 parroquias 3 ortopedias y 14 farmacias en total.

La acogida del proyecto en todas las parroquias visitadas ha sido muy positiva. Además de ofrecerse para poner carteles, repartir folletos e informar a las personas sobre la existencia del proyecto y la posibilidad de apuntarse, han mostrado disposición a colaborar de otras formas complementarias y así como de generar sinergias:

...Nos pregunta por el local donde se harían las reuniones y al comentarle que solo disponemos de la Escuela de Enfermería y que aún no disponemos de uno para nuestra zona muy amablemente nos ofrece un local parroquial hasta que encontremos...
(Voluntarias Sénior 3,4)

...Se dejan folletos y se insiste en que nos llamen por teléfono si quieren participar. Reconoce la existencia de soledad en personas que acuden a la misa diaria, lo comentará en la homilía y a nivel personal... (Voluntarias Sénior 1,2)

...Les agrada mucho saber que otras personas se interesan por paliar la SOLEDAD, y juntos se obtendrían mejores resultados... (Voluntarias Sénior 1,2)

Con menor énfasis, en el caso de las ortopedias también ha habido una buena acogida y en general, se han ofrecido a repartir folletos y hacer difusión entre las personas mayores.

Finalmente, en el caso de las farmacias, también ha habido una buena acogida, y en la mayor parte ellas, se han ofrecido a repartir folletos, poner los carteles y los adhesivos correspondientes. También cabe destacar que en más de una, han manifestado ser conscientes de la realidad de soledad de algunas personas mayores y se han ofrecido para desarrollar algún proyecto conjunto con personas mayores.

...En general vemos que hay muy buena predisposición de acogida al proyecto. También nos comentan que desde las farmacias colaboran en otros programas de ayuda. Ven muy positivo contar con este proyecto contra la soledad en la ciudad... (Técnica EUEMIFER 1)

No obstante, ha sido un proceso más complejo, ya que para poder hacerlo, ha sido necesario informar de forma directa a las personas titulares de cada una de las farmacias y ello ha exigido más de una visita en más de una ocasión. Por otro lado, es interesante anotar que, en una de las farmacias visitadas, sugirieron buscar la complicidad del Colegio de Farmacéuticos con objeto de generar mayor aceptación entre el colectivo de farmacéuticos y obtener un grado de formalidad que favorecería una implicación mayor de las farmacias.

5.2.2. El Voluntariado Júnior

En su origen, el proceso de investigación planteado no incluía la participación de un grupo de voluntariado júnior. No obstante, desde la Escuela Universitaria de Enfermería, se consideró importante facilitar la su participación, valorando muy positivamente la inclusión de una perspectiva intergeneracional y de generación de conocimiento y experiencia entre el alumnado de la escuela. Después de varias reuniones y valoraciones entre el equipo de investigación y equipo técnico, se incorporó su participación a través del voluntariado.

Al igual que en el caso del voluntariado sénior, también en este caso ha sido necesario cumplir con la legislación vigente y ofrecer la cobertura legal necesaria. Para ello, se ha contado con la implicación del servicio de asuntos sociales (en adelante SAS) de la Universidad de Salamanca, que ha valorado muy positivamente el componente intergeneracional de la actividad voluntaria, y ha ofrecido la cobertura legal necesaria para que los estudiantes puedan desarrollar la actividad.

Su participación puede clasificarse en cuatro tipos de actividades:

- Actividades para la difusión del proyecto y detección de personas en riesgo de sentir soledad.
- Acompañamientos a las personas con limitación de autonomía a los Encuentros y diferentes actividades en el marco del proyecto.
- Apoyo en la gestión y realización de actividades con las personas participantes del proyecto.
- Apoyo en la dinamización de uno de los grupos de personas mayores. Al no estar contemplado en la metodología inicial, se consideró oportuno incorporar la participación al voluntariado júnior, únicamente en uno de los grupos a modo de prueba piloto.

El acompañamiento y la capacitación de los estudiantes se ha realizado directamente desde la dirección y equipo docente de la Escuela de Enfermería. Su participación ha impactado muy positivamente tanto en el marco del proceso transformador, como en la generación de activos y resultados que previamente no se habían contemplado.

Durante las actividades de difusión del proyecto enfocadas a la detección de personas en riesgo de sentir soledad han compartido espacios con el equipo técnico de la escuela y el equipo de voluntariado sénior, fomentando espacios de intercambio intergeneracional y adquiriendo conocimiento y habilidades como parte de su proceso de formación.

Con la actividad de [acompañamiento a las actividades](#), las voluntarias han podido tomar conciencia de la importancia de la accesibilidad para garantizar el acceso y usos de los espacios en igualdad de condiciones, seguridad y confort.

...Cuando ya estábamos fuera yo la llevé en la silla la primera mitad del trayecto y xxxx la segunda mitad. Para mí fue muy difícil controlar la silla de ruedas, sobre todo en los pasos de cebra. No te das cuenta de lo mal que está la ciudad para una persona con discapacidad hasta que no tienes a una cerca... (Voluntaria Júnior 1).

De la misma forma, también ha supuesto un proceso de aprendizaje en el que las personas mayores, han tenido un papel fundamental.

...Pasada una hora y media recogimos a xxxx y esta vez la llevamos entre otra de mis compañeras de voluntariado y yo, lo cual supuso un reto y a la vez un gran aprendizaje ya que nunca había llevado a nadie en una silla de ruedas, pero ella me ayudó mucho a relajarme y me dio confianza para finalmente llegar hasta su casa... (Voluntaria Júnior 2).

...Acudimos hasta el domicilio y cuando xxxxx bajó nos traía una sorpresa, debido a su enfermedad quería que conociéramos más que la sintomatología al uso y algunos efectos que desencadenaba su medicación para, de algún modo, concienciarnos y conocer más sobre ella su problema y poder concienciarnos y compartirlo con el resto... (Voluntaria Júnior 2).

A pesar de realizar un apoyo puramente instrumental, esto es, un acompañamiento durante un trayecto, que en principio no tiene por qué suponer un impacto positivo a nivel relacional, la actividad ha generado un impacto agregado, ya que además de garantizar la igualdad de oportunidades de las personas participantes en el acceso a las actividades, entre ellas (estudiantes y personas mayores) de forma muy fluida y natural, se han establecido relaciones de reciprocidad, que han permitido el conocimiento mutuo, la sensibilización, el aprendizaje y la amistad.

...Nuestra primera actividad como voluntarias, fue la de ir a buscar a su casa a una de las participantes y acompañarla a la escuela de enfermería. Al principio, se puede pensar que esta actividad es aburrida o que no es lo que se espera del voluntariado. Sin embargo, cuando la comenzamos a realizar y conocimos a yyyyy, nos dimos cuenta de la importancia de realizar esa actividad y del poco tiempo que se puede tardar en coger cariño a una persona, puesto que creo que no hicieron falta más de 5 minutos para crear un clima de cariño y comprensión por ambas partes... (Voluntaria Júnior 3)

De hecho, cabe destacar que, en más de una ocasión, se han establecido relaciones que han trascendido a las definidas en el marco de la investigación, ya que se han facilitado los contactos y realizado llamadas telefónicas y encuentros de forma independiente que se han ido sucediendo de forma complementaria a las actividades establecidas en el sí del proyecto.

...Las voluntarias de ...que participamos habitualmente ... pensamos en organizar una actividad especial. Lo cierto es que la señora a la que siempre vamos a buscar al domicilio llevaba un tiempo diciéndonos que quería merendar con nosotras. Así, decidimos que sería una buena idea para afianzar lazos merendar juntas en una pastelería cercana. Consideramos adecuado invitar también a otra participante que vive en las proximidades. Teníamos la esperanza de que estrecharan lazos y de que comenzaran a salir juntas a dar el paseo. Durante la merienda tratamos muchos temas amenos y el ambiente fue muy distendido. Nos lo pasamos bien y todas pensamos que actividades de este tipo pueden ser muy efectivas a la hora de aliviar la soledad de las personas. Además, las dos participantes intercambiaron sus números de teléfono y se mostraron muy cercanas... (Voluntaria Júnior 5).

Finalmente, también se planteó, a modo de prueba piloto, la posibilidad de que algunas estudiantes (previamente seleccionadas por parte de la Dirección de la Escuela de Enfermería) formaran parte del equipo de facilitación en uno de los grupos de personas mayores, ofreciendo [apoyo en la dinamización en el marco del proceso de atención grupal \(Encuentros\)](#). Su participación fue aumentando gradualmente y la gestión de este proceso se realizó directamente desde la dirección de la Escuela de Enfermería y parte del equipo docente. Conviene resaltar el impacto positivo que ha tenido la realización de la actividad en las estudiantes en clave de crecimiento personal y profesional.

...Me gustaría resaltar lo enriquecedora que ha sido esta experiencia para mí. Me ha ayudado a comprender mejor a las personas mayores, lo que me permitirá prestarles una atención mejorada cuando esté trabajando como enfermera. Además, he crecido como persona y me he sentido muy realizada cuando las dinámicas de grupo han resultado efectivas... (Voluntaria Júnior 5).

...Me sorprendió para bien lo que hicimos; me parece un proyecto tan necesario y que puede ayudar a tanta gente, porque muchas veces estas personas solo necesitan sentirse queridas y que se den cuenta que son importantes, que aún pueden seguir haciendo planes y sobre todo que sientan que no están solos... (Voluntaria Júnior 6)

Por otro lado, es interesante observar como algunos de los espacios compartidos con los estudiantes, se han convertido en espacios de intercambio basados en la *Generatividad* y aporte de valor por parte de los más mayores, hacia los más jóvenes.

...Los presentes poseían muchas nociones sobre el desarrollo de la vida en el siglo XX, pues muchos de estos enseres eran frecuentes en su niñez. Es por ello que pudieron aportar vivencias personales y opiniones interesantes sobre la colección. Esto supuso numerosas oportunidades de conversación, ya no solo entre ellos sino con nosotros, los más jóvenes. Se mostraron verdaderamente entusiasmados por poder compartir sus pensamientos con nosotros... (Voluntaria Júnior 5).

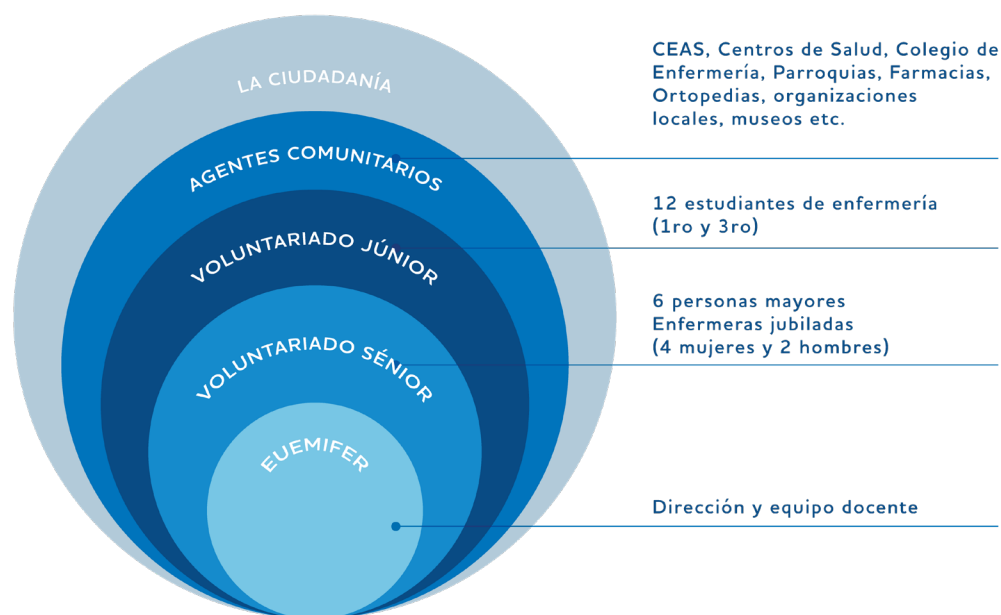
Por último, también es interesante observar cómo en el relato de los más jóvenes, se identifican elementos y valores que fundamentan el modelo de intervención basado en la acción comunitaria, como es el establecimiento de relaciones de reciprocidad y de enriquecimiento mutuo:

...Lo que me gusta de estas reuniones es que, a pesar de que una persona esté contando sus vivencias o sus sentimientos, el resto puede participar activamente complementando lo que se esté diciendo... (Voluntaria Júnior 4)

...Me parece que la disparidad de motivaciones que muestran los diferentes integrantes se traducirá en un grupo mucho más dinámico en sus conversaciones. Evitaré que el grupo se estanque en un discurso desesperanzador y repetitivo y confío en que estas personas aportarán una visión fresca y renovada sobre la vida. Tal vez las personas que afirman sentirse solas necesiten a alguien que las anime a analizar su situación desde una perspectiva diferente... (Voluntaria Júnior 4).

5.3. Síntesis de la estructura comunitaria y los niveles de implicación

En toda acción comunitaria, la participación de los diferentes agentes que lo hacen posible se distribuye en diferentes niveles de implicación que deben estar interconectados entre sí. A lo largo del proceso en Zamora, hemos ido construyendo 5 niveles de implicación, todos ellos complementarios y necesarios en el marco del proceso



Fuente: *Sala Mozos E . 2023.*

Tal y como se ha explicado en apartados anteriores, el nivel de mayor implicación se ha ejercido desde el liderazgo de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora.

Complementando el liderazgo de la EUEMIFER, en el siguiente nivel de implicación está el Grupo de Voluntariado Sénior. En este punto, conviene anotar que, en todo proceso de construcción colectiva, es importante definir los espacios compartidos de toma de decisiones, ya que no deja de ser un proceso vivo, que va construyéndose en función de los pasos que conjuntamente vamos dando. Se trata de un proceso caracterizado por la transparencia y por este motivo, si bien el equipo de investigación del CENIE ha ido tomando las decisiones estratégicas que han guiado el proceso, se ha buscado la creación de espacios de deliberación conjunta, tanto con el equipo de la Escuela como con el equipo de voluntariado sénior, para así poder contrastar las decisiones y modificarlas en los casos en los que ha sido necesario.

De forma complementaria, en el espacio de liderazgo compartido entre el voluntariado sénior y el equipo docente de la EUEMIFER, se han ido tomando, de forma autónoma, las decisiones tácticas y operativas que han guiado las acciones a realizar en el marco de las diferentes fases del proceso comunitario:

- Con relación a la planificación de las acciones para la activación del tejido comunitario: visitas a parroquias, farmacias, centros de salud etc.

- Con relación a las actividades de difusión y detección de situaciones de riesgo de soledad: estrategia durante la campaña de vacunación, ubicación de los puntos informativos etc.
- Con relación a las actividades extraordinarias de difusión: charlas informativas en diferentes espacios (Universidad de la Experiencia etc.).

Estas decisiones han sido contrastadas con el equipo de investigación del CENIE a través de los instrumentos de seguimiento diseñados (*Diario colaborativo de seguimiento de la Acción Comunitaria*) y los espacios de coordinación virtuales y presenciales. Es importante destacar la importancia de estos espacios de coordinación para garantizar la conexión y permeabilidad entre los diferentes niveles de implicación, así como la construcción colectiva del proceso.

En la siguiente esfera, también con un grado de implicación alto, está el Grupo de Voluntariado Júnior. Aun cuando los estudiantes no han participado en los espacios de deliberación sobre la toma de decisiones estratégicas, sí han tenido cierta autonomía para la toma de decisiones operativas en el marco de su actividad, en las diferentes fases del proceso, y siempre bajo la supervisión del equipo docente de la Escuela de Enfermería.

En el siguiente nivel de implicación, encontramos a los diferentes agentes comunitarios: CEAS, Colegio de Enfermería, Centros de Salud, Asociaciones, Parroquias, Farmacias, Ortopedias, otros comercios, museos de la ciudad y otros equipamientos etc. El objetivo principal de su implicación versa sobre la creación de redes de corresponsabilidad y generación de sinergias para el abordaje de la soledad de las personas mayores.

A pesar de la labor realizada por parte del voluntariado y equipo técnico, los activos generados y la disposición inicial a participar de los diferentes agentes, su implicación ha sido desigual y su actividad, no ha perdurado de forma estable en el tiempo en todos los casos. Los procesos comunitarios requieren de un tiempo y una constancia para su consolidación, y es posible que no hayamos dispuesto ni del tiempo ni de los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad de la participación activa y continuada de los diferentes agentes. De cualquier modo, y a pesar de no haber desarrollado todo su potencial, con algunos agentes, sí se han generado algunos activos fundamentales durante el proceso, y otros que pueden resultar esenciales en la prevención del riesgo:

- La implicación del Colegio de Enfermería ha sido esencial para la creación de la asociación de voluntariado sénior y en el transcurso de otras actividades durante el proceso.

- Las Farmacias, Parroquias, Ortopedias etc. han realizado acciones de difusión entre las personas mayores: colgar carteles, repartir folletos, informar etc.
- Los Museos de la ciudad y otros equipamientos han permitido la realización de actividades y el conocimiento de los espacios por parte de la población mayor.
- Con los CEAS, se han definido circuitos de derivación para la prevención del riesgo de las situaciones más frágiles.
- Los centros de salud han permitido la instalación de puntos informativos y la generación de espacios de confianza para la detección de situaciones de riesgo de soledad o aislamiento entre la población mayor.

Finalmente, en el último nivel de implicación, tenemos a la ciudadanía de Zamora. En este caso, tampoco hemos podido comprobar un aumento del capital social y relacional de la ciudad. Podemos pensar en diferentes causas que expliquen este resultado; por un lado, la posibilidad de que, tal y como pudo comprobarse durante la realización del diagnóstico, en general, y según la opinión de los principales agentes entrevistados, la participación comunitaria en la ciudad de Zamora se percibe como pobre.

...En Zamora, es habitual que surjan iniciativas sociales o culturales bonitas, pero la tendencia es que no perduren en el tiempo...(CEAS 1)

Finalmente, también podemos preguntarnos sobre el impacto de la campaña y acciones de sensibilización desarrolladas en el marco del proceso. Estas se detallan más pormenorizadamente en los siguientes apartados.

5.4. La sensibilización

La expresión de la soledad se encuentra con una barrera en la cultura de masas que tacha la insatisfacción relacional y el sufrimiento emocional de desacierto personal, de desencaje social y de disfuncionalidad. La patologización del malestar también afecta a la expresión del sentimiento y, lejos de ser validado, cuesta expresarlo y se esconde (Martínez Pascual R., 2021). Por este motivo, es importante desarrollar campañas y acciones destinadas a la “normalización de la vivencia” y a entender la soledad como un sentimiento inherente a la vida, que puede aparecer en cualquier momento, que nos puede afectar a todas las personas y que incluso puede ser un revulsivo y un motivo de crecimiento personal.

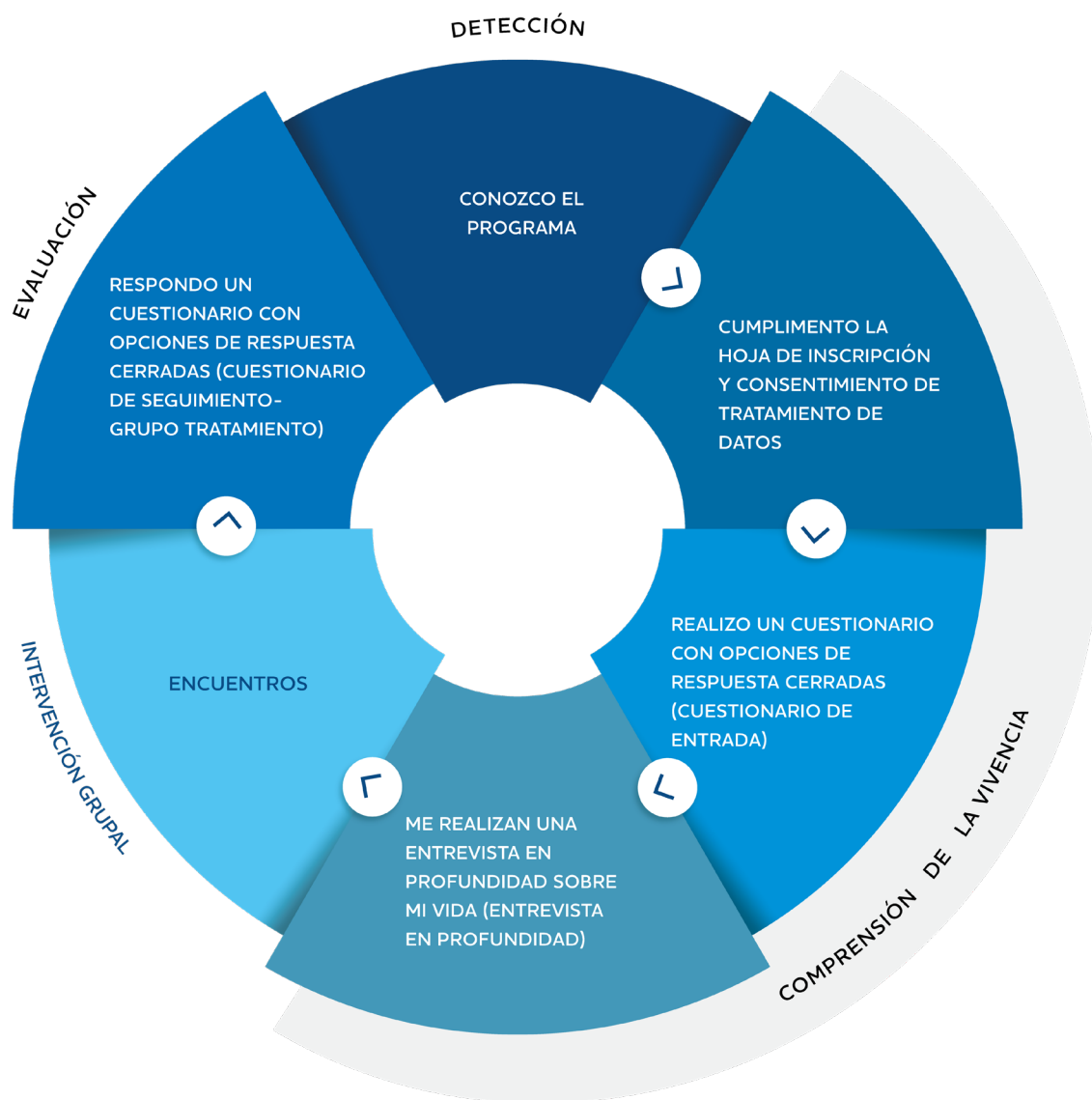
De forma complementaria, y, entendiendo que muchas de las causas de la soledad, como hemos podido ver en apartados anteriores, se ubican en una esfera más macrosocial, y tienen ver con factores culturales vinculados a un individualismo creciente, auge de la independencia y pérdida de valores como la ayuda mutua o el apoyo vecinal (entre otros), también consideramos importante desarrollar acciones destinadas a despertar una vez más esos valores presentes en nuestra cultura profunda, y fomentar la corresponsabilidad y la acción colectiva a partir de la generación de capital social y relacional.

Por estos motivos, se planificó la implementación de una campaña de difusión y sensibilización que se puso en marcha con objeto de acompañar la acción de activación del tejido comunitario, descrita en los apartados anteriores.

Finalmente, después de varias reuniones entre el equipo de investigación y el equipo de comunicación, la campaña de sensibilización se destinó a dar a conocer el proyecto entre la ciudadanía, a poner en valor la importancia de la iniciativa y fundamentalmente, a la captación de personas mayores en riesgo de soledad y/o aislamiento social. En los artículos, notas de prensa, cuñas de radio y entrevistas, si bien mencionamos la importancia de la recuperación de valores comunitarios, la cartelería, folletos y adhesivos no incluyeron mensajes destinados a la generación de una cultura más colectivista, participativa y de apoyo mutuo en la ciudad, ni tampoco incluyó mensajes destinados a desestigmatizar el sentimiento de la soledad. Por lo tanto, no es posible valorar su impacto en este sentido. Sí creemos que la presencia del proyecto en la prensa local y otros medios como la radio y la televisión ha podido repercutir en una mayor “normalización” del sentimiento y una mayor sensibilidad hacia la problemática por parte de la ciudadanía.

6.El proceso con las personas

El proceso llevado a cabo con las personas comienza con la DETECCIÓN de aquellas en riesgo de sentir soledad. En ese momento, se les informa sobre el programa y a partir de ese instante, se desarrollan las diferentes fases de la intervención con ellas. A continuación, se muestra de forma gráfica el ciclo entero del programa, asociando cada paso al proceso llevado a cabo con las personas en riesgo de sentir soledad y aportando la óptica de las personas participantes.



6.1. LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE SENTIR SOLEDAD

En el proceso con las personas, la detección de las situaciones de soledad es una fase sobre la cual conviene detenerse. La pregunta ¿cómo llegamos a las personas que sienten soledad no deseada? no es baladí, ya que se trata de un sentimiento o situación difícil de expresar e identificar. Reconocer el sentimiento no es fácil, la vergüenza y/o la culpa pueden ser emociones asociadas a la vivencia de la soledad y a su vez, admitir la soledad en un entorno familiar y/o de compañía puede resultar complejo si no se disocia de la culpa o la vergüenza.

Las acciones destinadas a facilitar la expresión del sentimiento y, en consecuencia, a la detección de situaciones de soledad han sido fundamentalmente 3 que se han complementado entre sí:

- La campaña de difusión y sensibilización.
- La actividad voluntaria destinada a activar el tejido comunitario (descrita en los párrafos anteriores).
- La instalación de puntos informativos sobre el proyecto en los diferentes centros de salud de la ciudad durante la campaña de vacunación³.

Como cabía esperar, el proceso ha sido complejo. Desde el inicio, el equipo técnico y de voluntariado fueron manifestando cierta frustración, ya que, en las acciones puramente informativas, las personas mayores no se acercaban a escuchar y mostraban desinterés en la mayoría de los casos.

Se consiguen entregar algunos folletos, aunque en general la gente lo rechaza y te dicen que no quieren información. (Técnicas EUEMIFER 1 y 2)

Nadie se acerca por iniciativa propia a la mesa informativa (Técnica EUEMIFER 2 y Voluntaria Júnior).

Es curioso cómo muchos usuarios te echan el alto con la mano y miran el folleto con desconfianza, quizás si hubieran visto divulgación por algún medio sería más fácil llegar a ellos. (Técnicas EUEMIFER 1 y 2)

Se entregan folletos y más de la mitad los rechazan. (Voluntario Sénior 1)

Nadie se acerca de forma espontánea, sólo a informarse de la vacunación y de las consultas. Algunas personas dijeron que se lo pensarían en casa (Voluntario Sénior 1 y Voluntaria Júnior).

Es interesante observar cómo se ha podido identificar un mayor rechazo entre los hombres.

El grado de rechazo en varones es total, ni siquiera permiten que les hable. (Voluntario Sénior 1)

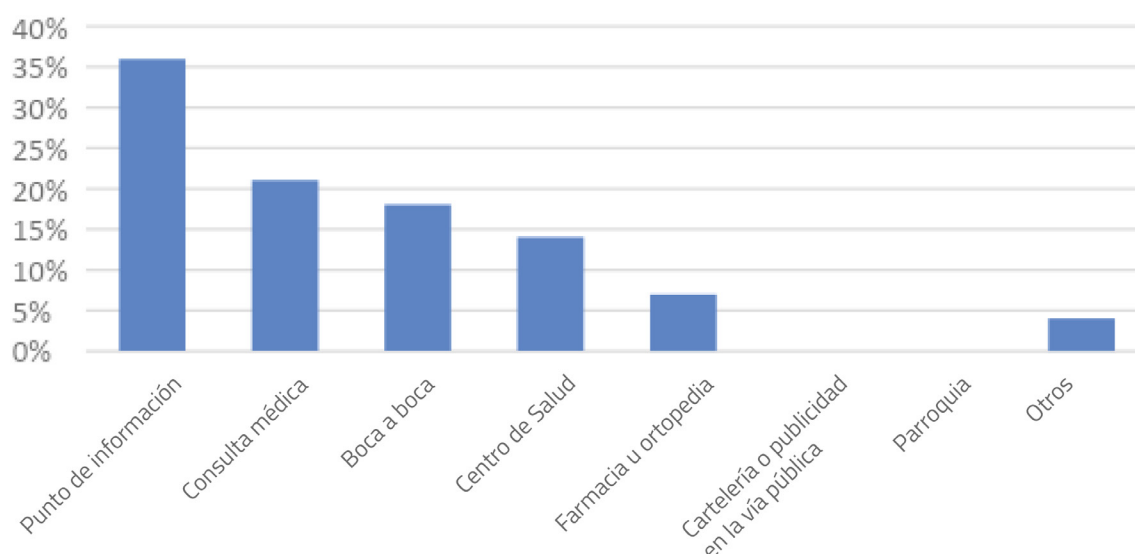
Finalmente, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones, también se ha podido observar cómo, a pesar de reconocer la existencia del problema, no resulta sencillo dar ese primer paso a participar en un proyecto que desea hacerle frente.

Reconocen la existencia del problema, però no se deciden a participar. Entre otros comentan; “vivo solo y a nadie le importa”, “no estoy sola, tengo cinco sobrinos médicos que me llaman de vez en cuando”, “El proyecto es muy bonito, pero” (Voluntaria Sénior 3)

Después de esta primera fase informativa sin demasiado éxito, se procedió a contactar con los médicos y enfermeras de atención primaria, solicitando su colaboración para despertar el interés en el proyecto. A partir de ese momento, probablemente por la confianza y seguridad que despierta la enfermera, el acercamiento a las mesas informativas aumentó, y las inscripciones al proyecto comenzaron a sucederse.

En el proceso, también pudimos observar que las personas iban recogiendo los folletos y contactaban algún tiempo después con el proyecto. Por lo tanto, se constata la dificultad anteriormente mencionada y el hecho de que reconocer el sentimiento y dar los pasos necesarios para hacerle frente no es fácil. Es importante ofrecer un espacio seguro en el cual transmitir la información y garantizar un tiempo de espera suficiente para que las personas puedan recapacitar, pensar y analizar si conviven con el sentimiento, o si quieren participar de una iniciativa como la que proponemos.

Por otro lado, tal y como se puede ver en el gráfico que se muestra a continuación, la mayor parte de las personas que han contactado con el proyecto lo han hecho, o bien por un punto de información (36%) o bien en consulta médica (21%), o bien en un centro de salud (14%). Tanto las consultas médicas como puntos los informativos (aunque estos últimos, de forma temporal, durante la campaña de vacunación), están ubicados en los centros de salud. Así pues, si sumamos las tres categorías podemos observar cómo el 71% de las personas participantes se acercaron al proyecto a través de los Centros de Salud.



Basándonos en los resultados obtenidos, podemos presumir que los [centros de salud y el personal sanitario](#), generan espacios seguros y de confianza para las personas mayores y, por lo tanto, son [agentes CLAVE](#) en el proceso de abordaje de la soledad no deseada, con un papel fundamental en la detección de las situaciones de riesgo. De hecho, el éxito en la detección se debe mayormente a la complicidad generada con los servicios de atención primaria de salud, más concretamente con [enfermería](#), ya que la mayor parte de adhesiones se han realizado en el momento que las enfermeras de referencia han sugerido a aquellas personas que presentaban indicios de poder estar conviviendo con el sentimiento, acercarse a la mesa de información a recoger la información.

6.2. LAS PERSONAS PARTICIPANTES

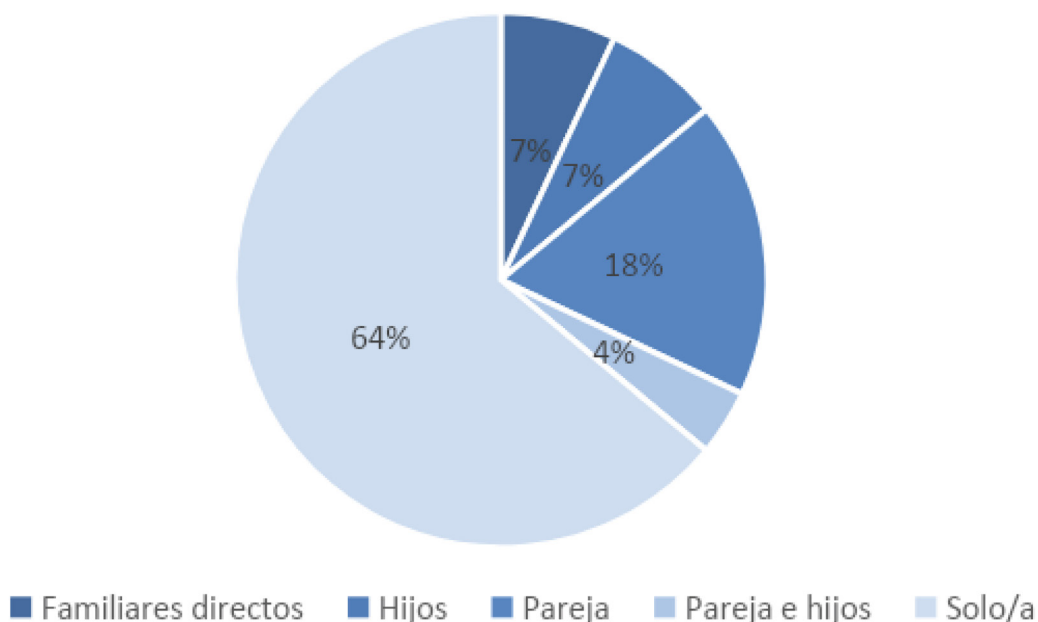
El volumen de personas interesadas en el proyecto ha superado con creces todas las previsiones. En un inicio, esperábamos llegar a una n de 24 personas, pero se inscribieron un total de 60 personas y como consecuencia de la demanda, hubo que plantear un primer ciclo de intervención con 40 personas, y un segundo ciclo de intervención con 20 personas, que se llevaría cabo una vez finalizado el primer ciclo.

Entre las personas que han participado en el primer ciclo de intervención, hay una mayoría de mujeres (67,86%). Esta cifra, coincide con que hoy en día, el simple hecho de ser mujer y mayor aumenta el riesgo de sentir soledad. Si atendemos a lo que nos dice la literatura empírica, varias investigaciones nos muestran que las mujeres, reportan soledad más frecuentemente que los

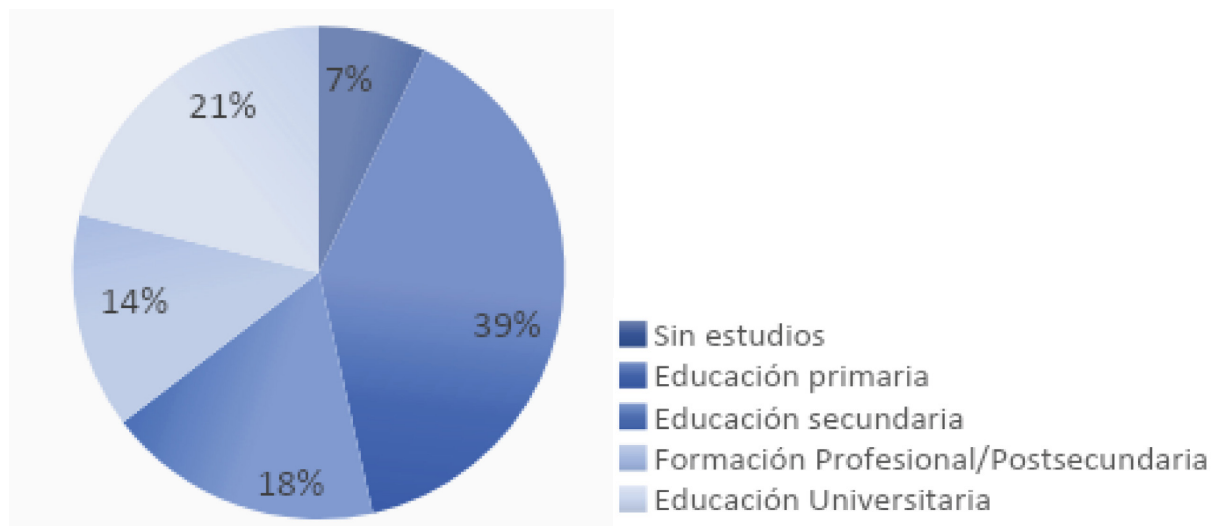
hombres, mientras que otras apuntan que este aumento de la prevalencia está mediatizado por la viudez (Coll Planas L. 2017). Por otro lado, algunas investigaciones evidencian que, si bien a primera vista pareciera que las mujeres sufren más soledad, este hecho puede estar directamente relacionado con la capacidad que se le atribuye al género femenino de reconocer y expresar los sentimientos (Donio Bellagarde y Pinazo Hernandis S. 2014).

La edad de las personas participantes ha oscilado entre los 60 y los 93 años, siendo la media de 76,85 años. En cuanto al estado civil, destaca una mayoría de personas viudas (57%), seguida de un 25% de personas que están en pareja, un 11% de personas divorciadas y finalmente un 7% de personas solteras. Estos datos, también coinciden con los datos de otras investigaciones, ya que indican, que la prevalencia del sentimiento aumenta con la viudez y entre las personas solteras, y aquellas divorciadas o separadas, la prevalencia tiende a ser más alta entre las divorciadas o separadas.

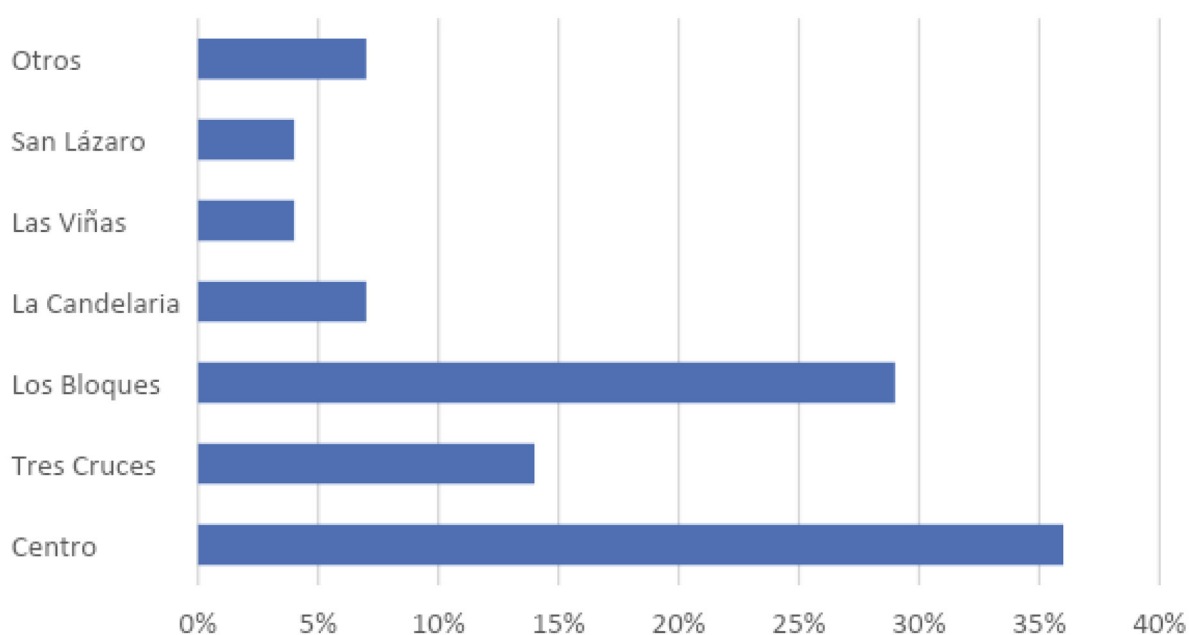
Si atendemos a las unidades de convivencia, también coincidiendo con la literatura empírica, tal y como se puede observar en el gráfico que se muestra a continuación, la gran mayoría de las personas participantes (64%) viven solas.



Por último, también es interesante observar cómo, si bien un 40% de las personas participantes solo disponen de la educación primaria, un 21% tiene estudios universitarios. Según la literatura empírica, los niveles socioeducativos más bajos, se correlacionan más frecuentemente con la soledad. No obstante, en este caso, un tercio de la población atendida dispone de estudios universitarios.



A pesar de que, según los resultados del diagnóstico realizado, se establecieron dos zonas prioritarias de actuación en la ciudad -San José Obrero y San Lázaro por un lado y Tres Cruces-Centro, por el otro-, en base a la actividad realizada y las personas participantes, ha sido necesario ampliar la intervención a las personas mayores de toda la ciudad.



Tal y como se puede observar, la mayor parte de las personas viven en el centro de la ciudad (36%), seguido de Los Bloques (29%) y Tres Cruces (14%), habiendo muy pocas personas de San Lázaro y ninguna de San José Obrero. Por este motivo, si bien en un inicio se estuvieron buscando espacios en las diferentes zonas preestablecidas, finalmente, se decidió desarrollar la intervención en el Campus Viriato, en aulas de la Escuela de Enfermería que se acondicionaron para la realización de la actividad.

6.3. LA COMPRESIÓN DEL SENTIMIENTO. HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Para comprender y profundizar sobre la vivencia de la soledad es importante utilizar los instrumentos y técnicas adecuadas.

La escala más utilizada para medir el aislamiento social es la Lubben Social Network Scale (LSNS). Compuesta (en su versión completa) por 12 ítems, mide el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento.

En cuanto a la medición de la soledad, en general, según Víctor et al. 2005, podemos distinguir entre dos tipos de medidas; por un lado, estarían las medidas directas o autoinformadas y por el otro las medidas agregadas o de escalas (Sancho Castiello M. et al., 2019):

- Mediante las preguntas directas y únicas se pide a la persona que califique su nivel de soledad en términos de frecuencia.
- En cuanto a las medidas agregadas destacamos las siguientes:
 - Escala UCLA (1978) y Escala De Jong Gierveld (1985). La escala de soledad UCLA (University of California at Los Ángeles), consta de veinte ítems divididos en tres dimensiones: percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social. Incluye también dos factores: la intimidad con los otros y la sociabilidad (Mayol et al. 2015).
 - La escala de Jong Gierveld (Holanda) se compone de once ítems para medir dos dimensiones de la soledad. Seis de estos ítems miden la soledad emocional. Los otros cinco miden la soledad social.

No obstante, tal y como afirma Laura Coll, la soledad es un fenómeno muy complejo y las herramientas de las cuales disponemos para medirla no son perfectas. Un buen ejemplo para

ilustrar lo dicho es uno de los ensayos clínicos más robusto y sólido hasta el día de hoy, que se realizó en Finlandia. Se quiso evaluar el impacto de la intervención en el proyecto “Círculo de Amigos”. En el momento de hacer la evaluación se utilizó la escala UCLA y, a pesar de que se consiguieron detectar mejoras significativas en la calidad de vida, no se identificaron impactos en la soledad por sí misma. Este estudio nos pone de manifiesto un problema grave porque, por muy rigurosos que queramos ser en el estudio del fenómeno y justamente porque es un sentimiento subjetivo y muy complejo, es recomendable complementar los resultados del cuestionario con resultados obtenidos a partir de otras técnicas cualitativas como por ejemplo entrevistas en profundidad o grupos focales para entender mejor el fenómeno y complementar la evaluación (Coll Planas L. 2019).

Por este motivo, en el desarrollo de la intervención, se han diseñado y aplicado dos herramientas para comprender la vivencia y conocer en profundidad algunas dimensiones de la vida de las personas participantes, teniendo su aplicación, una triple finalidad añadida en el marco de la investigación: (1) evaluar el impacto de la intervención, (2) proporcionar información a las facilitadoras sobre los participantes y (3) crear un buen vínculo entre participantes y facilitadoras.

El cuestionario ha incluido la escala de LUBBEN (que mide el aislamiento social) y la escala De Jong Gierveld. Para complementar ambas, se han añadido otra serie de preguntas relacionadas con factores que se correlacionan con la soledad, como pueden ser el estado de salud o salud autopercebida y la satisfacción vital, entre otros.

A continuación, se representan sintéticamente las principales características de ambas: el Cuestionario de entrada y la Entrevista en profundidad (se pueden ver en su versión completa en los anexos).

HERRAMIENTA	CUESTIONARIO DE ENTRADA	ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD
FUNCIÓN PRINCIPAL	Comprensión de la vivencia y el sentimiento de soledad	
	Evaluativa, Informativa	Informativa, Relacional (vincular)
DIMENSIONES	<p>Perfil sociodemográfico.</p> <p>Vida diaria, vivienda, convivencia.</p> <p>Salud: cronicidad, apoyos, movilidad, autopercepción, servicios.</p> <p>Actividades y estilo de vida.</p> <p>Red social (Lubben)</p> <p>Actividad física.</p> <p>Soledad no deseada (DJGLS)</p> <p>Condiciones de vida.</p> <p>Nivel de estudios.</p> <p>Satisfacción con la vida.</p>	<p>Datos básicos (pendientes).</p> <p>Presentación de facilitadoras referentes.</p> <p>Historia de vida (población de origen, familia, lugares de residencia).</p> <p>Situación actual (descripción del día a día, aficiones, participación).</p> <p>Situación de salud emocional.</p> <p>Soledad (pregunta directa).</p> <p>Aclaraciones sobre el proyecto.</p>
TÉCNICA UTILIZADA	<p>Cuantitativa (Encuesta línea de base)</p> <p>Telefónico y Presencial.</p>	<p>Cualitativa (entrevista en profundidad).</p> <p>Presencial.</p>
MOMENTO DE APLICACIÓN	Tras el reclutamiento (cumplimentado el formulario de Inscripción y consentimiento LOPD) (paso 1).	Tras realizar el cuestionario de entrada (paso 2).
PERSONA ENCUESTADORA	Equipo de Enfermería y Persona/s voluntaria/s (sénior)	Persona/s voluntaria/s sénior del grupo asignado (facilitadora referente definitiva)

6.4. LA DEFINICIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN

En apartados anteriores hemos podido ver cómo la propuesta inicial recogía dos opciones de intervención finalista. La primera basada en un acompañamiento telefónico individual, que facilita la generación de un vínculo de confianza, previo a la posterior re/conexión con la comunidad (VOCES). La segunda, como modelo de intervención grupal presencial y vinculación comunitaria (ENCUENTROS). Con el objetivo de favorecer la personalización en la adhesión a la intervención, así como de atender a las preferencias de las personas participantes, se expusieron ambas opciones a todas las personas interesadas en el proyecto.

Tanto las personas mayores participantes como las voluntarias mostraron desde un inicio su [preferencia por el modelo presencial y grupal](#), esto es, los Encuentros. Respecto a las personas mayores participantes, tal y como hemos visto en otras experiencias (Sala Mozos E; Martínez Pascual, R., 2021), en ocasiones, el contacto presencial es preferido al virtual en situaciones de soledad no deseada. La gran implicación del voluntariado en el proyecto podría explicar su interés en el desarrollo presencial de la acción, también posiblemente vinculado a la disponibilidad y al cambio de rol tras la jubilación (dada la naturaleza de la asociación de voluntariado).

Tratándose de un proceso que ha buscado la adecuación de la metodología de intervención con las personas a las necesidades y expectativas de las mismas, se ha descartado en el despliegue del proyecto la intervención telefónica, escogiendo los ENCUENTROS como metodología única en la intervención finalista. La experiencia se describe en profundidad en el capítulo siguiente.

7. La intervención finalista: Los Encuentros

7.1. ANTECEDENTES. REFERENCIAS QUE NOS HAN INSPIRADO.

El diseño del modelo de intervención de los ENCUENTROS ha bebido principalmente de tres experiencias europeas de intervención en soledad de diferente alcance: [Círculo de Amigos \(Finlandia\)](#), [Caminos: de la soledad a la participación \(España\)](#) y [BLOC](#) (Rompiendo la soledad, abriendo la comunidad. BLOC, por sus siglas en inglés) (Barcelona).

En el siguiente cuadro se resumen las características de cada programa y se recogen las principales características coincidentes con el proyecto, así como referencias para su consulta.

PROGRAMA	DESCRIPCIÓN	ELEMENTOS COINCIDENTE	RECURSOS SOBRE LOS PROGRAMAS
<p>Círculo de Amigos</p>	<p>Programa de intervención en soledad con más de 15 años de recorrido en Finlandia. Se fundamenta en un programa de formación/capacitación de profesionales del sector social y sanitario y a personas voluntarias. Los grupos se componen de personas mayores que se sienten solas. Estos grupos son cerrados, y para garantizar la seguridad y la confianza y en los mismos se busca el empoderamiento de las personas, potenciando la autoeficacia y la autogestión de los grupos en último término.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario de los encuentros. - Fomento de la autogestión. - Mantenimiento de los mismos miembros por grupo. - Pareja de facilitadoras. - Binomio profesional voluntario/a. - Capacitación y seguimiento. 	<p>Web del programa.</p> <p>Tesis doctoral. Dra. Ninna Savikka Loneliness of Older People and Elements of An Intervention for its Alleviation.</p> <p>Artículo sobre la evaluación del programa.</p>
<p>Camins: de la soledat a la paticipació (Caminos, de la soledad a la participación).</p>	<p>El objetivo de la intervención “Caminos: de la soledad a la participación” ha sido fomentar el capital social y la participación de personas mayores de la comunidad que se sienten solas. La intervención se implementó en tres centros de atención primaria de salud de con un seguimiento de dos años. La intervención ha sido evaluada cuantitativa y cualitativamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al ámbito de la salud. - Fomento del apoyo mutuo. - Dossier de apoyo a las sesiones (guía). - Abordaje y vinculación de soledad y participación. - Exploración de los activos comunitarios de proximidad. 	<p>Vídeo explicativo.</p> <p>Tesis doctoral Dra. Laura Coll-Planes Soledad, apoyo social y participación de las personas mayores desde una perspectiva de salud (Anexa Guia Camins)</p> <p>Artículo sobre evaluación cualitativa de la intervención.</p>
<p>BLOC. Rompiendo la soledad, abriendo la comunidad</p>	<p>La intervención “Rompiendo la soledad, abriendo la comunidad” (BLOC, por sus siglas en inglés), impulsada por la Fundación Sant Joan de Déu, tenía por objetivo abordar la soledad de adultos mayores mediante la combinación del fomento de la participación y de apoyo psicosocial grupal online, tras la pandemia por la COVID-19. [La inclusión de la perspectiva de sentido vital fue diseñada por la misma referente de la metodología del presente proyecto <i>Soliedad</i>].</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de soledad existencial. - Disposición a relaciones informales. - Orientación a valores y sentido vital. - Autoconocimiento y reconocimiento de fortalezas. 	<p>Artículo Gabarell Pacualet, A. y cols Results from a psychosocial online intervention to improve loneliness, social support, and mental health among older adults</p> <p>Artículo sobre la evaluación de la intervención (pendiente de publicación).</p>

Caben destacar dos elementos fundamentales del modelo que contribuyen específicamente a la desestigmatización de la soledad y a incluir los abordajes de las nuevas longevidades que son tendencia en gerontología social. En primer lugar, [el tratamiento de la soledad en primer término](#), en el momento inicial de la intervención grupal. La incitación a una conversación abierta sobre la soledad que pone el peso en el reconocimiento mutuo y en las causas sociales de la problemática se revela como un ejercicio eficaz para situar en un plano de equidad a las personas participantes respecto al fenómeno.

Así mismo, contribuye a identificar las principales dimensiones y tipologías de la soledad de forma inductiva, y a reconocer la perspectiva de ciclo vital como elemento que impacta en la vivencia. Comenzar el grupo hablando directamente de la problemática desde un punto de vista social contribuye a deshacer el relato de fracaso personal, empezando así a desactivar otros malestares psicoemocionales adyacentes a la soledad que se presentan como barrera para el cambio (autoestigma, baja autoestima, vergüenza, culpa...).

En segundo lugar, referido a la tercera fase de la intervención (que pasará a ser descrita en el siguiente apartado), se pone en práctica una perspectiva innovadora para el campo de la soledad vinculada a la búsqueda [de sentido vital y orientación a valores](#). Así, se incluye una de las prácticas más actuales en el campo de la gerontología social. Para ello, se ha adaptado a la intervención grupal la propuesta de Wilson y Luciano (2002) en Terapia de Aceptación y Compromiso. Así, se trabaja de forma minuciosa y personalizada con las participantes la orientación a valores y la búsqueda de un propósito vital, al cual las personas se van comprometiendo gracias al espacio generado por el grupo.

No se trata únicamente de “llenar” u ocupar el vacío que la soledad deja con relaciones interpersonales y actividades que, aunque sin duda son importantes, no alcanzan a completar los nudos que la soledad enmaraña en su dimensión más existencial. Se trata también de restaurar el sentido vital y centrar la atención y la disposición al futuro, al proyecto personal, sea éste individual, grupal o colectivo. En coherencia con las revisiones que en el campo del envejecimiento activo se han venido realizando los últimos años (Yanguas, 2021), se pretenden incorporar nuevas dimensiones en la construcción colectiva de un envejecimiento con sentido, también y especialmente cuando la soledad invade la vidas longevas y forja abismos para con el propio futuro nada desdeñables. Así, la intervención Encuentros trae los últimos debates en gerontología social y políticas públicas en envejecimiento a la intervención e investigación aplicada en soledad, uniendo dos mundos que caminan demasiadas veces separados.

7.2. LA DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Los ENCUENTROS tienen la misión principal de promover las relaciones sociales entre las personas participantes, fomentar el apoyo mutuo y favorecer la participación social como vías para hacer frente a la soledad.

Los ENCUENTROS han tenido como **objetivos principales**:

O1. Paliar y/o restaurar el sentimiento de soledad no deseado.

O2. Promover la participación social en los recursos comunitarios.

- Los **objetivos secundarios** han sido:
- Facilitar el establecimiento de nuevas relaciones.
- Fomentar el apoyo mutuo entre las personas participantes.
- Desestigmatizar la soledad.
- Promover el autoconocimiento y la orientación al sentido vital.
- Impulsar el apoderamiento y la autonomía grupal.

Podemos **definir un ENCUENTRO** como un espacio grupal en el que se comparte información y se promueve el apoyo entre sus miembros, así como se reflexiona alrededor de diversos aspectos vinculados a la soledad, el envejecimiento, la participación y el autoconocimiento. Se formaron finalmente 4 grupos de encuentros, reunidos en diferentes días de la semana. Cada ENCUENTRO ha estado formado por un grupo de 10 personas PARTICIPANTES (media), mayores de 65 años e interesadas en ampliar su red o en prevenir o paliar la soledad. Se ha perseguido una estabilidad en los grupos, esto es, que sean siempre las mismas personas, con la finalidad de favorecer la construcción de lazos personales y confianza intragrupal.

La mayoría de las sesiones ha tenido lugar en una **ubicación** permanente, la Escuela de Enfermería, mientras que otras se han efectuado en diversos equipamientos o espacios de la ciudad de Zamora. La selección de una ubicación próxima a la mayoría de las personas participantes, que sirviese también como punto de referencia para los grupos, se cree fundamental para facilitar una rutina de participación clara (que generase poca confusión) para sus integrantes.

La implementación del programa ENCUENTROS ha consistido en el desarrollo de un mínimo de **10 sesiones** grupales de 120 minutos aproximados cada una (habiendo realizado algunos grupos hasta 14 encuentros a raíz de la autonomía que han tenido para trazar su propia ruta de actividad y la motivación en la participación).

La frecuencia, de forma mayoritaria, ha sido semanal, si bien, con el desarrollo del vínculo grupal se han dado sesiones extraordinarias de forma desigual en los grupos, llegando a realizar varias actividades en una única semana. Algunos grupos, por iniciativa propia, han alargado la intervención, sumándose actividades a los encuentros programados desde la supervisión del proyecto.

De forma complementaria a las sesiones grupales, también se han realizado una serie de actividades conjuntas en las que han participado los diferentes grupos de forma simultánea (meriendas conjuntas, visita al museo pedagógico, museo etnográfico, asistencia a congresos etc.) ofreciendo un espacio para la construcción de relaciones de reciprocidad entre personas de diferentes grupos y con el equipo técnico y personas voluntarias (júnior y sénior).

Las sesiones grupales han sido dinamizadas por dos personas voluntarias sénior que han desarrollado la función de FACILITADORAS. La conducción se ha dirigido a favorecer la participación, generando oportunidades para que expresasen sus sentimientos, opiniones y preferencias. De igual modo, se ha buscado especialmente el reconocimiento de las fortalezas de las personas participantes, así como de su singularidad.

Las sesiones, prediseñadas tienen como característica común “incitar” a la interacción sobre diferentes aspectos (soledad, participación, sentido de la vida), siendo el cumplimiento de la actividad flexible y sujeto al desarrollo escogido por el grupo. De este modo, se trata más de provocar la interacción que de dirigirla. En cuanto a las facilitadoras, se definieron desde un inicio dos roles diferenciados para el desarrollo de las sesiones, persona voluntaria Facilitadora Dinamizadora y Facilitadora Observadora, roles complementarios e intercambiables. Se resumen sus funciones en el siguiente cuadro:

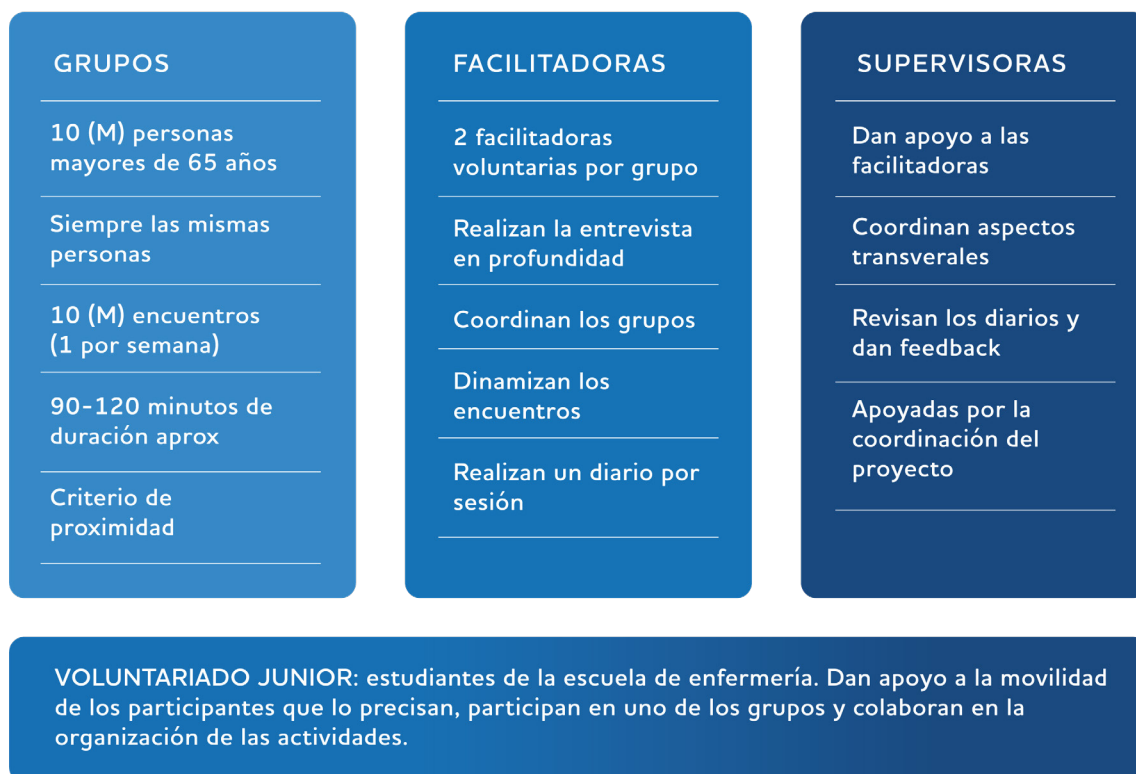


Cabe indicar que, de forma intencionada y tras decidirlo conjuntamente en una sesión con las personas voluntarias, se promueve la configuración de parejas mixtas en cuanto al género en la conducción de los grupos, argumentándose esta opción en la generación de oportunidades de identificación con las dinamizadoras/es por parte de las personas participantes. De este modo, hubo dos grupos mixtos y dos conducidos exclusivamente por mujeres (proporción debida al voluntariado disponible).

Cada grupo ha sido acompañado por una pareja de personas **SUPERVISORAS**, perfil ocupado por el equipo técnico de Escuela de Enfermería con la función principal de apoyo a las facilitadoras y de vinculación con la coordinación del proyecto. Cabe mencionar que, dado el alto número de personas participantes frente al voluntariado disponible, uno de los grupos fue directamente facilitado por dos profesionales de la Escuela de Enfermería.

Tal y como se ha explicado en apartados anteriores, durante el proceso de construcción colectiva con las personas voluntarias y el personal de la Escuela de Enfermería, emerge un cuarto agente (no previsto inicialmente) que, al igual que en otras fases del proceso, resulta fundamental para el desarrollo de los grupos. El **grupo de Voluntariado Júnior**.

A continuación, se muestra de forma visual las funciones de los principales agentes involucrados en el proceso de intervención grupal:



7.3. LA CAPACITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE FACILITACIÓN

Entre las intervenciones finalistas asociadas a una mayor eficacia para reducir la soledad se apuntan características como la intervención **grupal**, el realizar actividades **sociales y educativas** (no solo informacionales), que estén dirigidas a una población específica de **personas mayores**, que sean desarrolladas según un **marco teórico**, que utilicen **recursos comunitarios** existentes y que den **formación y apoyo** a las personas facilitadora, entre otras (Coll-Planas, 2017).

En este último sentido, vinculado a la capacitación y apoyo a la facilitación, desde el inicio del proyecto se han mantenido principalmente **cuatro canales de apoyo y comunicación con las personas voluntarias facilitadoras** destinadas a la activación de capacidades y el seguimiento.

1. **FORMACIONES.** Durante esta etapa, se han realizado **cinco sesiones formativas** con las supervisoras y las personas voluntarias facilitadoras (dos presenciales y tres en línea) con el objetivo de capacitar para la implementación de las sesiones, activar habilidades para la conducción de los grupos y consensuar detalles para el desarrollo del proceso. Dos de las sesiones se realizaron antes de comenzar la intervención grupal y las tres restantes en el transcurso del proceso, con objeto de ir adaptando las dinámicas y la capacitación a la realidad que se vivía en los grupos.

En estas sesiones se han establecido los principios de intervención, capacitado para el uso de las diferentes herramientas, así como mediado situaciones complejas resultantes de las múltiples interacciones que ha contenido el proceso comunitario. La formación ha sido complementada con la entrega de un **Dossier descriptivo**, a modo de guía, de las sesiones a las personas facilitadoras.

A continuación, se muestra de forma visual, la implementación de la formación con relación a la planificación de las sesiones.



Fuente: Martínez Pascual R. 2023

2. **DIARIO DE LOS ENCUENTROS.** Inspirado en Círculo de Amigos (Finlandia), diseñamos *ad hoc* un documento en línea y colaborativo (con acceso a facilitadoras, supervisoras y equipo de investigación) para ser cumplimentado por las personas facilitadoras después de cada sesión. En él se recogen diferentes dimensiones relacionadas con los ENCUENTROS, referentes a aspectos procedimentales, relacionales, reflexivos y organizativos.

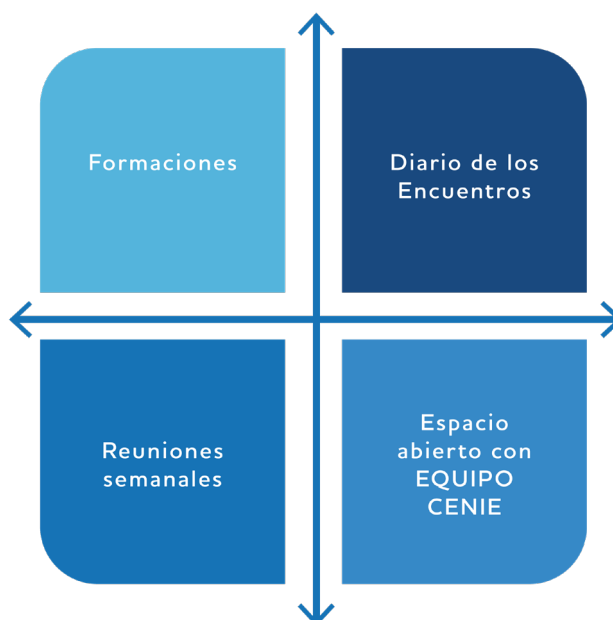
Esta herramienta ha sido altamente valorada por todos los agentes implicados en su implementación. Ha permitido hacer un ejercicio reflexivo de los ENCUENTROS, tener una comunicación fluida entre los diferentes niveles de la intervención, alertado sobre situaciones complejas y dado muestra de los logros y dificultades para la evaluación cualitativa del proceso. La plantilla utilizada para cada sesión puede consultarse en los anexos.

3. **REUNIONES SEMANALES.** De forma semanal, durante todo el proceso de intervención grupal, se ha realizado un encuentro online de seguimiento con las facilitadoras, supervisoras y el Equipo de investigación del CENIE. Este espacio ha sido multifuncional, pues ha servido para resolver aspectos organizativos, expresar malestares y dudas, resolver situaciones complejas que se han sucedido en los grupos, consolidar los

conocimientos compartidos en las formaciones, construir hilos y aristas del proceso de forma conjunta y dar cohesión y reconocimiento a las participantes implicadas.

4. **ESPACIO DE CONSULTA ABIERTO CON EQUIPO DE INVESTIGACIÓN PRINCIPAL DE CENIE.** Tanto desde la dirección de la Escuela de Enfermería como desde el equipo de investigación del CENIE, se ha establecido un canal abierto durante todo el proceso, un espacio de escucha y seguimiento personalizado, facilitando el apoyo siempre que ha sido requerido. Se considera fundamental tener puertas abiertas al abordaje individual en procesos con un alto componente relacional.

A continuación, se muestra un gráfico en el que se indican los diferentes canales de formación y seguimiento a la facilitación.



Fuente: Martínez Pascual R. 2023

7.4. LA ESTRUCTURA DE LOS ENCUENTROS. LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN

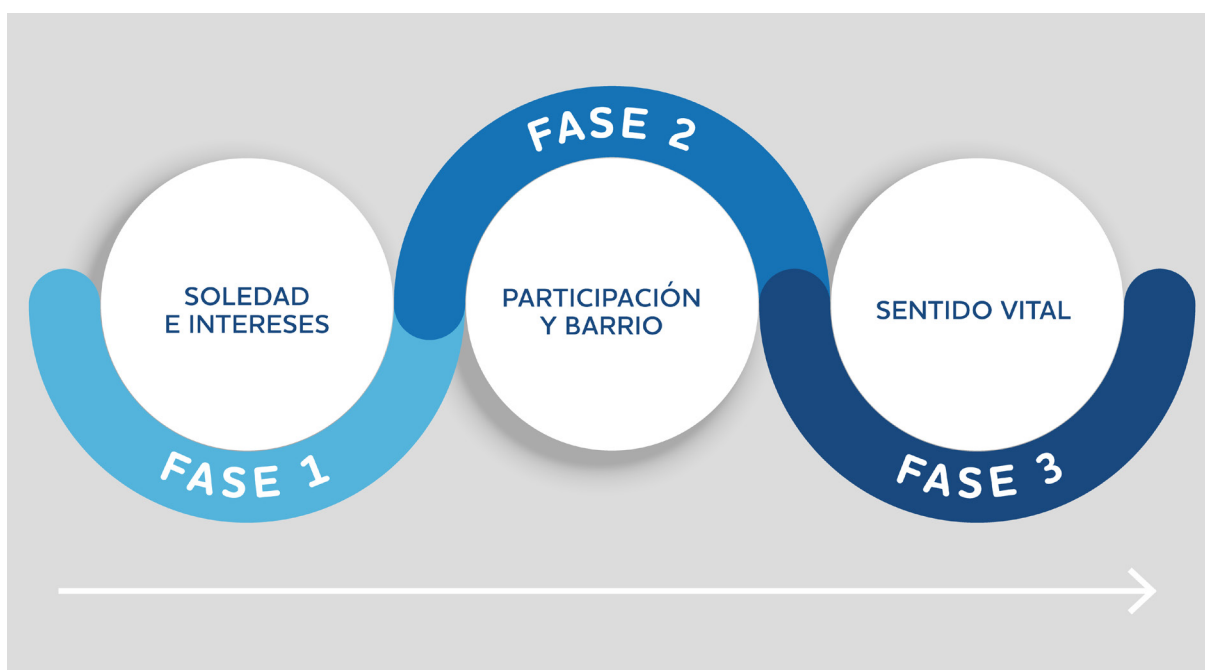
La intervención en un inicio se ha estructurado en 10 sesiones, que se corresponden con 3 fases.

En una **PRIMERA FASE** perseguimos abordar la **soledad** de forma abierta, dando la opción de situarse sobre la temática con la distancia, prisma e intensidad que cada participante haya considerado. La finalidad ha sido combatir el estigma y dotar de causalidad social al fenómeno.

En esta primera fase se han tratado también los **intereses** de las personas participantes, contribuyendo a conectar con el placer y con actividades gratificantes, fomentando una visión heterogénea del envejecimiento y reconociendo las preferencias y motivaciones de las integrantes. Las actividades comprendidas en esta fase han contribuido a generar confianza y cohesión grupal.

En la **SEGUNDA FASE** la intervención se ha centrado en dar a conocer y vincular con los recursos del **entorno comunitario**, fomentando la **participación**. Para ello se ha potenciado la toma de decisiones conjunta sobre actividades de proximidad preferidas, así como compartir aficiones y experiencias entre las personas participantes.

En una **TERCERA FASE**, tratando de ahondar en el conocimiento mutuo y el autoconocimiento, así como en enfocar la cotidianidad hacia la construcción del proyecto vital, se ha realizado un trabajo grupal a **la orientación a valores**, fomentando la **búsqueda de sentido vital** con ejercicios prácticos y personalizados.



Fuente: Martínez Pascual R. 2023

7.5. OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS POR FASE

A continuación, se exponen los objetivos principales de cada fase, una síntesis descriptiva de la actividad y diversos extractos de los Diarios de los Encuentros. Estos últimos dan muestra de la consecución de los objetivos generales por fase, y de los elementos discursivos aportados por las facilitadoras como observadoras. Se ejemplifica así la construcción progresiva del vínculo

(introducido con la categoría “Relaciones de reciprocidad”) y las relaciones de cooperación y reciprocidad entre las personas participantes (indicado con la categoría “Apoyo mutuo” en la Fase 1).

7.5.1. FASE 1. Sesiones 1-3: Inicio, conocimiento y formación del grupo

La primera fase de los Encuentros ha tenido por objetivo facilitar que se hable abiertamente de soledad, expresando sentimientos, opiniones, inquietudes y dudas en torno a distintas maneras de vivir la soledad. Este abordaje en primera instancia, recomendado en intervenciones previas como *Círculo de Amigos* o *Camins. De la soledat a la participació*, parece fomentar la desestigmatización y favorecer el reconocimiento del espacio como un entorno de confianza.

Así mismo, se ha potenciado mostrar una visión diversa del envejecimiento, validando las diferentes formas de vivir la vejez de las participantes y cuestionando el autoestigma que pudiese existir. En esta fase se ha indagado en los intereses de las personas participantes, nutriendo de nuevas motivaciones a partir de la puesta en común del grupo.

Todos estos objetivos se deben a la finalidad transversal de promover el conocimiento mutuo y empezar a crear cohesión grupal. A continuación, detallamos los objetivos específicos de esta fase.

Objetivos específicos de la Primera Fase.

SESIÓN 1.

1. Identificar en común diferentes tipos de soledad.
2. Reflexionar sobre la aparición de la soledad a lo largo del ciclo vital, y especialmente en la vejez.
3. Combatir el estigma y dotar de causalidad social al fenómeno.
4. Reconocer estrategias y recursos de afrontamiento ante la soledad.
5. Facilitar el conocimiento entre los participantes y empezar a crear cohesión.

SESIÓN 2.

1. Compartir aficiones y motivarnos mutuamente.
2. Conectar con el placer y las actividades gratificantes que nos interesan.
3. Reflexionar sobre las diferentes formas de participar y su relación con la soledad.

4. Facilitar el reconocimiento de intereses propios y la superación de barreras intrínsecas a partir de las experiencias grupales.
5. Promover el conocimiento mutuo y la identificación de intereses similares entre los participantes para favorecer la afinidad.

SESIÓN 3

1. Conocer las posibilidades de participación que nos brinda el entorno (equipamientos, barrio, ciudad).
2. Explorar la participación como una estrategia para afrontar la soledad.
3. Establecer objetivos grupales respecto a la participación en el barrio o ciudad.
4. Favorecer la relación informal entre los participantes para construir vínculos.
5. Facilitar la percepción del entorno como una oportunidad para la vinculación comunitaria.

Actividades de la PRIMERA FASE.

1. **Primera sesión:** Presentación del proyecto, objetivos del grupo y procedimiento de las sesiones. Análisis y reflexión participativa sobre la soledad.

2. **Segunda sesión:** Análisis y reflexión participativa sobre la participación. Detección inicial de intereses.

3. **Tercera sesión.** Elaboración conjunta de una cartera de recursos comunitarios de la zona. Detección de intereses de los participantes en función de los recursos del entorno. Decisión conjunta sobre planificación de actividades.

Extractos de los Diarios de los encuentros.

Correspondencia con los objetivos de la Fase 1.

En el siguiente cuadro se recogen algunos extractos de los diarios de los encuentros, copiados por las voluntarias facilitadoras, con relación a los objetivos generales de la primera fase.

Sobre los OBJETIVOS GENERALES DE LA PRIMERA FASE	
1- Facilitar que se hable abiertamente de soledad	<p><i>Los participantes debaten sobre la soledad tras pérdidas de seres queridos (parejas principalmente) a la hora de interpretar las fotografías.</i></p> <p><i>La gente se ha abierto a contar sus experiencias y mostrar distintas soledades (impuestas, deseadas, por problemas de dependencia).</i></p>
2- Mostrar una visión diversa del envejecimiento	<p><i>Les gusta conocer gente, dibujar, aprender, coser, leer, asistir a múltiples actividades (las que no pueden ir, es por la limitación que les produce su salud).</i></p> <p><i>Se genera gran conversación, sobre los valores de la vida que ellas vivieron en su juventud y la actual, manifestando los aspectos positivos y negativos de ambas.</i></p>
3- Indagar en los intereses de los participantes	<p><i>Una participante ha traído una muñeca con vestidos que ha hecho ella y otra ha traído unas poesías para recitarlas voluntariamente (sobre la amistad, la ilusión...) y nos han gustado mucho. El grupo ha valorado muy positivamente esta actitud.</i></p>
Sobre la CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO	
Relaciones de reciprocidad	<p><i>Dos de las participantes han entablado conversación entre ellas y han salido juntas del encuentro.</i></p> <p><i>Las dos participantes que salieron juntas el encuentro pasado, han venido juntas. Comunicación más profunda y fluida entre los participantes.</i></p> <p><i>Todos participan espontáneamente y aparecen otros temas de conversación que ayudan en la comunicación y un aumento de la confianza.</i></p> <p><i>Las personas se relacionan entre sí con mucha fluidez y van formando redes de amistad.</i></p> <p><i>Nos parece que todo va fluyendo con naturalidad entre las personas, sin necesidad de intervencionismo, por parte de las facilitadoras.</i></p>
Apoyo mutuo	<p><i>Se han observado grandes muestras de apoyo por parte de los participantes a los demás miembros a medida que iban contando acontecimientos del tipo "estoy a su disposición para cualquier cosa que usted necesite".</i></p> <p><i>Se cambian próximos encuentros a las 17h por unanimidad de los asistentes, se busca solución a los problemas de movilidad de una asistente (silla de ruedas).</i></p>

7.5.2. FASE 2. Sesiones 4-6: descubrimiento de recursos comunitarios de participación.

En esta segunda fase, partiendo de un conocimiento más profundo entre los miembros de los grupos, nos centramos en el abordaje del sentimiento de soledad a partir la vinculación a la comunidad. Para ello se diseñaron previamente varias dinámicas participativas que permitieron intercambiar el conocimiento, la reflexión conjunta y poner en común los recursos del entorno.

Además, en esta fase ha sido imprescindible promover la toma de decisiones grupal. Esta vinculación a la comunidad a través de la participación en actividades también ha tenido por objetivo brindar un espacio informal de relación, en el que cual las personas facilitadoras han tenido un rol secundario como acompañantes para que las interacciones entre participantes se pudiesen ir desarrollando del modo más natural posible.

Asimismo, se ha continuado favoreciendo un espacio de conocimientos y aficiones compartidos, que generen vínculos basados en intereses comunes y que otorgue reconocimiento a las personas participantes (a partir de sus preferencias, reflexiones e historias de vida). Así, además de realizar diferentes visitas a espacios y recursos de proximidad, se han celebrado actividades en el espacio habitual que han dado muestra de las aficiones e intereses de las personas participantes.

En esta segunda fase, por tanto, se ha tratado de reconocer las oportunidades de participación el entorno, acompañarse mutuamente en la participación (pues en ocasiones la propia soledad es una barrera para romper con la inactividad) y fomentar las relaciones de reciprocidad, generadoras de un vínculo más profundo.

Objetivos específicos de la Segunda Fase.

SESIÓN 4

1. Compartir las experiencias de participación practicadas por los miembros del grupo.
2. Descubrir nuevos intereses y motivaciones personales.
3. Fomentar el sentimiento de pertenencia al entorno.
4. Favorecer el conocimiento mutuo y facilitar la interacción.
5. Apoderar a las personas participantes como conductoras de la actividad.

SESIÓN 5

1. Valorar conjuntamente la actividad realizada en la sesión anterior.
2. Favorecer la percepción de la participación como una respuesta a la soledad.
3. Promover el autoconocimiento y la identificación de intereses personales.
4. Fomentar el sentimiento de grupo y la cohesión grupal.
5. Establecer objetivos conjuntos respecto a la participación en el barrio o ciudad.

SESIÓN 6

1. Compartir las experiencias de participación practicadas por los miembros del grupo.
2. Descubrir nuevos intereses y motivaciones personales.
3. Fomentar el sentimiento de pertenencia al entorno.
4. Favorecer el conocimiento mutuo y facilitar la interacción.
5. Apoderar a las personas participantes como conductoras de la actividad.
6. Facilitar el conocimiento entre los participantes y empezar a crear cohesión.

Actividades de la SEGUNDA FASE.

4. **Cuarta sesión.** Visitas acompañadas por las personas voluntarias a recursos del entorno.

5. **Quinta sesión.** Reflexión sobre la salida anterior y organización de la actividad siguiente.

6. **Séptima sesión.** Actividad grupal cultural, de ocio, informativa...

Extractos de los Diarios de los encuentros.

Correspondencia con los objetivos de la Fase 2.

En el siguiente cuadro se compilan algunos extractos de los diarios de los encuentros, recogidos por las voluntarias facilitadoras, con relación a los objetivos generales de la segunda fase. Así, se pretende dar cuenta de forma cualitativa, de la consecución de los objetivos planteados.

Sobre los OBJETIVOS GENERALES DE LA SEGUNDA FASE	
1. Participación en los recursos del entorno.	<i>A la hora acordada las 6 participantes del grupo estaban a la puerta del museo para comenzar la visita, muy motivados por la nueva experiencia aún sin saber cómo se desarrollaría.</i>
2. Promover la identificación de intereses personales.	<i>El Participante_{n1}, que tiene muchos conocimientos de Historia y otras materias, se ofrece para acompañar y explicar en alguna actividad que se proponga.</i> <i>Proponen actividades que le gustan a cada uno: Caminar, manualidades, piscina, Tay Chi, visitas culturales, visita al periódico La Opinión, Museo Provincial, Visita a Toro (excursión), Museo Pedagógico. No se coincide en apenas ninguna de las propuestas, pero sí todos muestran interés por las visitas culturales y a museos.</i>
3. Reconocimiento de la historia de vida.	<i>El clima de la visita ha sido muy bueno. Los participantes han contado anécdotas de sus años en la escuela, de los útiles que usaban, desempolvado recuerdos...y escuchado atentamente las explicaciones.</i> <i>Todos participan contando experiencias muy personales.</i>
Sobre la CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO	
Relaciones de reciprocidad	<i>Las dos mujeres que en el primer encuentro salieron juntas se intercambian los teléfonos.</i> <i>Se continúa observando la afinidad de entre personas del mismo sexo y características vitales similares (mujeres y viudas).</i> <i>Hemos notado muestras de complicidad y unión en el grupo gracias al tema de las vivencias compartidas.</i> <i>Dos de nuestras participantes han quedado para salir a pasear aprovechando que viven cerca.</i> <i>Participantes de diferentes grupos entablan tan buena relación que incluso se fueron juntos/as.</i>

7.5.3. FASE 3. Sesiones 7-10: Orientación a valores, evaluación y decisión de futuro de grupo

En esta tercera fase nos centramos en potenciar el autoconocimiento y la orientación a la búsqueda de sentido vital. Más allá de potenciar las relaciones como medio para abordar la soledad no deseada, y considerando que la soledad también está vinculada a la falta de esperanza, al vacío existencial, a la desconexión con el proyecto vital, en esta fase nos centramos en hacer un ejercicio práctico de búsqueda de valores personales. Estas dinámicas han permitido el reconocimiento entre las personas participantes, reforzando las fortalezas de los miembros del grupo. Además, en la última fase se ha estimulado la evaluación cualitativa del proceso y se ha abordado la continuidad del grupo.

Objetivos específicos de la Tercera Fase.

SESIÓN 7

1. Promover la búsqueda del sentido vital en situaciones de soledad no deseada.
2. Orientar a la identificación de valores personales y al autoconocimiento.
3. Favorecer una visión heterogénea del hecho de envejecer.
4. Profundizar en la cohesión grupal a partir del conocimiento de los valores de los participantes.

SESIÓN 8

1. Poner en valor los principios de cada persona y conectar con sus fortalezas.
2. Reflexionar conjuntamente sobre asuntos vitales.
3. Identificar discrepancias entre nuestros valores y el grado en que están presentes, en la práctica, en nuestra vida.
4. Profundizar en la cohesión grupal a partir del intercambio.

SESIÓN 9

1. Favorecer el ejercicio de la planificación vital considerando los intereses únicos de cada persona.

2. Establecer metas propias que den sentido a nuestros principios.
3. Reconocer las áreas de nuestra vida en que tenemos una alta consistencia con nuestros valores.
4. Reflexionar sobre cómo, ante los cambios que nos puedan suceder, podemos seguir fomentando nuestros valores.
5. Establecer compromisos personales a través del grupo y, en algunos casos, incluso en grupo.

SESIÓN 10

1. Revisar la consecución de la actividad anterior, si procede.
2. Valorar de forma conjunta la experiencia de participación en el proyecto.
3. Transitar hacia a la autonomía y el apoderamiento del grupo y sus miembros.
4. Reconocer las características personales positivas de los miembros del grupo, favoreciendo la autoestima y el vínculo interpersonal.
5. Reconocer y agradecer el compromiso de los participantes y sus contribuciones al grupo.

Actividades de la TERCERA FASE.

7. **Séptima sesión** Identificación de valores personales y planteamiento de reflexión meditada (intersesiones).

8. **Octava sesión.** Exposición de valores y el porqué de su importancia. Revisión del desarrollo en la vida de los participantes de cada valor. Identificación de incongruencias.

9. **Novena sesión.** Establecimiento de metas personales o grupales y compromisos a corto plazo.

10. **Décima sesión.** Valoración de la actividad y continuidad.

Extractos de los Diarios de los encuentros. Correspondencia con los objetivos de la Fase 3.

A continuación, se recogen algunas citas de los diarios de los encuentros, relatadas por las voluntarias facilitadoras, que ejemplifican la consecución de los objetivos de la tercera y última fase.

Sobre los OBJETIVOS GENERALES DE LA TERCERA FASE	
<p>1. Ejercicio de autoconocimiento y orientación al sentido vital.</p>	<p><i>Participante_{n1}. El segundo valor asignado es Educación y Formación. Le gusta leer, va a teatro (actúa), escuchar entrevistas interesantes. Valora este apartado con un 6.</i></p> <p><i>Participante_{n2}. El valor asignado es RELACIONES FAMILIARES. Vive solo, no tiene contacto con la familia, a la que añora, a pesar de lo cual no intenta mantener el contacto. Irá al pueblo a pasar la Semana Santa con un hermano. Puntuación de 6.</i></p> <p><i>Nos llama la atención que en esta sesión todos han puesto como valor en 1er lugar la Formación, antes que la Salud, pese a su edad y por otra parte la importancia que le dan a las Relaciones de pareja, aunque ninguno de los participantes la tienen actualmente por viudez, ni manifiestan intención de tenerla.</i></p>
<p>2. Favorecer el conocimiento y reconocimiento mutuo.</p>	<p><i>Las aportaciones han sido muy positivas recordando las vivencias de la infancia.</i></p> <p><i>Participante_{n4}. dice que la soledad es agobiante y triste en casa en algunos momentos. Dice que no ha estudiado y no tiene cultura. Lo decimos que posee una gran formación en la vida pues tiene pensamiento crítico y es buena persona. Y conciliador con su familia por detalles que ha contado en otros encuentros.</i></p> <p><i>Le reforzamos la idea de que nos parece una mujer abierta y participativa.</i></p> <p><i>Surgen temas de actualidad a nivel nacional y de nuestra ciudad. Todos los participantes del grupo toman su turno de palabra libremente, respetándose unos a otros, construyendo así, un espacio de conversación tranquilo y enriquecedor, aportando cada uno sus vivencias y opiniones sobre los temas que se trataron.</i></p>

<p>3. Evaluar el proceso y la continuidad.</p>	<p><i>Respecto al futuro del grupo todos los asistentes están con ganas de continuar.</i></p> <p><i>El grupo se cohesiona y se nota cada día más espontaneidad en los diálogos.</i></p> <p><i>La Participante³ se han ofrecido para colaborar en el desarrollo de posteriores encuentros (tema que trataremos en la sesión final).</i></p> <p><i>Dicen encontrarse a gusto en el grupo y que no les importaría continuar.</i></p> <p><i>Hay un buen ambiente y ganas de continuidad.</i></p> <p><i>Todos están de acuerdo en seguir manteniendo relación.</i></p> <p><i>Hablamos de la continuidad del grupo para cuando se acaben las sesiones previstas y todos están de acuerdo en continuar.</i></p> <p><i>La Participante⁵ invita a todos a ver una película de cinefórum en una asociación de la ciudad.</i></p> <p><i>Todos están muy satisfechos con las actividades realizadas.</i></p> <p><i>Nos preocupa el final del ciclo. Las personas están muy vinculadas a nosotras y el objetivo es que sean autónomos, que se autogestionen. Quizás no lo hemos enfocado de forma adecuada.</i></p> <p><i>La Participante⁶ manifiesta que ella quiere continuar, que le hemos ayudado muchísimo.</i></p>
<p>Sobre la CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO</p>	
<p>Relaciones de reciprocidad</p>	<p><i>Ambiente distendido y abierto, muy participativo, con clima de confianza y relación más estrecha.</i></p> <p><i>Aumenta el grado de confianza y relación entre los asistentes.</i></p> <p><i>Se abren a contar situaciones más personales, mayor clima de confianza.</i></p> <p><i>Hablan unos con otros a la salida y la entrada.</i></p> <p><i>No ha venido la cuidadora a recoger a Participanteⁿ⁷ y se ha ido con Participanteⁿ⁸, junto con las alumnas.</i></p> <p><i>Los vínculos observados son las conversaciones que surgen entre ellos, antes de comenzar la sesión y a la salida de ésta. Algunos se han intercambiado los números de teléfono.</i></p> <p><i>Se observan signos de amistad en el grupo.</i></p> <p><i>Una de las participantes, ha descrito una importante conexión en el grupo, se ha referido a ello como “algo bonito que ha surgido entre nosotros y que tenemos una relación de confianza que, si nos vemos por la calle, tenemos alguien con quien hablar”.</i></p>

PARTE 3

Conclusiones y aprendizajes



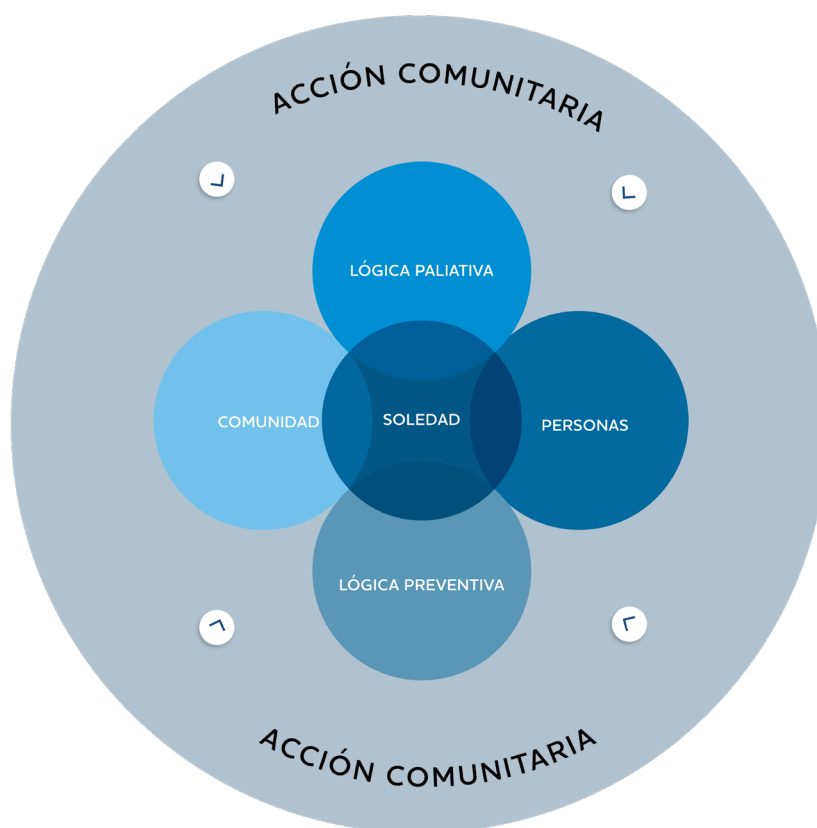
8. ¿Qué hemos aprendido?

Si bien la soledad es un fenómeno sobre el que, fundamentalmente la psicología, ha investigado y profundizado desde la década de los 70, su abordaje podría calificarse de parcial, ya que el foco ha estado mayormente en la comprensión de la vivencia desde una perspectiva fundamentalmente individual. Sin duda, los aportes han generado increíbles avances y grandes aprendizajes sobre el constructo, la subjetividad y su impacto en la salud y la calidad de vida de las personas (entre otros muchos). Hoy ya sabemos que intervenir en soledad es intervenir en salud y en calidad de vida. En términos de coste económico, la soledad está asociada a un aumento del coste social y sanitario, y en cuanto al ámbito puramente sanitario, se asocia directamente con un aumento de uso de recursos, tanto de atención primaria como hospitalaria (Coll Planas L. 2017).

Teniendo esto en cuenta, es lógico que en la actualidad la soledad ya sea objeto de las políticas públicas. A pesar de ello, varios autores (Cattan y White 1998) apuntan que existe cierta desconexión entre la investigación y la práctica, y si bien el análisis de la soledad se ha abordado de forma científica, no ocurre lo mismo en el caso de las intervenciones, y no todas cuentan con una metodología que apoye empíricamente su eficacia (Pinazo Hernandis S. 2020). Del mismo modo, la literatura empírica adolece de profundidad en el análisis de las causas más macrosociales que puede haber detrás de la emergencia del sentimiento (ver apartado 1.4) y, aun cuando varios estudios concluyen que existe cierto potencial en la intervención con un enfoque comunitario, tampoco se ha profundizado sobre el potencial de la Acción Comunitaria para su abordaje.

El objeto de esta investigación empírica ha sido precisamente acortar la distancia entre la investigación y la práctica, y abordar la soledad de forma específica y directa con un enfoque de políticas públicas, atendiendo a la complejidad del fenómeno en el territorio, y abordando la vivencia de las personas de forma concreta, en el entorno social y comunitario en el que desarrollan sus vidas.

A lo largo del informe hemos visto como en nuestra propuesta, incluimos, de forma innovadora, la integración de diferentes planos de intervención: el comunitario y el personal/individual. El objetivo no es otro que trascender de una lógica paliativa a una lógica preventiva de la acción/intervención, haciendo frente no únicamente a la vertiente relacionada con las causas que se ubican en la esfera más intrapersonal e interpersonal de los individuos, sino atendiendo también a las causas más macrosociales. Y usando en todo momento las herramientas que nos ofrece la Acción Comunitaria como acicate y palanca de cambio.



Fuente: Sala Mozos E. 2023

Para ello, hemos llevado a cabo un proceso compuesto por 8 fases (ver apartado 3.3), a su vez, se componen de estrategias y acciones que se integran en los diferentes planos de intervención de un mismo modelo (ver apartado 4): las tres primeras forman parte del proceso realizado con la comunidad (bases para el proceso comunitario, diagnóstico y voluntariado, sensibilización y activación del tejido comunitario), las cuatro últimas se centran en el proceso realizado con las personas (la comprensión de la vivencia, la identificación del apoyo adecuado, la intervención grupal y la evaluación del impacto de la intervención grupal en el sentimiento de soledad y el aislamiento de las personas). Entre medias de ambos procesos se ubica la cuarta fase, la detección de las personas en situación de riesgo de sentir soledad.

En los siguientes apartados se describen las principales conclusiones y aprendizajes obtenidos en cada una de las fases del proceso.

8.1. FASE 1. LAS BASES PARA EL PROCESO COMUNITARIO

En las bases de cualquier acción comunitaria siempre de haber **un liderazgo claro y fuerte, que permitirá y facilitará la participación e implicación de los diferentes agentes del territorio.**

A partir del **liderazgo de la Escuela Universitaria de Enfermería, hemos podido corroborar cómo si este se ejerce desde un espacio neutral a ojos de la comunidad, conocido y reconocido por diferentes agentes de la ciudad, facilita el desarrollo del proceso, la participación de los diferentes agentes, y la consolidación de los procesos.** Es importante comprender que el ejercicio de un liderazgo claro y fuerte será indispensable en el desarrollo de cualquier proceso comunitario, ya que, si no es así, el proceso se irá debilitando con el tiempo.

El hecho de que, además, la disciplina vertebradora de la acción haya sido la enfermería, ha generado más activos y resultados de los que esperábamos en un inicio: por un lado, por la proyección que las personas mayores hacen en la figura de la enfermera (como agente de confianza y seguridad), por el otro, por la lógica de cuidado, inherente a la enfermería, que ha regido el proceso y las acciones de forma natural y fluida. En otro sentido, por la traslación que ha facilitado de la experiencia a entornos sanitarios y de salud que habitualmente son ajenos a este tipo de acciones o proyectos. Finalmente, por los activos que ha generado tanto a escala comunitaria como a escala de voluntariado sénior (el hecho de que sean enfermeros jubilados ha favorecido el proceso en muchos aspectos y añadido valor a todas las acciones realizadas) y júnior (la incorporación de la perspectiva intergeneracional ha generado un valor añadido tanto en el proceso comunitario como en el proceso llevado a cabo con las personas).

Si bien todo lo mencionado nos muestra que el rol de la enfermería en procesos comunitarios que tienen que ver con las personas mayores es fundamental, para ejercer liderazgo claro y fuerte en un proceso de estas características, no es imprescindible pertenecer a la enfermería o un entorno universitario, sino que **lo importante es identificar un QUIÉN ESTRATÉGICO neutral y que cuente con el reconocimiento de la comunidad en cada territorio.** A su vez, será **necesario entender el equipo como una plataforma, un espacio dinámico que debe ir nutriéndose a lo largo del proceso para poder ir generando relaciones de complicidad y convertirse en el referente claro, conocido y reconocido, de la iniciativa que se quiere llevar a cabo.**

A partir de la consolidación del liderazgo en la comunidad, podremos establecer unas bases de confianza y complicidad hacia la causa que pretendemos abordar (LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES), pero para ello, también deberemos desarrollar una estrategia relacional que facilite la cooperación y la generación de procesos compartidos e integrados en la comunidad. A lo largo del proceso hemos sido capaces de identificar ciertos activos a escala comunitaria, y ello nos ha permitido facilitar la participación de varios agentes (públicos

y privados) desde su capacidad de acción (entre los activos generados podemos destacar la definición de circuitos de derivación de situaciones de riesgo, el apoyo para la creación de diferentes estructuras etc.), no obstante, el tiempo dedicado a la estrategia relacional y consolidación de alianzas no ha sido suficiente y, por consiguiente, la generación de procesos compartidos y participados por diferentes agentes ha sido residual.

Constatamos por lo tanto la necesidad de adaptar los tiempos y recursos destinados a la consolidación de las bases para el desarrollo de un proceso comunitario a la realidad territorial y comunitaria de cada lugar, atendiendo a la idiosincrasia, y cultura participativa, comunitaria y de cooperación existente en cada territorio. Un buen diagnóstico nos permitirá observar estos aspectos, y, si lo que pretendemos es que los procesos se traduzcan en organizaciones participativas y comunitarias estables y sostenibles en el tiempo, deberemos adaptar los recursos y los tiempos a cada una de las realidades.

De forma complementaria, es importante garantizar una estructura comunitaria, compuesta por diferentes niveles de implicación, que siempre deberán estar interconectados entre sí. En el marco de cualquier proceso comunitario, los espacios de toma de decisión conjuntas y de coordinación son indispensables para garantizar la conexión y permeabilidad entre los diferentes niveles de implicación, así como la construcción colectiva del proceso.

Con esta finalidad, se considera necesario diferenciar entre decisiones estratégicas, tácticas y operativas. Las primeras han sido reflexionadas entre el equipo investigador del CENIE y el Líder Comunitario (EUEMIFER) y contrastado, en todo momento, con el equipo de voluntariado, garantizando siempre los espacios de deliberación individual y conjunta. El resto, fomentando la autonomía y autogestión, se han ido tomando con la implicación de las personas que lo requerían en cada uno de los espacios.

En aras de garantizar la comunicación entre los diferentes espacios, también es importante diseñar las herramientas colaborativas que se considere necesario. En este caso, han sido herramientas colaborativas *on line* sobre las cuales se han ido volcando las acciones realizadas en cada una de las fases del proceso, incluyendo las percepciones de las personas voluntarias. Complementariamente, en los espacios de coordinación semanales se han supervisado las cuestiones anotadas y ello ha permitido la reconducción de los procesos siempre que ha sido necesario. Cabe anotar que se han establecido espacios de coordinación complementarios siempre que se ha considerado necesario.

La revisión conjunta de cada una de las fases y los espacios de toma de decisiones conjuntos son clave en un proceso comunitario y de construcción colectiva.

Por último, tampoco debe dejarse de lado la importancia del acompañamiento y capacitación continuada de las personas implicadas en cada una de las fases para garantizar la sostenibilidad del proceso. Cabe destacar que se han abordado aspectos como el liderazgo, la facilitación de grupos, la participación y acción comunitaria y la soledad, entre otros.

8.2. FASE 2. EL DIAGNÓSTICO

Un proceso de investigación fundamentado en la IAP requiere la realización de un diagnóstico que nos marque una “casilla de salida”, y nos facilite un escenario inicial sobre el que colocarnos y articular la propuesta de análisis y de cambio. Esto es, [un buen diagnóstico nos permitirá dibujar una hoja de ruta que nos indique la dirección hacia la cual debemos caminar](#). Ahora bien, [en el marco de un proceso comunitario, siempre deberemos entender esa hoja de ruta como un documento vivo y dinámico que, sin perder los objetivos de vista, deberemos ir reformulando en la medida que vamos avanzando en el proceso](#).

Un ejemplo para ilustrar esta idea: en un inicio, y según los resultados obtenidos durante el diagnóstico, se establecieron dos zonas prioritarias de actuación en la ciudad, San José Obrero y San Lázaro por un lado y Tres Cruces-Centro por el otro. Se trataba de delimitar una zona de actuación que fuera de una dimensión asumible, y que nos permitiera articular el proceso a partir de identidades de barrio. Las zonas identificadas presentaban características muy diferentes que nos permitirían generar aprendizajes en diferentes direcciones. San José Obrero y en menor medida, San Lázaro, son zonas de la ciudad con una vida comunitaria y redes vecinales activas, mientras que en la zona de Centro y Tres Cruces esta es mucho más débil y, por lo tanto, construir procesos comunitarios podría resultar más complejo. A su vez, la zona de Tres Cruces-Centro tiene un índice bastante más alto de envejecimiento que San José Obrero o San Lázaro.

En el proceso llevado a cabo, hemos podido ir observando como la identidad comunitaria y de barrio, en una ciudad del tamaño y características de Zamora, no es tan determinante a la hora de configurar la realidad participativa de las personas mayores y, por otro lado, las personas que han mostrado interés en participar en el proyecto pertenecen a diferentes zonas de la ciudad, siendo la mayoría de la zona de Tres Cruces-Centro y Los Bloques.

Por estos motivos, durante la implementación del proceso comunitario, se han ido desdibujando los límites establecidos a partir del diagnóstico, y ampliando las acciones al resto de la ciudad. En la misma línea, la Escuela Universitaria de Enfermería (ubicada entre Las Viñas y Los Bloques) se ha ido convirtiendo en el centro neurálgico de la intervención grupal y las actividades realizadas con el voluntariado. Así las cosas, [partir de los aspectos identificados en el diagnóstico, pero atender a las circunstancias que se van dando durante el proceso, no solo nos ha permitido abarcar más territorio, sino llegar a más personas](#).

8.3. FASE 3. EL VOLUNTARIADO, LA SENSIBILIZACIÓN Y LA ACTIVACIÓN DEL TEJIDO COMUNITARIO

La implicación del [voluntariado sénior](#) en el proceso de investigación se ha enmarcado con una doble finalidad: por un lado, para dar respuesta a las necesidades que plantea el proceso de intervención tanto a escala comunitaria como en relación con las personas mayores que sienten soledad. Pero por el otro, [en clave preventiva, con objeto de aumentar el capital social de las personas que lo ejercen y dotar de conocimiento y estrategias de afrontamiento que permitan un aumento de su capacidad y resiliencia ante futuras posibles situaciones de soledad y/o aislamiento. Con esta finalidad hemos desarrollado un proceso de acompañamiento y capacitación a lo largo de todo el proceso, y hemos podido comprobar que efectivamente, realizar ese acompañamiento, no solo es importante o necesario, sino clave.](#)

Es importante destacar cómo, en términos de [GENERATIVIDAD](#), las personas voluntarias han contribuido de forma sustancial a la mejora de la realidad en la que han participado y esto, ha repercutido positivamente en ellas. Por lo tanto, [incluir este enfoque en la acción voluntaria](#), parecería indispensable o cuando menos, importante si pretendemos incluir la lógica preventiva en la acción. Asimismo, en todo momento hemos trabajado buscando [la reciprocidad de las relaciones y la horizontalidad, tanto con el equipo investigador y técnico, como con las personas participantes, huyendo de las jerarquías y entendiendo esa reciprocidad como la lógica que debe regir cualquier proceso comunitario y relacional](#) (Fantova F. 2017). Este enfoque, también resultaría indispensable en el marco del abordaje de la soledad, en la medida en la que puede tener una repercusión con relación a la expectativa de RESPETO en las relaciones, ya que sus contribuciones han sido valoradas y sus consideraciones respetadas y atendidas en todos los procesos de toma de decisiones.

Cabe señalar que la labor realizada ha requerido de una intensidad en su implicación, y, en consecuencia, un sobreesfuerzo por parte de las personas voluntarias que, al acabar el ciclo de intervención grupal, han manifestado la necesidad de descanso y su voluntad de no continuidad. Sin embargo, también es importante anotar que casi todas las personas implicadas han manifestado verse motivadas y capacitadas para trasladar el conocimiento adquirido a otras personas y por lo tanto, a pesar de la importancia de reconsiderar la intensidad y revisar los procesos en este sentido, puede plantearse un ciclo de trabajo que permita que las personas vayan trasladando y compartiendo su conocimiento con otras, de forma que se puedan generar nuevos equipos de personas voluntarias, y podamos garantizar una sostenibilidad de la acción voluntaria en el medio y largo plazo.

En este punto, también es importante apuntar los aprendizajes generados a partir de [la incorporación de una mirada intergeneracional a través del voluntariado junior](#), que, a priori, no se contemplaba. La implicación de un grupo de voluntariado formado por estudiantes de

enfermería ha supuesto un valor añadido y ha generado un impacto agregado en términos de capital social y generación de conocimiento en dos direcciones complementarias:

- Con relación a las personas mayores:
 - A través del apoyo instrumental ofrecido por los estudiantes, las personas con limitaciones funcionales han podido participar de las actividades y encuentros en igualdad de condiciones que el resto. Cabe anotar que, si bien se buscó obtener un apoyo instrumental desde el SAD municipal, la configuración del servicio (horarios etc.) dificultaban la realización de la actividad, siendo la única alternativa para garantizar la igualdad en términos de seguridad y confort, la participación de personas voluntarias.
 - Ha permitido el desarrollo de la generatividad eriksoniana en el marco de actividades que han compartido las personas mayores que sienten soledad con las estudiantes de enfermería.

- Con relación a las personas jóvenes:
 - Ha tenido un impacto en su proceso de crecimiento personal y profesional.
 - Ha facilitado procesos de sensibilización y toma de conciencia sobre aspectos que tienen que ver con el envejecimiento, la accesibilidad, la soledad, el ciclo de la vida etc.

En general, podemos concluir que la incorporación de esta mirada intergeneracional ha facilitado el establecimiento de relaciones de reciprocidad y apoyo mutuo entre personas de diferentes generaciones, rompiendo tabúes sobre las percepciones que pueden tener unas generaciones sobre otras y facilitando el tránsito hacia una sociedad menos *etapista* y menos segregada por edades. Por todo ello, a pesar de no considerarse indispensable, podemos concluir que **la inclusión de una mirada intergeneracional en los procesos comunitarios es altamente recomendable. Y más aún si con esos procesos, se pretende hacer frente a la soledad no deseada de las personas mayores.**

Con relación a **la sensibilización**, de igual modo que la consideramos indispensable para facilitar tanto la detección como para aumentar el capital social y relacional de las comunidades, no parece que hayamos dado con el “mensaje” más adecuado ni en un sentido ni en el otro. En otras palabras, creemos que desarrollar campañas destinadas a desestigmatizar la soledad y a contemplarla como un sentimiento inherente a la vida, puede facilitar la detección de las personas que conviven con el sentimiento, así como su expresión y normalización. En este sentido, creemos de vital importancia reflexionar sobre el mensaje principal y ahondar sobre cuál es el más adecuado. Desafortunadamente, **no tenemos elementos que nos ayuden a valorar si hemos favorecido el autoestigma y autorepliegue por parte de las personas que sienten soledad, o si, por el contrario, hemos favorecido una normalización del sentimiento y un mayor acercamiento al programa.**

Por otro lado, a pesar de que podemos presumir que las entrevistas, conferencias y cuñas de radio pueden haber favorecido un aumento del capital social y relacional en la ciudad, no tenemos elementos o indicadores que nos demuestren si realmente ha sido así.

Finalmente, en lo referente a la [activación del tejido comunitario](#), las conclusiones y aprendizajes son muy parecidos a los desarrollados en el apartado 9.1 con relación a la fase 1. A través de la participación voluntaria y la reacción de diferentes agentes comunitarios (parroquias, farmacias, etc.) hemos podido observar cómo realmente, [la ayuda mutua y el apoyo vecinal son valores que siguen formando parte de nuestra cultura profunda, y que las comunidades “se activan” para actuar desde la corresponsabilidad cuando se establecen las vías para ello](#). Sin embargo, para garantizar una participación activa, continuada y sostenible en el tiempo, también es preciso “acompañar” a las comunidades en el medio y el largo plazo.

Al no haber podido dedicar el tiempo y los recursos necesarios a esta actividad, a pesar de los activos generados (circuitos de derivación, difusión etc.) la participación no ha sido constante y podemos calificarla de desigual a lo largo del proceso. Por este motivo, constatamos [la necesidad de acompañar a la comunidad para garantizar la sostenibilidad de las redes de corresponsabilidad en el medio y largo plazo. Para ello, es necesario adaptar los tiempos y recursos destinados a la activación del tejido comunitario a la realidad territorial y comunitaria de cada lugar, atendiendo a la idiosincrasia, y cultura participativa, comunitaria y de cooperación existente en cada territorio](#).

8.4. FASE 4. LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE RIESGO DE SENTIR SOLEDAD

La experiencia acumulada en otros procesos comunitarios y proyectos, constatan que la identificación de las situaciones de soledad no es sencilla, y menos aún propiciar que las personas se acerquen a la iniciativa o programa, con intención de hacer frente a la situación.

A lo largo del proceso hemos podido observar cómo se trata de un sentimiento rodeado de estigma social y autoestigma, y este hecho no facilita ni su reconocimiento, ni su expresión. Por este motivo, hemos pensado que la combinación de medidas de sensibilización general, con la activación del tejido comunitario y la instalación de puntos informativos, podrían facilitar la expresión del sentimiento y el acercamiento al programa de las personas mayores que conviven con él al programa.

Por un lado, ya hemos visto cómo la campaña ha tenido un efecto acotado (ver apartados 5.4, y 8.3). Por otro lado, a partir del retorno de las personas voluntarias con relación a las actividades informativas en los Centros de Salud, también hemos podido observar cómo “romper” la barrera

no ha sido sencillo. A pesar de las dificultades detectadas, sí consideramos importante destacar algunas conclusiones y aprendizajes que podrán facilitar el desarrollo de esta fase en acciones y proyectos futuros:

- Tal y como se ha comentado en los párrafos anteriores, **creemos fundamental desarrollar campañas de difusión y sensibilización destinadas a desestigmatizar el sentimiento de soledad. No obstante, es preciso analizar los mensajes e identificar el más adecuado para conseguirlo.**
- Instalar los **puntos informativos en un espacio recurrente para las personas mayores**, los centros de salud, **y en un momento de gran afluencia**, durante la campaña de vacunación, sin duda, ha dado mucha visibilidad al proyecto y ha permitido que las personas mayores conozcan la iniciativa y empiecen a familiarizarse con ella.
- **La detección de la soledad o de las situaciones de soledad no deseada, a diferencia de otras situaciones de vulnerabilidad, no se limita a un momento único del proceso en el que se determina de forma dicotómica si la persona se siente sola o no.** Según la experiencia vivida, podemos describirla más bien como un proceso en el que en una primera fase, se rompe una barrera y la persona muestra cierto interés en el programa, en ese momento podemos decir que detectamos una situación de riesgo de soledad, pero no necesariamente soledad en sí. En una fase posterior, la persona se acerca al programa y a partir del uso de las herramientas correspondientes (cuestionarios y entrevistas) podemos determinar si realmente el riesgo de sentir soledad es alto o bajo. Es posible que en ese momento la persona exprese de forma directa o indirecta, que siente soledad, pero también, que la expresión del sentimiento se produzca a posteriori, en el espacio de seguridad y confianza generado en el propio programa o no se produzca.
- El papel de **la enfermera de atención primaria se ha considerado clave en esta fase**, ya que en el momento que ha desarrollado un papel activo, animando a las personas con riesgo de sentir soledad, a acercarse a las mesas informativas, las inscripciones comenzaron a aumentar de forma exponencial llegando incluso a superar las previsiones iniciales.
- **La expresión del sentimiento requiere de espacios de seguridad y confianza y sin duda, los centros de salud, la figura de enfermería y los espacios gestionados por ellas, lo son.**

8.5. FASES 5 Y 6. LA COMPRENSIÓN DE LA VIVENCIA. LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS Y LA IDENTIFICACIÓN DEL APOYO ADECUADO

Los instrumentos utilizados para comprender la vivencia y el sentimiento de soledad, han sido cuestionarios y entrevistas.

- Si bien algunos cuestionarios se han realizado vía telefónica y otros de forma presencial, las entrevistas se han realizado todas de forma presencial. La presencialidad ha favorecido la **comprensión** de preguntas planteadas por parte de las personas participantes, así como la posibilidad de indagar más atendiendo a parámetros paralingüísticos durante la interacción (aspectos menos detectables en el caso de la aplicación telefónica).
- La presencialidad favorece establecer los primeros cimientos de la **construcción del vínculo**. La configuración de los Encuentros como un espacio de confianza y apertura personal se favorece al ser las personas facilitadoras referentes las que conducen esta entrevista en profundidad, estableciendo un vínculo personal individual con las responsables de los Encuentros antes de participar en los grupos, así como promoviendo la seguridad de las facilitadoras en su nuevo rol al conocer en más profundidad a las participantes antes de la primera sesión.
- La utilización de dos **herramientas complementarias** efectuadas en diferentes momentos, **de forma asincrónica**, permite reflexionar a las facilitadoras sobre aspectos a averiguar entre la primera y la segunda entrevista. Esto es, posibilita ajustar las expectativas de las personas participantes, identificar posibles situaciones de salud o personales complejas y verificar la adecuación del perfil al programa.
- Sería necesario explorar cómo **configurar los grupos de los Encuentros según a los intereses de las personas participantes**, y ,para ello, poder **establecer en el Cuestionario de Entrada un mecanismo que permitiera discernir los intereses comunes**. De este modo, la configuración de los grupos se realizaría partiendo de la homogeneidad de preferencias, aspecto que se señala por parte de las facilitadoras, y por algunas participantes como fundamental para la autonomía y autogestión posterior de los grupos.

8.6. FASE 7. LA INTERVENCIÓN FINALISTA, GRUPAL

A continuación, se desarrollan una serie de aspectos para tener en cuenta sobre la flexibilidad en la implementación:

La **naturaleza participativa** de la investigación ha supuesto que el proyecto tuviese vida propia en todo su curso, abriendo a la toma de decisiones grupal cada paso dado y adaptando la metodología prevista al desarrollo *natural* de las relaciones construidas. De este modo, la flexibilidad y el “dejar que las cosas sucedan” han sido las máximas que han imperado en todo el proceso. El papel de las personas facilitadoras ha sido clave como acompañantes que crean las condiciones para que se posibilite un diálogo profundo, siendo una figura que aparece y desaparece cuando el grupo toma vida, y que encauza el proceso grupal en función de las necesidades de este.

La **intencionalidad estimuladora de las sesiones (más centradas en “provocar” interacciones que en dirigir las)** ha dado total potestad primero a las facilitadoras y después a los grupos para decidir el rumbo de los usos de los tiempos compartidos. De este modo, la no consecución de una actividad (no completada), la profundización en un tema no previsto o la realización de actividades no contempladas por deseo común de las personas participantes es, en el caso de construcción de relaciones y vínculos comunitarios, un proceder más que deseable y muestra de la buena consecución del proyecto. Exponemos a continuación algunas de estas derivas no previstas que, indudablemente, han sumado.

1. **Salidas extraordinarias.** De forma generalizada, en todos los grupos se han celebrado sesiones extraordinarias llegando a hacer entre 13 y 14 sesiones en algunos grupos. La motivación y disposición al encuentro, la participación y la interacción ha conducido a sumar acciones a las previstas en un inicio.
2. **Contenidos extraordinarios.** Cabe mencionar que no se realizaron únicamente más sesiones de las programadas (crecimiento cuantitativo), sino que se promovió que las participantes pudiesen dotar de contenido a las mismas en base a sus intereses y motivaciones (crecimiento cualitativo). De este modo, en algunos grupos se realizaron actividades protagonizadas por las aficiones y saberes de los participantes mayores, potenciando el reconocimiento y poniendo en valor sus fortalezas y creatividades. En otro sentido, se añadieron nuevas dinámicas no previstas, diseñadas *ad hoc* para los grupos, teniendo en cuenta las características de las personas participantes, las necesidades expresadas por las facilitadoras y las derivas particulares de los grupos. Estas dinámicas extraordinarias se han centrado en el reconocimiento a las personas mayores y la visión diversa de las *vejece*; la planificación temporal de la participación en

la comunidad y el ejercicio de la toma de decisiones comunes; y la potenciación de la interacción a través del reconocimiento de fragmentos literarios.

Cada uno de los participantes y facilitadores ha hablado sobre una persona mayor de referencia en su vida, predominando las figuras paterna y materna. Esto ha derivado en otros temas como son las enfermedades en personas de edad avanzada, disminución de la calidad de vida, la muerte, incluso la eutanasia. También se han compartido experiencias de vida y situaciones difíciles que cada uno ha sufrido y que han podido aportarnos una enseñanza en la vida. Diario de los Encuentros

3. **Alargamiento de los tiempos por sesión.** En algunos de los grupos las sesiones se han prolongado a más de 120 minutos, siendo superior a los tiempos planteados. La necesidad y ganas de conversar, el buen clima y la flexibilidad de las facilitadoras explican este factor.

Realmente hoy pensábamos acabar antes por el contenido de los temas que habíamos planificado y la falta de asistentes, pero al final hemos terminado como siempre.... tarde (que nos gusta mucho blablabla).” Diario de los Encuentros.

4. **Participación intergrupal.** La coincidencia de varios grupos en una misma salida ha favorecido la interacción con más personas de las previstas en el desarrollo grupal único, potenciando las posibilidades de interacción y la búsqueda de afinidades.

Los participantes refirieron estar cómodos, les gustó mucho y aprovecharon a conocerse con los participantes de otros grupos. Diario de los Encuentros

5. **Conexiones** según a compatibilidad. Dado el profundo conocimiento que las facilitadoras han construido de las personas participantes, se ha posibilitado la vinculación entre individuos de diferentes grupos de la mano de algunas voluntarias, con la intención de aumentar las oportunidades de relación. Esto ha sido especialmente importante en los casos en que alguna persona se ha quedado más desencajada respecto a los miembros de su grupo. En los encuentros intergrupales las facilitadoras referentes los han acompañado para facilitar su relación con otros miembros.
6. **Igualdad de oportunidades y acompañamientos.** Uno de los problemas más recurrentes al abordar la soledad no deseada en personas mayores es el aislamiento crónico que sufren las personas con limitación de autonomía, como consecuencia de los problemas de accesibilidad. La acción voluntaria, y más concretamente la incorporación de estudiantes de la Escuela de Enfermería como apoyo instrumental a la participación en los encuentros ha sido clave para que estas personas pudiesen participar.

Participanten8 (que al principio no quiere ir) se anima cuando le proponemos ir con las estudiantes. La irán a buscar a su domicilio y le acompañarán al museo.”Diario de los Encuentros.

7. **Aprendizajes intergeneracionales.** Enfocar cómo la soledad puede suceder a lo largo de la vida tiene una función altamente relevante en la lucha contra el binomio fatalista soledad-vejez. Ser conscientes que la soledad puede suceder en cualquier momento del ciclo vital ayuda a desestigmatizar el envejecimiento como etapa en que la soledad es algo inevitable. La participación de jóvenes que han explicado sus situaciones de soledad ha contribuido a la empatía intergeneracional, a la ayuda mutua y al reconocimiento de la soledad como algo que nos puede pasar a todas y todos. Sucede también con otros temas que afectan a las diferentes participantes, independientemente de su edad, como la violencia de género.

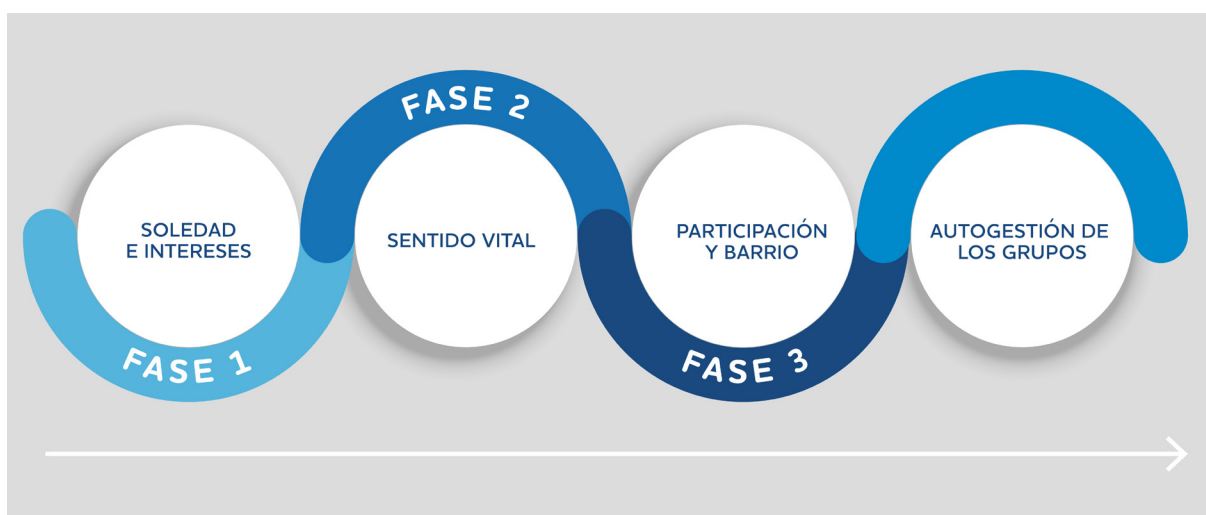
Teníamos previsto que las estudiantes dieran una charla sobre violencia de género, aprovechando que lo han estado impartiendo en los institutos en ApS. Han comenzado con la presentación y las participantes han comenzado a hablar enseguida del tema comentando situaciones que han vivido y también del momento actual. Diario de los Encuentros

8.6.1. Elementos a considerar para el futuro

La evaluación cualitativa que de forma conjunta y continua se ha realizado con las diferentes personas participantes en el seno del proyecto ha puesto sobre la mesa algunas cuestiones relevantes para tener en cuenta ante la replicabilidad de este. Se apuntan algunos elementos de cambio deseable para su rediseño.

- **Agrupación por intereses de las personas participantes.** La configuración de los grupos se realizó según un criterio de disponibilidad horaria y proximidad geográfica, pues dada la pequeña *n* inicial, se centró la decisión en estos aspectos. Sin embargo, se ha apuntado (en diversos encuentros de seguimiento con el voluntariado y en las valoraciones informales recogidas por las facilitadoras por parte de las participantes) que hubiese sido preferible la agrupación por intereses para fomentar el vínculo entre personas del mismo grupo. Así, para el rediseño se observan diferentes posibilidades (agrupar por intereses iniciales; combinar la participación intragrupal y posibilitar la segmentación por intereses a partir de un momento de la intervención...). **Se recomienda formar los grupos con base en la homogeneidad de intereses.**

- **Alargamiento de la intervención.** Tal y como apunta la literatura empírica, para garantizar sus efectos, es necesario un tiempo de intervención más prolongado que el implementado en el proyecto para garantizar sus efectos. Así, con una intervención más larga las relaciones hubieran tenido más tiempo para forjarse, y los impactos, hipotéticamente, serían más profundos. **Se recomienda realizar una intervención de, al menos, 6 meses.**
- **Cambio del orden de las fases.** Se ha observado que las personas participantes tenían una alta motivación en la realización de actividades participativas en el barrio, ciudad, entorno. Si embargo, “la vuelta” al punto estático de referencia para realizar la Fase 3 cortó en cierto modo la deriva que el grupo tan satisfactoriamente estaba tomando (cada vez más autónoma, cada vez más singularizada). En ese sentido, se recomienda invertir el orden de las dos últimas fases, realizando en la segunda fase las dinámicas destinadas al sentido vital y dejando para la tercera fase la vinculada a la participación, de forma que dejaría la puerta abierta a la comunidad sin un retorno obligado. **Se presume que de este modo se favorecería la continuidad y se podría fomentar más la autogestión del grupo.**



Fuente: [Martínez Pascual R. 2023](#)

- **Fomento de la autogestión desde el punto de inicio o a la mitad del proyecto.** Tal y como han indicado las facilitadoras, y tras las dificultades para la consecución de los grupos sin su acompañamiento, observamos esta como la mayor falta en el proyecto. Dicha dificultad, recurrentemente presente en otras intervenciones de este tipo, nos hace creer que debería haber sido un aspecto introducido desde el inicio del proyecto (o como mucho en su ecuador). Dejarlo para las fases finales, y más con la breve duración del proyecto ha jugado en nuestra contra para construir una autogestión real. **Se recomienda capacitar al grupo para la autogestión y fomentar el apoderamiento de sus participantes para el liderazgo desde el inicio.**



Fuente: *Martínez Pascual R. 2023*

9. Abordar la soledad desde la comunidad. Un decálogo para la acción

1. La COMUNIDAD, un activo contra la soledad.

La comunidad, entendida como ecosistema de relaciones, emociones y referencias comunes que nos aportan identidad, es un espacio común y colectivo que ofrece la oportunidad de transformación a partir de la reciprocidad de las relaciones. Cuando se impulsan procesos participativos, colaborativos e intencionados, traspasamos la individualidad para llegar a la transformación colectiva.

2. LA RECIPROCIDAD como motor esencial de las relaciones.

Buscar la reciprocidad de las relaciones, huyendo del asistencialismo y la dependencia, a lo largo del proceso y en cada una de las acciones llevadas a cabo, aporta valor al proceso transformador, tanto individual como colectivo. Además, diluir las fronteras entre voluntariado, equipo técnico y/o personas que sienten soledad, pone en el centro a todas ellas, como agentes de transformación.

3. EL PROCESO en sí mismo, un potente agente transformador.

En cualquier acción comunitaria, tan importante es el proceso como el resultado final. En la medida que lo concebimos como un proceso capacitador o educativo, también es transformador, porque en su desarrollo compartimos conocimiento, habilidades, principios y valores desde corresponsabilidad, la acción colectiva, la confianza grupal y comunitaria, la transparencia, la deliberación y la participación.

4. Un PROCESO COMUNITARIO siempre es un PROCESO VIVO.

Sopesar cada paso de forma participada, garantizando los espacios de deliberación y toma de decisiones conjunta, nos permitirá observar la realidad desde diferentes prismas, atender a las necesidades del proceso, y reconducir las acciones para construir las mejores respuestas. De este modo se consigue un proceso vivo, regido por múltiples voces, en la que la flexibilidad hace que podamos articular nuestros pasos hacia un camino con sentido.

5. LA INFRAESTRUCTURA SOCIAL, un bien común extraordinario.

Servicios, entornos y espacios sólidos, saludables y adaptados a las necesidades de la población y del territorio que ofrezcan confianza y seguridad, son un ingrediente necesario. Que las relaciones prosperen, muchas veces, no es más que una consecuencia natural de contar con un espacio en el cual poder tener un trato prolongado, recurrente, seguro y de confianza. Porque es en el espacio relacional donde se dan oportunidades para la expresión y el abordaje de la soledad.

6. EL QUIÉN ESTRATÉGICO, como factor clave del éxito.

Un liderazgo comunitario claro, fuerte y ejercido por una figura conocida y reconocida por la comunidad es imprescindible. El proceso de transformación empieza con el trabajo de liderazgo en el seno del equipo que lo llevará a cabo. De forma dinámica, debe ir enriqueciendo su conocimiento de forma continuada, y nutriéndose a lo largo del proceso para poder ir generando relaciones de complicidad y convertirse en el referente claro, conocido y reconocido, de la iniciativa que se quiere llevar a cabo.

7. Más allá de una lógica paliativa, es fundamental la PREVENCIÓN.

Debemos trascender de una lógica paliativa a una lógica preventiva de la acción/ intervención, y hacer frente no únicamente a la vertiente relacionada con las causas que se ubican en la esfera más intrapersonal e interpersonal de los individuos, sino también a las causas más macrosociales que facilitan la emergencia del sentimiento en las sociedades contemporáneas.

8. Una MIRADA ABIERTA A LA SOLEDAD.

La soledad es subjetiva y difícil de expresar. A veces nos costará dar por sentado que el sentimiento está presente, y en ocasiones, solo estaremos percibiendo el riesgo de sentirla. En aras de, no solo paliar sino también de prevenir, hemos de ser flexibles y, con una mirada abierta, atender a las necesidades relacionales y de sentido vital de las personas .

9. SENSIBILIZAR SIN ESTIGMATIZAR.

La soledad tiene profundas causas sociales, y apuntar a estas reduce la culpa y la vergüenza. Sensibilizar desde la normalización y la responsabilidad compartida evita discursos que aumentan el aislamiento y el estigma.

10. MÁS TIEMPO, MÁS REDES, MÁS DENSAS.

Es importante tratar de garantizar intervenciones duraderas y que posibiliten la diversidad de las interacciones (edades, preferencias, intereses, personas) para que las relaciones se hagan cada vez más sólidas y elegibles. Los vínculos se cocinan a fuego lento y cuantos más sabores, mejor.

PARTE 4

Bibliografía y anexos



10. Bibliografia

- Akhter-Khan, S. C., (2023). *Understanding and Addressing Older Adults' Loneliness: The Social Relationship Expectations Framework*. Perspectives on Psychological Science, 18(4), 762-777. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
- Ballester Frago, M. et al (2020) *Brúixola comunitària: guia per promoure l'acció comunitària a les entitats socials*. Barcelona. ECAS
- Bound Fay ALberti (2022) *Una biografia de la soledad. La historia de una emoció*. Alianza Editorial
- Cacioppo, J. T. (2008). *Loneliness. Human Nature and the Need for social connection*. Nuva York: Norton & Company W.W.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A. (2005). *Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions*. Ageing & Society, 25, 41-67.
- Coll Planas, L. (2017). *Soledad, apoyo social y participación de las personas mayores desde una perspectiva de salud*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina- Universidad Autónoma de Barcelona.
- Coll-Planas, L.; Rodríguez-Arjona, D.; Pons-Vigués, M.; Nyqvist, F.; Puig, T.; Monteserín, R. (2021) *Not Alone in Loneliness: A Qualitative Evaluation of a Program Promoting Social Capital among Lonely Older People in Primary Health Care*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 5580. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115580>
- Clancy, A., Simonsen, N., Lind, J., Liveng, A., & Johannessen, A. (2021). *The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis*. Nursing Ethics, 28(6), 878–894. <https://doi.org/10.1177/0969733020928134>
- De Jong Gierveld, J. (1987). *Developing and testing a model of loneliness*. Journal of Personality and Social Psychology, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.119>.
- Elliott, G., Kao, S., & Grant, A.-M. (2004). *Mattering: Empirical validation of a social-psychological concept*. Self and Identity, 3(4), 339–354. <https://doi.org/10.1080/13576500444000119>
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. W. W. Norton & Company
- European Commission, Joint Research Centre, Beckers, A., Buecker, S., Casabianca, E. et al., *Effectiveness of interventions tackling loneliness – A literature review*, Publications Office of the European Union, 2022, <https://data.europa.eu/doi/10.2760/277109>
- Fantova, Fernando (2007). *Repensando la intervención social*. Documentación Social, 147, 183-198.
- Fantova Fernando (2017) Seminario de Acción Comunitaria y Servicios Sociales, una visión crítica. Progress SL.

- Fantova Fernando et al. (2023). Comunidad y Acción Comunitaria. Decálogo elaborado por el conversatorio sobre Acción Comunitaria. <https://www.fantova.net/2023/05/15/comunidad-y-accion-comunitaria/>
- Font, J. (2014). Treball comunitari i moviments socials; una relació necessària i poc existent. *Revista de Trabajo Social. Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya*, n. 203, 36-49
- Gallois, C., Giles, H., Ota, H., Pierson, H. D., Ng, S. H., Lim, T.-S., Maher, J., Somera, L., Ryan, E. B., & Harwood, J. (1999). Intergenerational communication across the Pacific Rim: The impact of filial piety. In J.-C. Lasry, J. Adair, & K. Dion (Eds.), *Latest contributions to crosscultural psychology* (pp. 192–211). Routledge.
- Hawkey, L. C., y Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <http://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Halsey, M., & Harris, V. (2011). Prisoner futures: Sensing the signs of generativity. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 44(1), 74–93. <https://doi.org/10.1177/0004865810393100>
- Hawkey, L. C., y Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 370(1669). <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>.
- Holt Lunstad J., Smith B. T., Laytin B., (2010) Social relationships and mortality risk: a metanalytic review. *Jul 27;7(7):e1000316, Journal Pmed*
- Jopling, K. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. Londres: Age UK
- Klinenberg Eric (2021). *Palacios del Pueblo. Políticas para una sociedad más igualitaria*. Capitán Swing Libros S. L.
- Lorente Martinez E.(2017); *La soledad en la Vejez, anàlisis y evaluación de un programa de intervención en personas Mayores que viven solas*, Tesi Doctoral, Universidad Miguel Hernandez, Elche,
- Luanaigh, C. Ó., y Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. <http://doi.org/10.1002/gps.2054>.
- Llana, A., Parcerisa, A., y Úcar, X, (2009). *10 ideas clave. La acción comunitaria*. Barcelona: Graó.
- Masi C.M et al. (2011) *A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness*. NIH Pùblic Access. Department of Psuchology. University of Chicago.
- Masi, C.M., Chen, H-Y., Hawkey, L.C. y Cacioppo. J.T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3) 219–266. Doi: 10.1177/1088868310377394
- Mijuskovic, B.L (2012). *Loneliness in Philosophy. Psychology and Literature*. iUniverse, Bloomington,IN

- Peplau, I. ; Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nova York: John Wiley and Sons.
- Pinazo-Hernandis, S., y Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilares.
- Pinazo, Hernandis S. (2018); Donio Bellagarade Nunes M.; La soledad de las personas Mayores, valoración e intervención, Valencia International University.
- Pinqart M. ;Sorensen S. (2010); Influences on loneliness in Older Adults 245-266, Basic and Applied Social Psicology.
- Pitkala KH.; Routasalo P.; Kautiainen H.; Tilvis RS. (2009) Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jul;64(7):792-800. doi:10.1093/gerona/glp011. Epub 2009 Feb 17. PMID: 19223606.
- Putnam, R. (1995) Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, vol.6, n°1: 65-78
- Rook, K. S. (1984). Promoting social bonds: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*,39, 1389-1407.
- Sala Mozos E. (2017). Acción comunitaria y soledad no elegida. Ejemplos de políticas al respecto. (pag 196-200), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Sandra Ezquerro, Mercé Pérez Salanova, Margarida Pla, Joan Subirats Eds. Ciencias Sociales. Ariel
- Sala Mozos E. (2019) La soledad no deseada durante la vejez, un fenómeno complejo objeto de las políticas públicas. *Observatorio de la soledad. Amigos de los Mayores*
- Sala Mozos E. (2020) La soledad no deseada durante la vejez, un fenómeno social. *Debates Catalunya Social. Propuestas desde el Tercer Sector*. Num 60. https://www.tercersector.cat/sites/default/files/dossier_catalunya_social_soledat_no_desitjada_durant_vellesa_web.pdf
- Sala Mozos E.; Martínez Pascual R. (2020) El impacto de la COVID19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores. *Observatorio de la Soledad. Fundación Amigos de los Mayores*.
- Sancho Castiello, Mayte et al. Bakardadeak. (2020), Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa. *Fundación Matia Instituto Gerontológico*
- Savikko, N. (2008). Loneliness of Older People and Elements of An Intervention for its Alleviation. DTh
- Schoenmakers, E.C. (2013). Coping with loneliness. (PhD Thesis). Vrije Universiteit Amsterdam, Países Bajos.
- Schoenmakers , E.C., van Tilburg, T.G. y Fokkema, T. (2012) Coping with loneliness: What do older adults suggest? *Aging& Mental Health*, 16(3), 353-360, Doi: 10.1080/13607863.2011.630373

- Stein, J. Y., & Tuval-Mashiach, R. (2015). The social construction of loneliness: An integrative conceptualization. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(3), 210–227. <https://doi.org/10.1080/10720537.2014.911129>
- Sundström G.; Fransson E.; Malmberg B.; Davey A.; Loneliness among older Europeans, *European Journal of Ageing*, (2009) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547349/>
- Victor, C., Sullivan, M.P. Loneliness and isolation, *Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (252-260), (2015).
- Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Duffy, L.G., Meads, C. (2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course*. What Works Centre for Wellbeing.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407–417.
- Victor, C., & Zubair, M. (2015). Expectations of care and support in old age by Bangladeshi and Pakistani elders. In U. Karl & S. Torres (Eds.), *Aging in contexts of migration* (pp. 108–118). Routledge.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Yanguas J.; Cilveti Sarasola A.; Hernandez Chamorro S.; Pinazo Hernandez S.; Roig i Canals S.; Segura Talavera S.; El reto de la soledad en la vejez, *ZERBITZUAN* 66, 63-71 (2018)
- Yanguas J. et al.; Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores, *Encuesta 2018*. Obra Social La Caixa (2019).
- Yanguas, J. (dir.), et al. *El reto de la soledad en las personas mayores: Vol. 1. Marco conceptual*. Barcelona, Fundación La Caixa, 2020, 255 p. 135 p.
- Young, J. E. (1982) Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En: Peplau LA, Perlman D (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Wiley & Sons, 379-405, Nueva York
- Warburton, J., & Chambers, B. (2007). Older Indigenous Australians: Their integral role in culture and community. *Australasian Journal on Aging*, 26(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2007.00213.x>

11. ANEXOS

EL DIAGNÓSTICO

1. EL MUNICIPIO DE ZAMORA Y SU POBLACIÓN

Zamora es la capital de la provincia homónima, dentro de la comunidad de Castilla y León. En enero de 2021 contaba con 60.29, 691 habitantes menos que el en el año 2020. Actualmente la densidad de población en Zamora es de 403,91 habitantes por Km².(INE 2021).

La media de edad de los habitantes de Zamora es de 47,71 años, 1,91 años más que hace un lustro que era de 45,80 años.

El 14% de la población Zamorana es menor de 18 años, el 61% tiene entre 18 y 65 años y el 24,8% de la población tiene 65 años o más, situándose 5,2 puntos por encima del global de la población española mayor de 65 (19,6%). Cabe señalar que la mayoría son mujeres (59,04%), ya que, de un total de 14.965 personas mayores de 65, 6.131 son hombres y 8.834 mujeres (INE 2021).

El crecimiento natural de la población en el municipio de Zamora, según los datos publicados por el INE para el año 2020 fue negativo, con 547 defunciones más que nacimientos. Varios informes del Consejo de Cuentas sobre despoblación revelan que la provincia de Zamora presenta peores indicadores, en cuanto a despoblación que cualquier otro territorio de la Comunidad de Castilla y León. Mientras el conjunto de la Comunidad Autónoma perdió un 5,79% de su población entre los años 2008 y 2018, la caída demográfica en Zamora alcanzó el 11,5% en ese mismo periodo. Según datos de Eurostat correspondientes a 2021, el descenso demográfico de la provincia está entre las más veloces del continente. El propio Eurostat auguró el año pasado que la provincia será el lugar más envejecido de Europa a partir del año 2040. Para entonces, si nada cambia, la media de edad de sus habitantes superará los 60 años.

La ciudad se divide en 5 distritos censales (1,2,3,4,5) y 20 barrios: Arenales, Pantoja, Alviar, Asturias, Los Bloques, Cabañales, La Candelaria, Carrascal, Las Llamas, Olivares, Peña Trevinca, Pinilla, Rabiche, San Frontis, San Isidro-Espíritu Santo y Obelisco, San José Obrero, San Lázaro, El Sepulcro, Villagodio, Las Viñas.

A efectos del presente informe y según a la información obtenida a partir del informe *La situación de las personas mayores en el municipio de Zamora*, se realizan algunas agrupaciones, de forma que el número de barrios se reduce a 16: Alviar-Siglo XXI, Bloques-Asturias-Villagodio-Vista Alegre, Cabañales-Sepulcro, Candelaria, Casco Antiguo, La Horta, La Lana, Las Viñas, Olivares-

San Isidro, Espíritu Santo, Obelisco, Pantoja, Peña Trevinca, Pinilla, San Frontis-Carrascal, San José Obrero, San Lázaro, Tres Cruces- Centro.

Distribución poblacional y población mayor de 65 años según barrios

Según datos del informe *La situación de las personas mayores en Zamora*⁴, los barrios más poblados del municipio, en los cuales se concentra el mayor porcentaje de población son:

- ✓ Bloques, Asturias, Villagodio y Vista Alegre: 8272 habitantes (13,4%)
- ✓ Casco Antiguo: 7631 (12,3%)
- ✓ Tres Cruces-Centro: 8292 (13,4%)

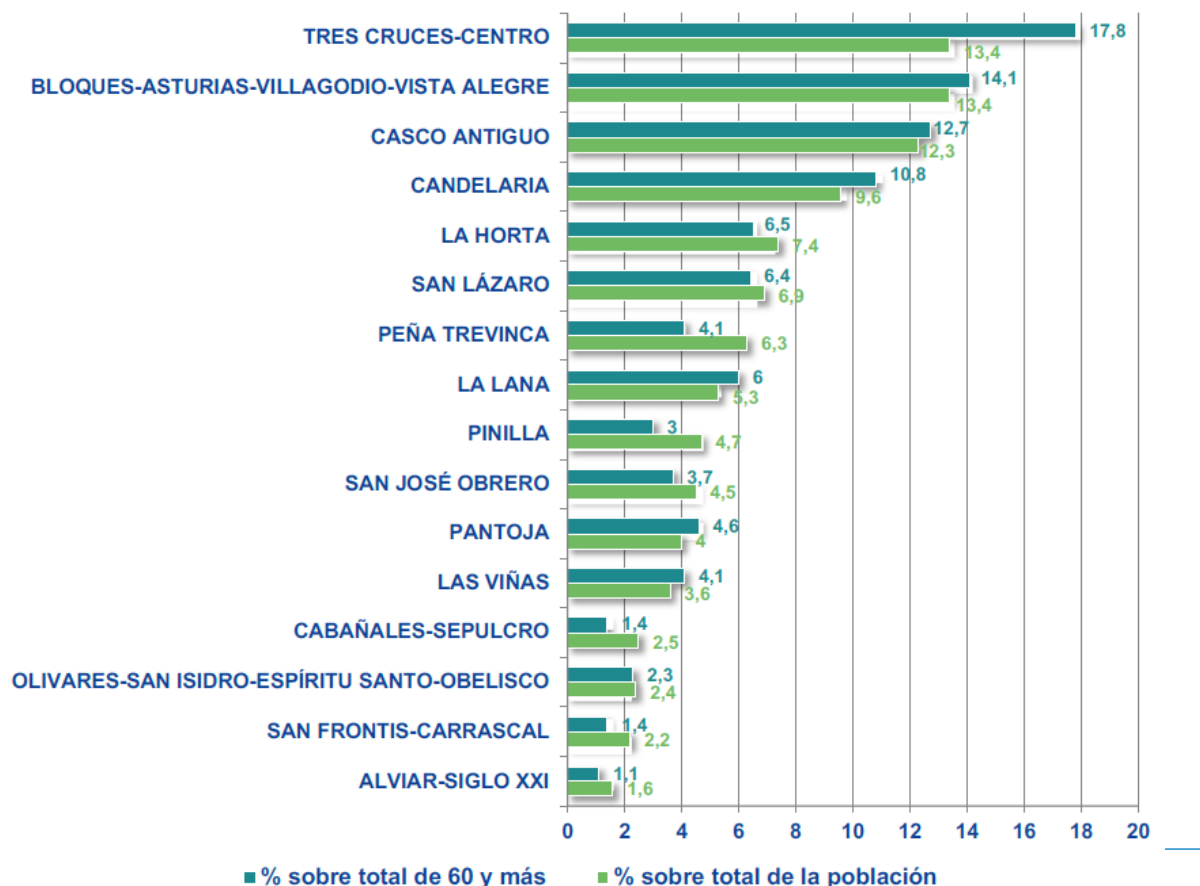
Los tres barrios con mayor volumen de población de 60 y más años coinciden con los barrios más poblados. En cuarto lugar, estaría el barrio de la Candelaria.

	60-64	65-69	70-74	75-80	80-84	+ 85	Total +60
Bloques-Asturias-Villagodio-Vista Alegre	571	490	451	381	389	465	2747
Candelaria	483	448	379	251	264	273	2098
Casco Antiguo	532	463	410	318	324	436	2483
Tres Cruces-Centro	671	672	600	456	468	602	3469

Fuente. Informe, *la situación de las personas mayores en Zamora, 2019*

Los barrios de Alviar-Siglo XXI, San Frontis Carrascal, Cabañales-Sepulcro, Pinilla, San José Obrero, Peña Trevinca, San Lázaro y La Horta con menor volumen de personas mayores de 60 años, atendiendo al peso demográfico que cada uno de esos barrios tiene en el conjunto de la población. Se puede observar el efecto contrario en otros 7 barrios: Tres Cruces-Centro, Bloques-Barriada de Asturias-Villagodio-Vista Alegre, Casco Antiguo, Candelaria, La Lana, La Pantoja y Las Viñas.

⁴ El diagnóstico poblacional se fundamenta en los datos del informe, *La situación de las personas mayores en Zamora del 2019* y en datos básicos más actuales del INE, ya que, a pesar de que se ha solicitado (a través de los CEAS) acceso a datos poblacionales más actualizados, no se ha podido acceder a ellos. Se espera poder actualizarlos en los próximos meses. No obstante, a efectos de esta investigación, no se prevé que las pequeñas variaciones que pueda haber tengan impacto.



Fuente: Informe La situación de las personas mayores en Zamora a partir de INE. Padrón Municipal de Habitantes 2018

El envejecimiento es mucho más visible en 7 de los 16 barrios de la ciudad: **Tres Cruces-Centro (41.8%), Pantoja, Las Viñas, La Lana, Candelaria, Bloques -Barriada de Asturias-Villagodio-Vista Alegre y Casco Antiguo.** Todos ellos con unos porcentajes que superan el promedio de la ciudad.

2. LA ACTIVIDAD COMUNITARIA EN LA CIUDAD DE ZAMORA

Con objeto de obtener información clave acerca de la actividad y vida comunitaria de la ciudad de Zamora, con foco en la actividad y participación de las personas mayores del municipio, se han realizado 5 entrevistas a agentes clave de la ciudad, 2 de ellas en el marco de los servicios sociales locales (CEAS) y 3 en el marco de las entidades del tercer sector (Cruz Roja, Fundación Intras, AFAZ).

En general, según la opinión de los principales agentes entrevistados, la participación comunitaria en la ciudad de Zamora se percibe como pobre. Al igual que ha ocurrido en muchas ciudades españolas, ante la situación provocada por la pandemia, las redes vecinales de apoyo mutuo se activaron y fortalecieron, pero en el momento en el que la necesidad más patente y visible dejó de existir, la red vecinal y la actividad de apoyo comunitario se diluyó. De hecho, una de las cuestiones que se ha repetido en varias de las entrevistas es precisamente que, muchas de las iniciativas sociales o culturales que surgen en la ciudad, no se sostienen en el medio-largo plazo.

...En Zamora, es habitual que surjan iniciativas sociales o culturales bonitas, pero la tendencia es que no perduren en el tiempo...(CEAS)

Según algunos de los agentes entrevistados, el hecho de que se trate de una ciudad pequeña, en la que toda la ciudadanía se conoce, puede generar cierto pudor y dificultar la activación de redes. En parte, porque la tendencia (sobre todo en algunas zonas de la ciudad) es “no mostrar” la posible situación de vulnerabilidad que se puede estar viviendo. Es decir, puede que existan situaciones de vulnerabilidad social y/o emocional, y que las personas que la están viviendo no solo no la manifiesten, sino que se esfuercen por esconderla. Por otra parte, las relaciones no siempre son buenas y, por lo tanto, esconder o disfrazar una situación de vulnerabilidad puede entenderse o vivirse como un acto de “autoprotección”.

También se ha repetido en varias ocasiones la percepción de una sensación de abandono y hastío generalizado entre la ciudadanía; la despoblación y el descenso demográfico, la alta tasa de paro o la sensación de “estar a la cola” respecto a otros territorios del Estado e incluso de la comunidad autónoma, pueden tener un efecto desmotivador y ser uno de los factores explicativos de la falta de participación y actividad comunitaria.

La participación comunitaria y social de las personas mayores

En cuanto a la participación de las personas mayores a escala comunitaria, se ha señalado en varias ocasiones que la dependencia es una variable que debe tenerse en cuenta, ya que las personas con plena autonomía participan más que las personas que tienen alguna limitación o una situación de dependencia.

...la mayor parte de las personas que se quedan en casa y no participan tienen una peor condición física, mientras que las personas más autónomas se integran en otros movimientos o actividades, en la mayoría de los casos atendiendo a intereses propios... (ENTIDAD TERCER SECTOR)

Es de destacar que, según la percepción de las personas entrevistadas, buena parte de la participación no se hace a través asociaciones de mayores, sino que se trata de una participación a escala individual y como una vía para dar respuesta a intereses propios. También se ha

destacado que la mayor parte de las personas mayores se ven a sí mismas como “receptoras de servicios”. Esto es, en general, se trata de una dinámica en la cual la participación activa no tiene demasiado lugar, y esta se limita al uso de servicios y recursos para dar respuesta a intereses individuales.

Todas las personas entrevistadas tienen la percepción de que, en términos de participación activa y comunitaria, siempre lo hacen las mismas personas y que, por lo tanto, nos movemos entre dos extremos, las personas que participan lo hacen mucho y siempre, y las que no, no lo hacen nunca.

...Los que participan, participan siempre y hay muchos que no participan nunca... (ENTIDAD TERCER SECTOR)

...Las que participan, participan mucho pero siempre son las mismas personas, hay muchas personas reclusas en sus casas a las que no vemos nunca...(ENTIDAD TERCER SECTOR)

También se ha mencionado que a partir de la pandemia y el confinamiento muchas personas se han recluso todavía más.

...Hay algunas personas a las que no era fácil llegar, ahora es todavía más difícil y las personas a las que era difícil llegar han complicado todavía más su alcance...(CEAS)

Por otro lado, la falta de relevo se ha resaltado como uno de los principales problemas respecto a la participación de las personas mayores.

...Los líderes son cada vez más mayores, van cayendo y no hay nadie detrás... Algunos manifiestan su cansancio, pero siguen realizando la actividad en el sí del movimiento asociativo porque no hay sustitutos...(CEAS)

Las actividades dirigidas a la población mayor en el municipio de Zamora

Según el informe, *La situación de las personas mayores en Zamora*, y la información obtenida en la red, se ofrecen las siguientes actividades por parte del ayuntamiento:

- ✓ Entrenamiento de la memoria por ordenador, mediante programas sencillos y adaptados a cada usuario. En este caso sí sería posible admitir alguna persona con deterioro cognitivo.
- ✓ Memoria a través de tus recuerdos. Recordando canciones, juegos, utensilios.
- ✓ Maleta de memoria grupal, mediante sencillos ejercicios grupales.

- ✓ Informática básica para mayores.
- ✓ Culturas del Mundo.
- ✓ Orgullo de ser mayor. Entrenamiento de las actividades cognitivas y conocimiento de uno mismo.
- ✓ Talleres de risoterapia. Terapia de apoyo a través de la risa y el buen humor.

La duración de los talleres oscila entre las 8 y las 16 sesiones de aproximadamente una hora y media de duración cada sesión.

Además de las actividades mencionadas en el informe *La situación de las personas mayores en Zamora*, se citan las siguientes:

- ✓ Huertos de ocio. Con un terreno destinado a varios colectivos, preferentemente personas mayores, donde pueden cultivar sus pequeños huertos de autoconsumo. En este caso sí existe una Ordenanza que lo regula. Se desconoce el estado de este proyecto en la actualidad.
- ✓ Teatro para personas mayores. Según la información obtenida a partir del informe *La situación de las personas mayores en Zamora*, durante los meses de septiembre y octubre, se facilita un espacio a los grupos de teatro de personas mayores de Zamora, para dar a conocer su esfuerzo y afición al resto de los mayores del municipio. En el año 2019 se representaron cinco obras con una participación de más 300 personas mayores por cada una de ellas. Se desconoce el estado de este proyecto en la actualidad.

En 2019, el Ayuntamiento de Zamora desarrolló estas actividades en colaboración con diferentes entidades que tienen experiencia en intervención con personas mayores:

- ✓ Talleres de memoria: Fundación Intras.
- ✓ Culturas del Mundo: Cruz Roja Española.
- ✓ Orgullo de ser Mayor: Asociación de Familiares de Alzheimer de Zamora (AFAZ).
- ✓ Talleres de informática y Risoterapia: Empresa Te Ayudo

Cabe señalar que, según datos obtenidos a través de las entrevistas, la valoración de los talleres es muy buena por parte de la población mayor y son muy demandados, de forma que las plazas se agotan con relativa rapidez..

En el citado informe, se analizaron algunos aspectos relacionados con el grado de satisfacción respecto a las actividades que se desarrollan en el municipio destinadas a la población mayor que se ha considerado importante tener en cuenta, a efectos de esta investigación. En relación con la tesis: *'En Zamora hay actividades específicas para promover el envejecimiento activo'*, el 67,2% está de acuerdo o muy de acuerdo. Su percepción sobre: *'Tengo suficiente oferta de asociaciones*

y actividades en las que participar en Zamora', es todavía más positivo, con un 73,8% de acuerdo y muy de acuerdo; y también con la afirmación: 'Las instalaciones y horarios de los centros de ocio son de fácil acceso', con un 78,1% que dicen estar de acuerdo o muy de acuerdo. No obstante, más de la mitad de las personas mayores encuestadas (56,2%) indica que, con independencia de este tipo de participación, están de acuerdo y muy de acuerdo en que 'Mi opinión como persona mayor no cuenta mucho en la ciudad'; y están el 57,9% en desacuerdo y total desacuerdo ante el argumento siguiente: 'Somos consultados para tomar decisiones relacionadas con nuestro bienestar'. A pesar de ello, el 81,2% afirma 'Mis actividades diarias están ligadas a la ciudad de Zamora'.

La vida comunitaria de los barrios de Zamora

A pesar de que, en general, la vida comunitaria en la ciudad de Zamora se percibe como pobre, también es cierto que el dinamismo comunitario difiere según los barrios o zonas de la ciudad. Mientras en algunas zonas es prácticamente inexistente, en otras el movimiento comunitario es mayor y existe cierto dinamismo.

La confluencia de varios factores determina que la actividad comunitaria sea mayor en algunos barrios que en otros: Por una parte, la existencia de activos comunitarios y/o equipamientos de barrio que pueden ser generadores de actividad comunitaria, lugares de encuentro que generan movimiento. Por otro lado, la fortaleza y el carácter de las asociaciones de barrio y de vecinos también pueden influir en una mayor o menor actividad. Una asociación con un liderazgo fuerte puede ser generadora de actividad. Asimismo, la percepción de las personas entrevistadas es que la participación general y el funcionamiento de las redes vecinales es mayor en barrios o zonas humildes de la ciudad que en barrios más favorecidos. Un factor explicativo de esta situación puede ser el hecho de que, entre la población humilde, pedir ayuda o mostrar la vulnerabilidad, es algo que no produce el alto grado de pudor o "vergüenza" que puede producir entre la población que históricamente ha vivido una mejor situación desde el punto de vista socioeconómico.

San José Obrero y San Lázaro, ubicados en la zona norte de la ciudad, son barrios colindantes, humildes y de carácter obrero. Ambos comparten cierto dinamismo comunitario. En San José Obrero se encuentra el centro deportivo "La Josa". Gracias a un acuerdo firmado entre el Ayuntamiento y la Asociación de Vecinos del barrio se establece la posibilidad de reconocer la actividad que se desarrolla en estas instalaciones como de especial interés y utilidad municipal, mientras que el colectivo vecinal pone a disposición del consistorio la participación, con carácter gratuito de estas actividades. Es un centro (deportivo) del cual pueden hacer uso todos los ciudadanos y que está gestionado por la asociación de vecinos del barrio. En el barrio también existe un huerto comunitario, una biblioteca municipal y un centro de mayores de la Fundación Intras. Cabe destacar que la Asociación de Vecinos de San José Obrero es muy activa.

En San Lázaro se encuentran el Centro Sociocultural Peromato, un espacio de participación y comunitario también a disposición de la ciudadanía para la realización de talleres, exposiciones y otras actividades que también es generador de mucha actividad comunitaria, y el Hogar de San Lázaro, un centro de mayores que dinamiza mucho el barrio. Entre ambos barrios se encuentra el equipamiento municipal del antiguo Matadero, también con cierto dinamismo comunitario.

Según las personas entrevistadas, en ambos barrios hay personas mayores muy participativas y activas, pero también han detectado personas mayores que no participan nunca y a las que es difícil llegar.

Los Bloques es un barrio ubicado en la zona este de la ciudad, colindante con Tres Cruces-Centro. Alberga, entre otros, un centro hospitalario y las sedes tanto de Cruz Roja como de AFAZ, así como un centro de día de personas mayores. También se reconoce en él, una relativa actividad comunitaria, promovida por las organizaciones mencionadas y una asociación de vecinos fuerte y dinámica.

Tres Cruces-Centro es una zona que se percibe con un nivel de vida más alto y en el que viven, mayormente, familias bien-estantes. Se destaca una vida comunitaria mucho más pobre que en los barrios anteriormente mencionados. En general, la participación de la vecindad del barrio se limita al desarrollo de actividades sociales. Esto es, quedar con amigas para merendar, dar un paseo, jugar la partida etc. Existe un centro de mayores, competencia del ayuntamiento, al que los usuarios acuden a realizar actividades sobre las cuales tienen interés, pero no es un barrio con actividad participativa o comunitaria destacable. Es importante anotar que, según la percepción de las personas entrevistadas, Tres Cruces-Centro y el Casco Antiguo son barrios en los que se presumen situaciones de aislamiento, vulnerabilidad y /o soledad entre la población mayor. Se trata de un barrio en el cual la población mayor que más participa, en general, no se percibe como mayor y habla de las personas mayores en tercera persona.

Entre los barrios restantes, se destacan Pinilla (ubicado al otro lado del río) y Pantoja, colindante con Tres Cruces Centro y ubicado en la zona centro de la ciudad, como barrios pequeños, pero con cierto grado de dinamismo comunitario en comparación con el resto de la ciudad:

Zamora es una ciudad relativamente pequeña, y, por lo tanto, las fronteras entre barrios se traspasan de forma habitual, con bastante frecuencia y sin mayores dificultades. Por este motivo, buena parte de la oferta de actividades comunitarias se realiza mayormente a escala ciudad. No obstante, también se han mencionado dificultades de transporte y la necesidad de hacer uso de transporte adaptado por parte de las organizaciones (Cruz Roja, AFAZ) para poder facilitar la participación de personas con dificultades de movilidad en diferentes actividades.

Así mismo, también se ha mencionado que, más allá del barrio y entorno de proximidad, la Zona Centro, es a la zona a la que todas las personas acuden para la realización de actividades.

...los del sur no van al norte, los del norte no van al sur pero todos van al centro...(ENTIDAD TERCER SECTOR)

Las zonas prioritarias de actuación

Es importante entender que un enfoque de intervención comunitario nos exige trabajar a una escala en la cual las personas compartan una identidad comunitaria y se sientan identificadas e interpeladas para la acción. Por ello es importante acotar la zona prioritaria de actuación a una dimensión en la que esta identificación pueda producirse. Normalmente, en las ciudades, sobre todo en las más grandes, la escala “distrito o barrio” asegura proximidad, entendimiento y seguridad, y al mismo tiempo amplía la oportunidad de fomentar el sentimiento de pertenencia y de abordar la problemática a una escala en la que la acción e implicación individual tienen más sentido. Justamente en el caso de las personas mayores (quizás de forma más intensa que con otros grupos sociales), el vecindario / el barrio, frente a otro tipo de vínculos con el mundo, como podrían ser los medios de comunicación, aportan una relación afectiva más rica e intensa, ofreciendo respuestas desde un entorno conocido, percibido como “más seguro” y puede que, con algunos rasgos de familiaridad, que facilitan su aceptación. Cabe señalar que, en ocasiones, existen identidades compartidas entre uno, dos o más barrios, y tiene sentido establecer una zona geográfica más amplia, dando respuesta a esa identidad compartida.

A modo de conclusión:

- ✓ Se destacan los barrios de San Lázaro y San José Obrero, como barrios con activos comunitarios, con varios centros y equipamientos y, por lo tanto, una zona en la que podría resultar fructífero e interesante intervenir.
- ✓ Tres Cruces Centro, concentra un alto porcentaje de personas mayores, pero es una zona en la que la vida comunitaria y las redes vecinales son más pobres. También se presume una mayor dificultad a la hora de la detección y posible intervención.
- ✓ La ciudad de Zamora es una ciudad pequeña y, por lo tanto, a diferencia de las ciudades grandes, las “fronteras” entre barrios o zonas, se traspasan más fácilmente para la realización de actividades y actividad comunitaria. Parece que las identidades de barrio no son tan fuertes como pueden serlo en ciudades más grandes.

En términos de acción comunitaria, es importante tener en cuenta que tanto las necesidades de los territorios como la capacidad de respuesta a escala vecinal difieren entre unos y otros.

Es decir, ni todos los territorios tienen las mismas necesidades, ni la respuesta de la comunidad ante ellas es la misma. Ante esta situación, surge una idea que puede ser muy beneficiosa tanto para los procesos que llevaremos a cabo en la ciudad como para los resultados que podamos esperar en clave de la evaluación y el impacto; ubicar el foco de la intervención en dos zonas muy diferentes. Una con un grado de actividad comunitaria alto como puede ser la zona de San José Obrero y San Lázaro y otra zona con un grado de actividad comunitaria más bajo como puede ser Tres Cruces Centro. Establecer el foco de la intervención en estas dos zonas, igualmente, no es óbice para que se desarrollen ciertas acciones a escala de ciudad y que personas de otros barrios puedan implicarse en el proyecto. Todo ello vendrá determinado por el propio proceso.

Los actores a escala comunitaria

Actividad comercial: En la ciudad de Zamora hay una gran actividad comercial, representada tanto por el comercio mayorista como por el pequeño comercio tradicional especializado. El principal eje comercial de la ciudad es la calle de Santa Clara (Tres Cruces-Centro). También fue muy relevante hasta principios del siglo XX la calle Balborraz (barrio de la Lana), pero su pronunciada pendiente hizo que resultara inadecuada para los vehículos de motor, lo que provocó que fuera perdiendo importancia paulatinamente.

Organizaciones no locales: La ciudad alberga instituciones autonómicas e internacionales, tales como el Museo Etnográfico de Castilla y León, el Consejo Consultivo de Castilla y León y la organización de cooperación hispano-lusa Fundación Rei Afonso Henriques (FRAH).

Asociaciones locales: No se han encontrado registros actualizados de asociaciones locales en la red. El más actual es del año 2019. Se ha realizado una actualización de los registros que se han considerado importantes a efectos de esta investigación gracias a las entrevistas y contactos realizados en la ciudad. Se pueden ver en el Anexo. Buena parte de las asociaciones registradas en el documento se ubican en los barrios de: Tres Cruces-Centro, Los Bloques, La Lana, y en menor medida en La Candelaria y el Casco Antiguo.

Asociaciones y Centros de Mayores: Al igual que en el caso del resto de asociaciones locales, los registros se han actualizado en función de la información obtenida a partir de entrevistas a agentes clave de la ciudad y se pueden ver en el anexo.

Las tres organizaciones más grandes, que trabajan con personas mayores en Zamora son, Fundación Intras, Cruz Roja y AFAZ. Las dos últimas tienen una proyección más provincial y por lo tanto una única sede en la ciudad, mientras que Fundación Intras, con una proyección más local, tiene más infraestructuras y centros en la ciudad.

Las tres organizaciones tienen un convenio con el ayuntamiento (Centros de Acción Social, CEAS, a partir de este momento). Ofrecen recursos complementarios, pero no existe una estructura de coordinación. Los CEAS empezaron en primer lugar a trabajar con la Fundación Intrass para trabajar la memoria de forma preventiva, y más tarde se incluyeron Cruz Roja y AFAZ para desarrollar el resto de los programas mencionados en el apartado anterior:

Existen otras asociaciones de mayores que tienen cierto dinamismo comunitario y que deberemos tener en cuenta en el marco de este proceso de investigación: La Universidad de la Experiencia. Asociación el Ángel, Asociación Provincial de mayores, Asociación de Viudas de Zamora. Por otro lado, también están los centros de Mayores de diferente titularidad (Junta de Castilla y León, Cajas de Ahorros o el Ayuntamiento de Zamora) , en los cuales las personas mayores desarrollan actividades según sus propios intereses.

Un primer mapa de actores

A continuación, se presenta un primer mapa de los actores que, a priori, presumimos que podrán tener un papel en el proceso. El mapa es una herramienta dinámica y funcional que nos ayudará en el desarrollo de la estrategia relacional que llevaremos a cabo en el marco del proceso comunitario. Por este motivo no se incluyen todos los actores de la ciudad, sino aquellos que consideramos que pueden ser un activo y pueden jugar un papel en el marco del proceso.

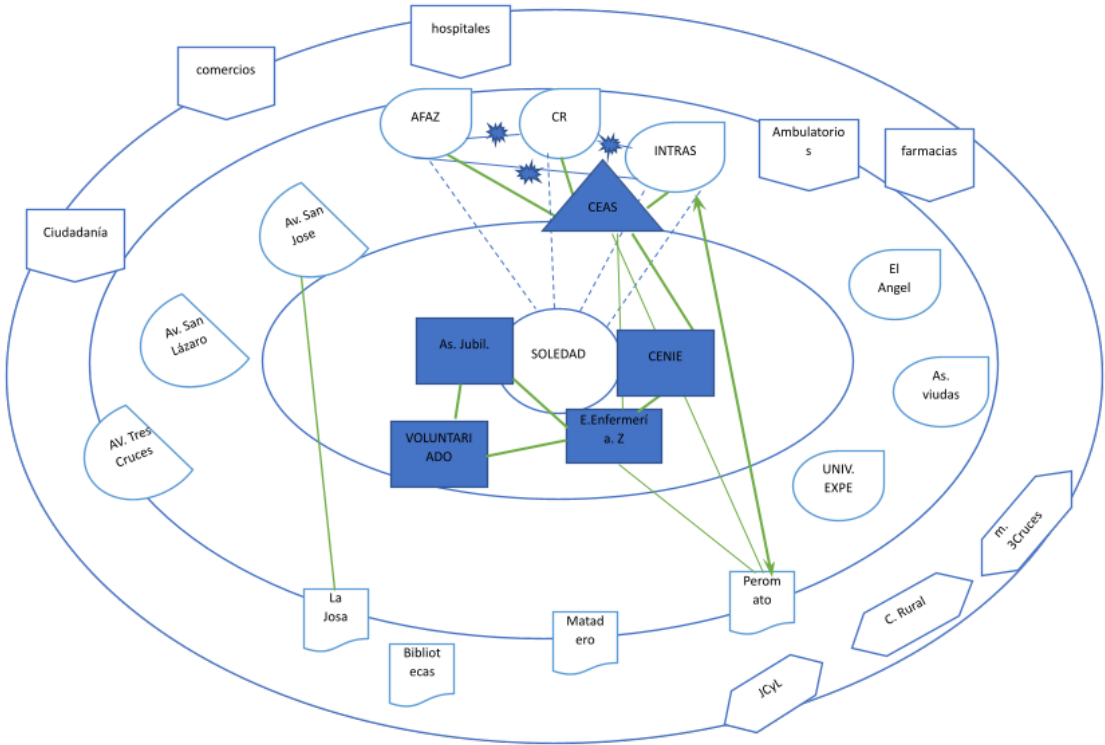
- ✓ Porque están en relación y/o atienden de forma directa a la población objeto de nuestro estudio (p.e AFAZ, INTRASS, CR etc.).
- ✓ Porque pueden ser un activo en el proceso comunitario (p.e Asociaciones de vecinos, escuelas, ambulatorios, asociaciones culturales, grupos informales etc.).
- ✓ Porque pueden ofrecer espacios que ya están reconocidos por la comunidad y abiertos a la misma (p.e Peromato).
- ✓ Porque puede ser un lugar en el que buscar/captar voluntariado sénior
- ✓ Porque podemos sumar a actividades y acciones que ya realizan, generando sinergias beneficiosas para el cumplimiento de nuestros objetivos y pueden vernos como un activo (otros espacios de participación, ambulatorios, servicios sociales etc.).
- ✓ Porque pueden desarrollar un papel importante en el proceso.












El mapa se compone de varios círculos concéntricos. En el centro está el objeto de nuestro estudio, la soledad no deseada de las personas mayores. El siguiente círculo recoge los actores que ejercen un liderazgo en el proyecto y en la siguiente circunferencia figuran los actores que consideramos primarios. En la última circunferencia se ubican los actores más secundarios.

Entre los actores primarios están las principales organizaciones y asociaciones de mayores de la ciudad de Zamora, juntamente con las asociaciones de vecinos de los barrios que se han considerado prioritarios (San José, San Lázaro y Tres Cruces-Centro).

En la intersección están aquellos espacios comunitarios que también pueden considerarse un activo (Peromato, La Josa, El Matadero), ya que pueden convertirse en espacios de encuentro, de detección, de información, y según cómo evolucione el proceso comunitario, pueden llegar a ser clave. Finalmente, también ubicamos como agentes secundarios los centros de mayores de la Junta de Castilla y León, de las Cajas de Ahorros y aquellos que son competencia del ayuntamiento. De forma complementaria, ubicamos también en esta tercera circunferencia a la ciudadanía en general, las farmacias, los comercios, los hospitales y los ambulatorios, ya que pueden ser grandes activos en el momento de activar los procesos de detección.

Es importante entender que el mapa es un instrumento dinámico, una herramienta que puede cambiar a lo largo del proceso. En él que se pueden ir incluyendo las relaciones existentes entre los diferentes actores. En esta primera foto, se han incluido aquellas cuyo carácter se ha identificado a partir de las entrevistas realizadas. Las relaciones se irán observando a lo largo del proceso, así como la implicación y relación de los actores con el objeto de la intervención (la soledad). Los cambios que se vayan produciendo, serán un indicador en el proceso de evaluación.



	Asociaciones u organizaciones de Mayores activos y dinámicas en Zamora
	Asociaciones de vecinos de las Zonas pruiritarias de actuación
	Actores líder del proyecto
	Administración local
	Espacios/equipamientos comunitarios
	Centros de mayores
	Otros Actores
	Relación débil
	Relación colaborativa (el grosor de la línea indica el grado de colaboración, a más grossor, más y mayor colaboración/coordiación)
	Relación conflictiva
	Relación de dependencia/pertenencia

LOS INSTRUMENTOS

Diario de acción comunitaria

El presente documento es un diario colaborativo que ha sido cumplimentado de forma consecutiva por las personas facilitadoras y voluntarias del proyecto, con el fin de hacer un seguimiento de la acción y compartir el transcurso de las actividades

Acción			
Fecha		Lugar	
Descripción			
Participantes			
Resultados			
Comentarios			

Los instrumentos de sensibilización

BRIEFING de la campaña

OBJETIVOS

1. Sensibilizar a la ciudadanía con relación al fenómeno de la soledad no deseada, desestigmatizando, y desculpabilizando.

...La soledad es inherente a la existencia humana, si te sientes solo o sola, no pasa nada, nos pasa a todos y todas en algún momento...

La campaña debe ayudar a la expresión del sentimiento por parte de la población. A que las personas (sobre todo los mayores) pierdan vergüenza y miedo a poder manifestar que se sienten solos.

2. Debe interpelar a la ciudadanía, buscando su implicación en la construcción de redes vecinales y en la ayuda mutua

... Yo como vecino, vecina, ¿qué puedo hacer? ¿Hay personas mayores en mi vecindario? ¿Puedo ofrecer mi colaboración en algo? ¿Puedo ser un buen vecino, una buena vecina?...

3. Debe interpelar a colectivos específicos y a la ciudadanía general en la detección de situaciones de soledad no deseada. Los vecinos y las vecinas ven y oyen muchas cosas y pueden estar al caso de la situación de otras personas. Por otro lado, existen “espacios de confianza”, “lugares seguros” donde las personas mayores expresan y cuentan lo que no cuentan en ningún otro lugar: farmacias, ambulatorios, peluquerías (en el caso de las señoras) y otros. Estos colectivos pueden ser destinatarios de acciones específicas destinadas a que estén atentas a las posibles situaciones de soledad y actúen al respecto informando a las personas sobre la importancia de que lo expresen y actúen. (participando en el proyecto).

MEDIOS Y MATERIALES POSIBLES

- Radio (la población zamorana escucha mucho la radio)
- Medios locales
- Cartelería
- Folletos informativos con aspectos básicos sobre el proyecto
- ¿Folletos específicos animando a actuar?**
 - Farmacias
 - Ambulatorios
 - Empresa de SAD y servicios sociales
 - Otros
- Opis en marquesinas, autobuses etc.
- Distintivos para los comercios/farmacias y otros “comercio contra la soledad” por ejemplo?
- Redes sociales

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA

La campaña se acompañará de acciones que se realizarán a nivel técnico y de voluntariado. Por ejemplo: el 7 de octubre el Ayuntamiento realizará una charla en la que anunciará los talleres de envejecimiento activo. Tendremos un espacio de unos 5 minutos para explicar el proyecto y animar a la gente a actuar y participar.

Se espera poder tener alguna sesión de trabajo con la empresa y trabajadoras del servicio de atención domiciliaria del ayuntamiento para poder animar (y dotar de herramientas básicas

para ello) a las trabajadoras a tener en cuenta la soledad, y facilitar la derivación al proyecto de personas con soledad.

Otros que puedan surgir

Será necesario tener un teléfono del proyecto que indicar en los folletos y materiales específicos.

CALENDARIO APROXIMADO

Inicio de la campaña a principios de **NOVIEMBRE**, para que coincida con la primera charla informativa. Finalización en Diciembre.

PRODUCTOS

Folleto

Proyecto cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa INTERREG V-A, España-Portugal, 2014-2020.

Soliedad
elige no estar solo

ZAMORA
frente a la
SOLEDAD

Si eliges no estar solo
o si quieres ampliar tu red o
compartir tus vivencias
llámanos al

619 90 47 67

o escribenos a
contralasoledad@zamoramavida.org

Soliedad
elige no estar solo

¿TE SIENTES SOLO O SOLA?
¿Tienes ganas de conocer a
personas como tú?
¡Elige no estar sólo!

Participa en Soliedad Zamora
tu red de solidaridad vecinal de lucha
contra la soledad no deseada.

COLABORAN: AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

PARTICIPAN: UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, Escuela Universitaria de Estudios de Zamora, Sacyl

PROMUEVEN: Interreg España - Portugal, PSJ Programa para una Sociedad Longeiva, CENIE CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL VEJECIMIENTO



¿Qué es Solledad Zamora?

Una iniciativa que pretende ayudar a combatir la soledad no deseada de los mayores gracias a la implicación de todos los zamoranos que quieran colaborar.

¿Quién puede beneficiarse de participar en Solledad Zamora?

Todas las personas mayores de 65 que se sientan solas o aisladas o que quieran ampliar su red y tengan interés en conocer a más personas.

¿Qué ofrece Solledad Zamora?

Llamadas de acompañamiento o la posibilidad de participar en encuentros con otras personas que tengan ganas de ampliar sus relaciones sociales.

¿Quién hace posible Solledad Zamora?

La Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora, personas voluntarias, estudiantes, asociaciones y organizaciones locales (de vecinos, mayores etc.) y está abierta a todo aquel que quiera colaborar para hacer de Zamora un ejemplo de ciudad más participativa y solidaria.

¿De dónde surge la iniciativa?

El proyecto está promovido por el CENIE en colaboración con la Universidad de Salamanca y está dentro del programa *Juntos Damos más vida a Zamora*.



Comercio adherido al Proyecto

**ZAMORA
frente a la
SOLEDAD**

Solledad
elige no estar solo



PROMUEVEN:  **COLABORAN:**  **PARTICIPAN:** 

Proyecto cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa INTERREG V-A, España-Portugal, 2014-2020.

Adhesivo

Soliedad
elige no estar solo

ZAMORA
frente a la
SOLEDAD

+65
JUNTOS DAMOS
MÁS VIDA A ZAMORA

Infórmate en el
619 90 47 67
contralasoledad@zamoramasvida.org

PROMUEVEN:
interreg España-Portugal
PSL Programa para una Sociedad Longeva
CENIE

COLABORAN:
AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

PARTICIPAN:
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Escuela Universitaria Enfermería de Zamora

Proyecto cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa INTERREG V-A, España-Portugal, 2014-2020.

Póster

CUÑAS DE RADIO Y TELEVISIÓN

CUÑA 1- 20" CAMPAÑA SOLIEDAD

Ya está en marcha en Zamora el proyecto **Soliedad**, la iniciativa para ayudar a combatir la soledad no deseada de las personas mayores. Si tienes más de 65 años y te sientes solo, no lo dudes. Llama al 619 90 47 61 o escribe un mail a contralasoledad@zamoramasvida.org y únete a Soliedad Zamora. ¡Elige no estar sólo!

MENCION PRESENTADOR TV- 45" CAMPAÑA SOLIEDAD

Os contamos ahora una iniciativa que ha comenzado en Zamora llamada **Soliedad**. Un proyecto pionero, que trata de combatir la soledad no deseada de las personas mayores mayores de 65 años. Va dirigido a personas que se sientan solas o aisladas.

Así que, si tú que me ves ahora, tienes más de 65 años y alguna vez te has sentido solo o sola y no quieres estarlo, o simplemente te apetece conocer a personas como tú llama al 619 90 47 61 o escribe un mail a contralasoledad@zamoramasvida.org. Allí te ofrecerán acompañamiento telefónico y la posibilidad de participar en encuentros y compartir vivencias con otras personas como tu.

¡Venga! llama ya y ¡elige no estar solo!

EL CUESTIONARIO DE ENTRADA

Sr. X

Le llamamos desde la campaña Soliedad. Hace unas semanas nos compartió su información para que pudiéramos contactarlo/a y hacerle algunas preguntas que nos ayudarían a diseñar las actividades que vamos a realizar y conocer mejor la comunidad en Zamora. ¿Tiene unos minutos para ayudarnos con algunas preguntas sobre usted y sus actividades? No serán más de 15.

Toda la información será tratada de manera confidencial y no será difundida de ninguna manera.

Perfil

Datos

1. Nombre *(no preguntar, completar)*
2. Apellido *(no preguntar, completar)*
3. Teléfono de contacto *(no preguntar, completar)*
4. ¿Su año de nacimiento es el XXX? Confirmar información de inscripción
5. Sexo *(no preguntar, completar)*
6. ¿En qué barrio reside? *(no preguntar, completar)*

Vida diaria y Vivienda

Después de completar la sección anterior y al conseguir comunicarse con la persona, se presentan con el siguiente texto:

Sr. X

Le llamamos desde el proyecto Soliedad. Hace unas semanas nos compartió su información para que pudiéramos contactarlo/a y hacerle algunas preguntas que nos ayudarían a diseñar las actividades que vamos a realizar y conocer mejor la comunidad en Zamora. ¿Tiene unos minutos para ayudarnos con algunas preguntas sobre usted y sus actividades? No serán más de 15.

Toda la información será tratada de manera confidencial y no será difundida de ninguna manera.

7. Antes que nada nos gustaría saber cómo se ha enterado del proyecto de Soliedad por el que le/la llamamos
- Por un punto de información
 - En una consulta médica
 - A través de publicidad o cartelería en la vía pública
 - Me lo comentó un conocido
 - Me informaron en CEAS (Servicios Sociales)
 - A través de un comercio (farmacia, ortopedia)
 - A través de una parroquia
 - Otros...

Empezaremos con algunas preguntas sobre su vida y su hogar actual.

8. ¿Cuál es su estado civil? *Leer opciones*
- Soltero/a
 - Casado/a o en pareja
 - Divorciado/a
 - Viudo/a
9. ¿Con quién convive actualmente? Por favor indicar todos los que corresponda:
- Solo/a
 - Pareja
 - Hijos
 - Familiares directos

- e. Con un profesional de cuidado (ir a pregunta 10)
- f. Amigos/as
- g. En una residencia
- h. Otros/as convivientes

10. *Leer si convive con un profesional de cuidado.*

Si convive con un/a profesional de cuidado ¿Este/a está con usted a tiempo completo o a tiempo parcial?

- a. Tiempo completo
- b. Tiempo parcial

11. *¿Cree que su hogar está cerca de los principales parques, espacios públicos, equipamientos o lugares que le interesen?*

Nos referimos a lugares como bibliotecas, clubes o espacios de actividades.

- a. Muy cerca
- b. Cerca
- c. No tan cerca
- d. Lejos
- e. Muy lejos
- f. Otro:

Situación de empleo

Ahora le consultaremos por sus actividades y empleo regulares

12. *¿En la última semana trabajó algún día?*

- a. Sí (*ir a pregunta 13*)
- b. No (*ir a pregunta 14*)

13. *¿Qué tipo de actividad realizó?*

- a. Trabajo para un negocio por cuenta propia
- b. Trabajo a tiempo completo
- c. Trabajo a tiempo parcial

14. *¿En su vida diaria se dedica al cuidado de alguna persona regularmente?*

- a. Sí, un niño/s
- b. Sí, un adulto/s
- c. No

Salud

Algunas personas padecen problemas de salud crónicos o de larga duración. Por crónico o de larga duración se entiende un problema que le haya afectado, le esté afectando, o que puede que le afecte durante un tiempo largo.

15. ¿Tiene algún tipo de enfermedad crónica que requiera de un seguimiento de salud continuado? Ya sean de tipo físico o mental.

- a. Sí
- b. No

16. ¿Tiene algún problema de movilidad?

- a. Sí (*ir a la 17*)
- b. No (*ir a la 18*)

17. Cuando sale de casa ¿necesita alguno de estos apoyos?

Leer las opciones

- a. Silla de ruedas
- b. Ayuda personal
- c. Caminador o andador
- d. Bastón
- e. Muletas
- f. Ninguna

18. ¿Cómo describiría su estado de salud?

Lea en voz alta

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Aceptable
- e. Mala

19. Durante los últimos seis meses, ¿cuántas veces en total ha acudido a la consulta de un/a médico o ha hablado con un/a médico o enfermera acerca de su salud, contando los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las consultas externas, pero sin tener en cuenta las visitas al dentista?

20. Por favor, cuente también las consultas que haya hecho por teléfono u otros medios.

Actividades / Estilo de vida

Para conocer mejor las actividades, intereses y costumbres de las personas a quienes les interesaría participar en actividades de Soledad, le preguntaremos algunos detalles de su vida respecto a su círculo social y actividades diarias.

Red social

Teniendo en cuenta a las personas de su familia, con las que usted está relacionado ya sea por nacimiento, casamiento, adopción, etc...

21. ¿Con cuántos parientes se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?
- a. 0 = ninguno
 - b. 1 = uno
 - c. 2 = dos
 - d. 3 = tres o cuatro
 - e. 4 = cinco a ocho
 - f. 5 = nueve o más
22. ¿A cuántos parientes siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?
- a. 0 = ninguno
 - b. 1 = uno
 - c. 2 = dos
 - d. 3 = tres o cuatro
 - e. 4 = cinco a ocho
 - f. 5 = nueve o más
23. ¿Con cuántos parientes se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?
- a. 0 = ninguno
 - b. 1 = uno
 - c. 2 = dos
 - d. 3 = tres o cuatro

- e. 4 = cinco a ocho
- f. 5 = nueve o más

Teniendo en cuenta a todos sus amigos, inclusive a aquellos que viven en su vecindario...

24. ¿Con cuántos amigos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?

- a. 0 = ninguno
- b. 1 = uno
- c. 2 = dos
- d. 3 = tres o cuatro
- e. 4 = cinco a ocho
- f. 5 = nueve o más

25. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

- a. 0 = ninguno
- b. 1 = uno
- c. 2 = dos
- d. 3 = tres o cuatro
- e. 4 = cinco a ocho
- f. 5 = nueve o más

26. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?

- a. 0 = ninguno
- b. 1 = uno
- c. 2 = dos
- d. 3 = tres o cuatro
- e. 4 = cinco a ocho
- f. 5 = nueve o más

Ejercicio

27. Nos gustaría saber qué tipo de actividad física lleva a cabo en su vida diaria. ¿Con qué frecuencia realiza actividades físicas, como el deporte, labores domésticas o un trabajo que requiera esfuerzo físico o moderado, como la jardinería o dar un paseo?

Lea en voz alta:

- a. Más de una vez a la semana
- b. Una vez a la semana

- c. De una a tres veces al mes
- d. Casi nunca, o nunca

Actividades

28. ¿Cuáles de las siguientes actividades realizó Ud. -si es que realizó alguna- en los últimos doce meses?

Anote todas las respuestas pertinentes

- a. Voluntariado u obras de beneficencia
- b. Asistencia a cursos de formación o educacionales
- c. Asistencia a un club deportivo, social o de otro tipo
- d. Participación en actividades de un partido político o de una organización relacionada con la comunidad
- e. Lectura de libros, revistas o periódicos
- f. Juegos de palabras o números como los crucigramas o el Sudoku
- g. Jugar a las cartas o a juegos como el ajedrez
- h. Ninguna de las anteriores

Soledad

El proyecto que estaremos implementando en Zamora busca que las personas mayores de 65 años en Zamora amplíen su círculo y cuenten con una comunidad más cercana y solidaria. Para eso estamos interesados en conocer su opinión sobre su círculo social.

29. ¿Cree usted que siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios?

- a. Sí
- b. Más o menos
- c. No

30. ¿Echa de menos tener un buen amigo/a de verdad?

- a. Si
- b. Más o menos
- c. No

31. ¿Siente una sensación de vacío a su alrededor?

- a. Si
- b. Más o menos
- c. No

32. ¿Considera que hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad?
- a. Sí
 - b. Más o menos
 - c. No
33. ¿Echa de menos la compañía de otras personas?
- a. Sí
 - b. Más o menos
 - c. No
34. ¿Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado?
- a. Sí
 - b. Más o menos
 - c. No
35. ¿Considera que tiene mucha gente en la que confiar completamente?
- a. Sí
 - a. Más o menos
 - b. No
36. ¿Considera que hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha?
- a. Sí
 - a. Más o menos
 - b. No
37. ¿Echa de menos tener gente a su alrededor?
- a. Sí
 - a. Más o menos
 - b. No
38. ¿Se siente abandonado/a a menudo?
- a. Si
 - b. Más o menos
 - c. No
39. ¿Puede contar con sus amigos/as siempre que lo necesita?
- a. Sí
 - b. Más o menos
 - c. No

Condiciones de vida

Para poder planificar las actividades del proyecto de Soliedad que estamos diseñando también nos serviría conocer algunos datos sobre las condiciones de vida en Zamora. Le recordamos que toda la información será tratada de manera confidencial.

40. ¿Recibe algún ingreso mensual?
- Sí (ir a pregunta 40)
 - No (ir a pregunta 41)
41. ¿De qué fuente es este ingreso? Por favor indique todas las que correspondan
- Un empleo o negocio actual
 - Pensión de jubilación
 - Rentas (propiedades alquiladas, inversiones, etc.)
 - Ayudas sociales (por ejemplo Ingreso Mínimo Vital)
 - Pensiones no contributivas (por ejemplo, pensión de viudedad)
 - Ayudas de familiares
42. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha alcanzado?
- Sin estudios
 - Educación primaria
 - Educación secundaria de primera etapa
 - Educación secundaria de segunda etapa
 - Formación profesional o post-secundaria no universitaria
 - Educación universitaria
 - Estudios de postgrado

Satisfacción

Por último, nos interesa conocer su nivel de satisfacción con algunos aspectos de su vida y comunidad.

43. En una escala de 0 a 10 donde 0 representa totalmente insatisfecho/a y 10 representa totalmente satisfecho/a, ¿cómo de satisfecho/a está usted con su vida?
44. Sobre las actividades que nos mencionó que realiza regularmente, como voluntariado, lectura, participación en cursos o actividades deportivas), en una escala de 0 a 10 en la

que 0 significa totalmente insatisfecho/a y 10 significa completamente satisfecho, ¿cómo de satisfecho/a se siente usted con esto?

45. En una escala de 0 a 10 en la que 0 significa totalmente insatisfecho/a y 10 significa completamente satisfecho ¿Cómo calificaría a la vida comunitaria de su barrio?
46. En una escala de 0 a 10 en la que 0 significa totalmente insatisfecho/a y 10 significa completamente satisfecho ¿cómo calificaría su barrio en términos de la vida comunitaria/social de las personas a medida que envejecen?
47. Comentarios

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD. *ENCUENTROS. Iniciando el vínculo.*

- A. DATOS BÁSICOS DE LA ENTREVISTA.** [*Persona Entrevistada. Fecha. Lugar. Personas entrevistadoras. Anotaciones*]
- B. INTRODUCCIÓN.** [*Presentación básica del proyecto, presentación de las facilitadoras, recopilación de los datos que faltan de la entrevista de entrada*].
- C. HISTORIA DE VIDA** *Nos gustaría conocerle más y que nos explicara algunas cosas de su vida. [Apuntamos lo más relevante que nos ayude a resumir los acontecimientos más importantes].*
1. **POBLACIÓN ORIGEN** ¿Dónde nació? ¿Dónde creció?
 2. **FAMILIA.** ¿Cómo fue la familia de origen? ¿Cómo el de su familia actual?
 3. **DÓNDE HA VIVIDO** ¿Dónde ha vivido a lo largo de su vida? ¿En qué barrio? ¿Tiene vinculación?
- D. SITUACIÓN ACTUAL** *Ahora nos gustaría saber un poco sobre su vida en la actualidad.*
4. **DESCRIPCIÓN DÍA A DÍA.** *Nos gustaría que explicara cómo es un día común para usted.*
 5. **AFICIONES.** ¿Cuál es la cosa que más le gusta hacer? ¿Tiene aficiones? ¿Cuáles? [*Observar el entorno nos puede ayudar a identificarlas*]
 6. **PARTICIPACIÓN.** ¿Participa en alguna asociación, equipamiento, centro de día?

¿Cuál? ¿Cada cuánto va?

E. SITUACIÓN DE SALUD EMOCIONAL. *Ahora nos gustaría saber cómo se encuentra a nivel de ánimos.*

7. **ESTADO EMOCIONAL.** *¿Cómo se siente, en general? ¿Cómo está de ánimos?*
8. **SOLEDAD.** *¿Cuánto tiempo diría se ha sentido solo/a en los últimos tres meses? Muy frecuentemente, frecuentemente, ocasionalmente, muy ocasionalmente, nunca*.* **EN CASO DE QUE SE SIENTA SOLO.** *¿En qué momentos del día se siente más solo/a? ¿Qué hace en esos momentos?*

F. EL PASO A LOS ENCUENTROS.

9. **ACLARACIONES.** *¿Qué dudas tiene respecto a los ENCUENTROS? [Recordamos próximos pasos: día, lugar, hora o si le llamaremos...]*
10. **APORTACIONES.** *¿Me quiere contar algo que no le haya preguntado? ¿Hay alguna cosa que cree que debemos tener en cuenta?*

EL DIARIO de los encuentros

Día del encuentro	Lugar
Número de Asistentes	Facilitadoras
Resumen de la sesión. Explicar, de forma <u>general</u> , cómo ha transcurrido la sesión. El clima, el grado de participación, el funcionamiento de las dinámicas, la adecuación del espacio...	
Grado de desarrollo de la actividad. Del 1 al 5, ¿cuánto dirías que se ha completado la programación prevista?	
Logros, aspectos positivos que suceden. Por ejemplo, si alguien que no acostumbra a participar se abre y lo hace durante la sesión.	
Conflictos. Tensiones que observamos durante la sesión y cómo se ha abordado.	
Vinculaciones observadas. ¿Se crean relaciones informales? ¿Empiezan a pasar cosas entre los participantes que los vinculen los unos a los otros?	
Temas pendientes. Indicar si nos hemos comprometido a algo para la siguiente sesión, como recordatorio interno. Por ejemplo, no ha dado tiempo a que alguien hable y le decimos que la suya será la primera intervención durante la siguiente sesión.	
Otras cosas para tener en cuenta en la siguiente sesión. (en cuanto a los participantes, el espacio, la logística...)	
Cosas que nos generan dudas como facilitadoras (del proceso, de mi papel, del grupo..)	
Sentimientos, aprendizajes como facilitadoras.	
Otras cosas que quiero comentar.	
Comentarios para supervisión	



PSL Programa para una Sociedad Longeva

CENIE¹