

Escuchar el silencio, evitar el estruendo

*La soledad y las mujeres
mayores en Cantabria*



Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Escuchar el silencio, evitar el estruendo. La soledad y las mujeres mayores en Cantabria (Colección Palabras Mayores, Editorial UNATE)

Primera edición: diciembre de 2021

Escuchar el silencio, evitar el estruendo recoge los resultados del I Estudio sobre Mujeres Mayores y Soledad en Cantabria y del trabajo de campo en grupos focales desarrollados en localidades rurales. Ambos procesos han sido impulsados por UNATE, La Universidad Permanente, y por la Fundación Patronato Europeo de Mayores (PEM).

ISBN: 978-84-123618-1-0

Créditos:

Para el Capítulo 1: Asonautas (Coord. Javier Vázquez Salguero)

Para el Capítulo 2: Sara Lanzas, Rebeca Martínez Gómez y María Montesino (Edición de Mayra Sánchez Mora)

Edición y coordinación general: Francisco Gómez Nadal

Diseño: Creando Estudio

Editorial UNATE es un proyecto de gestión del conocimiento de la Asociación UNATE, La Universidad Permanente.

Calle Vargas, 47. Esca Izda. 2º Puerta 4

39010 Santander (Cantabria) www.unate.es

La investigación Mujeres Mayores y Soledad en la Era Covid ha sido posible gracias al apoyo de la Dirección General de Igualdad y Mujer de la Consejería de Universidades, Igualdad, Cultura y Deporte del Gobierno de Cantabria.

El trabajo de campo con mujeres mayores rurales contenido en el segundo capítulo de este libro fue posible gracias al apoyo del Instituto Cántabro de Servicios Sociales de la Consejería de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria.

Dedicado a los centenares de mujeres que han confiado
en nosotras, que nos han contado sus historias,
sus anhelos y sus temores.

Índice

Introducción	
La realidad, los imaginarios	13
Capítulo 1	
Estudio mujeres mayores y soledad en Cantabria en tiempos del Covid	19
1. Experiencia de soledad	29
2. Datos socioeconómicos	44
3. Salud	55
4. Vivienda	67
5. Entorno comunitario	76
6. Futuro	84
7. Apuntes cualitativos	87
8. Conclusiones	90
Capítulo 2	
Las voces de las mujeres mayores rurales	95
Bibliografía	133

Introducción

La realidad, los imaginarios

*“He cambiado radicalmente
de vida
Antes vivía con tu soledad.
Ahora vivo con mi compañía”*

Begoña Abad

Parece que en estos tiempos de patologización, todo es diagnosticable. Y los medios de comunicación, así como muchas organizaciones e, incluso, entidades públicas, se han lanzado a declarar que tras la pandemia del Covid-19 ahora nos toca enfrentar la pandemia de la soledad. Aún más: en el imaginario de la opinión publicada se relaciona soledad con personas mayores de forma casi automática. Por eso nos hemos propuesto casi un imposible: escuchar el silencio de cientos de mujeres mayores que tienen tanto que decir y cuyas voces parecen desaparecer sordas en el estruendo mediático, ese que queremos evitar.

Lo cierto es que la soledad no deseada (empecemos a poner apellidos) es un problema, pero no de un grupo etario, sino de nuestra sociedad trazada desde el enfoque occidental, consumista e individualista. Es difícil repetir esto cuando la Organi-

zación Mundial de la Salud, muchas organizaciones de mayores y los titulares que se multiplican insisten en relacionar soledad y personas mayores. Pero la realidad es tozuda. Según un informe del *Joint Research Centre (JRC)* de la Comisión Europea, la sensación de soledad en España casi se ha duplicado tras la pandemia, pasando del 11,6% al 18,8%; pero el grupo de edad en el que este sentimiento subjetivo se ha cuadruplicado en los últimos cinco años es –¡sorpresa!– el de las personas entre 18 y 35 años.

¿Este dato querría decir que la soledad no afecta a las personas mayores? Por supuesto que no, pero sí deja claro que hay un problema estructural que resulta más difícil de explicar en personas jóvenes que en aquellas que, por razones apenas obvias, van perdiendo su red social de cercanía, y que la manera de abordar la soledad no puede partir de prejuicios o de recetas universales.

Por eso es importante estudiar, escuchar y publicar estudios de cercanía que nos ayuden a caracterizar estas soledades y los factores que influyen en cada persona. Es imposible atender desde un estudio la diversidad humana que contiene un grupo etario, pero sí es posible apuntar elementos comunes o que se manifiestan en un alto porcentaje de personas. Y es importante para no caer en generalizaciones que relacionen, por ejemplo, el hecho de vivir sola o solo con la soledad o que conviertan el aislamiento social como factor incuestionable de la soledad.

De hecho, es importante repetir los conceptos. El aislamiento social supone una escasez de contactos sociales y esto puede ocurrir por muchas razones: la pérdida del entorno de confianza por razones de edad o enfermedad, el hecho de habitar en poblaciones rurales con muy baja densidad humana, la pérdida de movilidad o de algún sentido importante para la comu-

nicación o, incluso, el deseo personal de aislamiento. Otra cosa es la soledad, que no deja de ser un sentimiento subjetivo de abandono o de estar sola y que puede producirse en condiciones de aislamiento social o rodeados de otras personas.

En el caso de las mujeres mayores, que son el centro de este libro, sería imposible trazar un solo perfil de la soledad que pueden sufrir o sufren. Desde luego, poco ayudan campañas ‘espectaculares’, pero simplificadoras, como la de una fundación bancaria que se hizo famosa en las navidades de 2019. La entidad colocó una escultura hiperrealista en el Paseo del Arenal de Bilbao hecha a imagen y semejanza de una mujer de 89 años real que sufría soledad. Aunque Mercedes, que así se llamaba la modelo, estaba más que viva, el artista tituló su escultura como *La última persona fallecida en soledad*. La imagen respondía al tópico: mujer mayor sentada en un banco con la cabeza gacha y la mirada perdida. Poco antes, otra ONG lanzó otra campaña ‘espectacular’ bajo el título de *Familias hinchables*. Otra vez una mujer, viuda y sola, cuya única compañía y conversación consiste en unos muñecos inflables que simulan a la familia perdida.

Todas esas campañas, por supuesto, contienen una parte de la realidad, pero ni hacen justicia a un fenómeno complejo y de múltiples aristas, ni tuvieron en cuenta la diversidad de mujeres mayores (por ejemplo, aquellas que deciden vivir solas, o aquellas que gestionan la soledad no deseada aprovechando las herramientas que tienen a su alcance, o las que no tienen forma de combatirla y simplemente la sobrellevan). Pero, lo más importante, es que todas las campañas suelen poner el foco en la necesidad de que el resto de la sociedad tome conciencia sin insistir en la necesidad de un cambio de paradigma que recupere, por ejemplo, los tejidos comunitarios, vecinales o asociativos que con tanto ahínco se han roto en las últimas

décadas y que nos dejan desprotegidas cuando la soledad no deseada nos rodea; o que fomente las lógicas de apoyo mutuo, o que no siga sobrecargando a las mujeres mayores con los cuidados de sus familiares dependientes o de los nietos y nietas o, incluso, todavía de sus hijos e hijas.

Mujeres y soledad

Este libro, y el estudio que incluye, ha partido de un sesgo intencional. Queríamos conocer con el mayor detalle posible qué incide en la soledad no deseada de las mujeres mayores de Cantabria. Ese punto de partida ya contenía un sesgo que no nos gustaba: la división territorial de la comunidad autónoma no contienen una población de mujeres mayores homogénea. La dicotomía rural/urbana, por ejemplo, se podría volver un poliedro que tuviera en cuenta el número de personas que viven en una población, el valle ‘cultural’ en el que está enclavado, qué barrio de qué ciudad, qué recursos sociales y públicos existen en un radio de dos kilómetros de la vivienda de la mujer... en fin, el desdoblamiento es casi infinito. Sin embargo, nos parecía imprescindible este primer estudio para acercarnos a la realidad de un porcentaje inmenso de la población de la región: 75.477 mujeres con 65 años o más (ICANE, 2021), lo que supone un 13% del total de habitantes de Cantabria.

Elegimos el sesgo de género como el eje del estudio porque las mujeres viven más años que los hombres, porque son muchas más en comparación (57% del total de personas de más de 65 años) y porque cuando una mujer mayor queda sola (por viudez o por la pérdida de la red social de cercanía) no se activan los mismos dispositivos sociales ni públicos que cuando la misma situación la experimenta un hombre. Un dato confirma esta afirmación: de las 7.561 personas mayores que vivían en hogares unipersonales en Cantabria en 2020 (INE, 2021),

5.232 eran mujeres (casi un 69% del total en clara desproporción con su peso en el grupo etario –el 57%–).

En el imaginario de género una mujer mayor se puede valer por sí sola, puede aguantar más y mejor, se sabe cuidar porque ha pasado toda la vida cuidando –de otros–, y, en el mejor de los casos, encuentra sentido a su vida dando continuidad a esa vida de cuidados (ahora con nietos o nietas o cocinando para toda la familia). Pero los imaginarios se topan contra la realidad.

El estudio que contiene este libro no pretende ser definitivo ni cree tener respuestas a todas las preguntas. Se trata de una fotografía de instante que nos muestra algunas de las dimensiones subjetivas y objetivas que provocan la soledad no deseada. Aparece de forma clamorosa cómo una mujer mayor que toma la decisión de vivir sola se siente menos sola que aquella que lo hace en contra de su voluntad; se manifiesta con claridad el peso que tienen las relaciones sociales de calidad a la hora de atrasar o evitar el sentimiento de soledad no deseada; es abrumador el peso de la biografía en la soledad (la soledad anterior, en otras fases del curso de la vida, el acceso a la formación, la calidad de la vivienda en la que se vive, la economía...).

Le invitamos a leerlo con calma y a aprovechar los elementos cuantitativos que se aportan para comenzar a intuir ese mapa de factores clave. Luego, adéntrese en el segundo capítulo, donde aparecen las impresiones de decenas de mujeres que viven en entornos rurales o semirurales de Cantabria y que han participado en 26 grupos focales que hemos realizado en el primer semestre de 2021. Ha sido una experiencia enriquecedora. Hemos escuchado y, por tanto, hemos aprendido. De hecho, quizá, esa es la principal conclusión del estudio y de

este libro: si queremos ayudar o acompañar a las mujeres mayores hay que escucharlas, permitirles una participación real (basta de ejercicios retóricos de participación) e individualizar al máximo las acciones para así atender a la inmensa diversidad con la que nos relacionamos.

La soledad no es un epidemia. Es cierto que la soledad no deseada puede provocar, acelerar o intensificar patologías físicas y psicológicas, pero antes que la patología está la realidad social de la soledad. Una comunidad rota, atrincherada en los hogares y en las pantallas, unos servicios orientados al asistencialismo y una sociedad edadista que sitúa a las mujeres mayores en la periferia de la vida social, cultural, económica y política poco pueden ayudar a convertir a la soledad no deseada en un fenómeno marginal.

Estudio mujeres mayores y soledad en

Cantabria en tiempos del Covid¹

*“Fuimos
empapelando el mundo
con números y nombres,
pero
las cosas existían,
se fugaban
del número,
enloquecían en sus cantidades,
se evaporaban
dejando
su olor o su recuerdo
y quedaban los números vacíos”*

Pablo Neruda

En la actualidad no parece ninguna novedad leer acerca de estudios que mencionen la soledad que padecen las personas

1 | Este estudio, diseñado en su inicio por el equipo técnico de UNATE y de la Fundación PEM, fue realizado en colaboración con el colectivo Asonautas, Transformación Rural. La coordinación del mismo ha estado a cargo de Javier Vázquez Salguero y el trabajo de campo ha sido realizado por él mismo, María Dolores Contreras López, Ana Letón Martín y Marga Solares Capellón. La última versión de este informe fue concluida en septiembre de 2021.

mayores. Cada vez con mayor frecuencia se repiten titulares relacionados con la cuestión con ciertos tintes alarmistas. Sin embargo, a la hora de buscar datos concretos no encontramos tantos resultados que nos especifiquen qué tipo de soledad es la que predomina, cómo afecta de manera distinta a las mujeres o a los hombres, si los factores determinantes de ella son distintos en lo rural y en lo urbano, etcétera. Todavía más difícil nos resulta hallar estudios contrastados que analicen estas experiencias a lo largo del tiempo o la diferencias entre ámbitos geográficos determinados.

En la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid para hombres y mujeres mayores de 65 años, el 11,5% de ellas manifestaban sentirse solas frente al 5,7% de los varones. En la distribución por edad, tan solo en la franja de 80-84 años se igualan ambos indicadores manteniéndose en el resto el doble de soledad en las mujeres (Montejo et al., 2017). Otro estudio que ampliaba la población a todas las personas mayores de edad, La soledad no deseada en la ciudad de Madrid, acertaba la diferencia según el sexo al 10,3% y 8,1% respectivamente pero indicaba como a partir de los 65 años se duplicaba hasta el 14,2% global; en los demás grupos de edad se mantenía entre el 7,3% y el 8,2% (Hernan y Rodríguez, 2017). Según el estudio Bakardadeak, Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa, la prevalencia de soledad en las mujeres se sitúa en el 7,0% mientras que en los hombres lo hace en un 3,7% (Sancho et al., 2020).

Los citados configuran tres ejemplos recientes en los que se observa que la soledad duplica su prevalencia en las mujeres respecto a los hombres, de la misma manera que lo hace en ambos sexo cuando la población alcanza los 65 años. Estas diferencias tan abrumadoras nos demandan una indagación más profunda sobre los motivos propios de la soledad en las muje-

res mayores. Con estas premisas en mente y bajo la tutela de la Fundación Patronato Europeo de Mayores (PEM) y la Universidad Permanente (UNATE), entidades con una dilatada experiencia en el envejecimiento activo y la formación, se enmarca este estudio con el objetivo de iniciar una senda de obtención de datos que puedan dar luz a los factores que influyen en las soledades y en el aislamiento social de las mujeres mayores. Solamente con una información de calidad en la mano se podrán diseñar y ejecutar actuaciones de promoción del bienestar físico y emocional de la población.

Un elemento que se ha tenido presente en todo el proceso y en el que se quería incidir de manera concreta ha sido la valoración de la soledad y la posible diferencia entre soledad deseada y soledad no deseada. Creemos necesario despojar este fenómeno de atributos que nos puedan despistar para dimensionar la soledad correctamente en aquellos momentos o etapas en las que esté suponiendo y generando una verdadera problemática.

Acercándonos a la realidad de Cantabria, observamos que todavía estamos en el inicio de este camino con una mayoría de datos estadísticos que nos hablan mayoritariamente de recursos asistenciales (ICASS, 2019). En los últimos años sí se ha intentado abordar otros aspectos más subjetivos sobre la realidad percibida por las personas mayores (ciudades amigables) o sobre alternativas a las prácticas más habituales sobre los modelos residencias en las personas mayores (Rodríguez Cabrero et al., 2019).

A la hora de plantear el estudio que aquí se presenta se ha querido combinar tanto a la población de mujeres mayores de Cantabria como a las alumnas que asisten a la formación y actividades de UNATE, La Universidad Permanente, para poder realizar también un análisis comparativo dentro de los objeti-

vos planteados. Metas que se pusieron a principios de 2020 cuando nadie era capaz de imaginar todos los cambios que iban a acontecer.

Pasado el confinamiento inicial por la pandemia de la Covid-19, se diseñó un proyecto de estudio que incluía grupos focales donde se conversara acerca de los asuntos sobre los que versa esta investigación. Conforme iba evolucionando la pandemia dichos grupos de discusión se fueron retrasando hasta que finalmente se decidió suspenderlos considerando que lo más responsable era exponer a la población al mínimo contacto posible. En vista de la dificultad para realizar ningún tipo de entrevista grupal que no supusiera mayor riesgo para sus participantes, el estudio ha quedado centrado en la encuesta realizada a 497 mujeres. Aunque en el estudio cuantitativo se incluyeron preguntas abiertas de percepción, pasada la fase intensa de la pandemia se pudo desarrollar el plan de grupos focales, cuyos resultados se incluyen en este libro.

El coronavirus ha supuesto cambios insospechados en nuestra manera de vivir y en la misma incertidumbre nos moveremos en los próximos tiempos. Este componente hace que los resultados mostrados supongan una fotografía de un momento muy concreto y con determinadas limitaciones y sesgos. Pero a la vez, nos ha permitido conocer qué estaba ocurriendo en los hogares de las mujeres mayores de Cantabria en un momento sumamente importante y delicado, pudiendo conectar variables y preguntar sobre aspectos relacionados con la soledad, el aislamiento y la pandemia.

Es importante destacar que el trabajo de campo de este estudio se ha desarrollado en dos fases. Una inicial realizada entre octubre y diciembre de 2020, y una segunda desarrollada entre abril y junio de 2021. Los resultados que presentamos

son los finales y suponen un empeoramiento respecto al balance parcial realizado en diciembre de 2020. La corrección del sesgo de mujeres que asisten a actividades de UNATE (en la primera fase había un 62% de estas mujeres frente un 38% de la muestra aleatoria y en el estudio final se ha logrado un 50-50%) y el incremento de la muestra en algo más de un 20% nos proporcionan una imagen más real pero, también, más pesimista. Los efectos de este complicado periodo en la situación de muchas mujeres mayores se han instalado de forma crónica y ya no parecen responder a una coyuntura.

Los conceptos

La primera cuestión a abordar sería qué entendemos por soledad y cómo podemos medirla. Numerosas autoras y autores han realizado definiciones precisas con la intención de delimitar aquello a lo que podemos denominar soledad. Es cierto que hablamos de un sentimiento con una enorme carga de subjetividad, aunque también necesitamos descifrar qué elementos lo componen para poder estudiarlo con mayor profundidad. Partimos de que se trata de un fenómeno complejo que “comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables intrapersonales y culturales, se ve influenciada por los comportamientos y mediatizada por factores externos” (Yanguas et al., 2018). En cuanto a la tipología de soledades podemos clasificarlas según diferentes prismas desde en social o emocional (Weiss, 1973); crónica, situacional o pasajera (Victor, C. et al., 2000); objetiva y subjetiva (Díez Nicolás y Morenos Páez, 2015); etc.

Continuando con lo mencionado tendríamos un dicotomía en función de si las causas se deben a motivos endógenos o exógenos que nos llevaría en ambos casos a una discrepancia cognitiva entre el contacto social deseado y el real (Pinazo

Hernandis, S. y Bellegarde Nunes, M.D., 2018). Este intento de cercar el momento en el que una persona se siente sola debemos diferenciarlo con claridad del hecho de que no existan convivientes en la misma vivienda, una realidad que influye en la soledad y tiene una relación importante pero que no tienen por qué equipararse. Por lo tanto, hablamos de soledad exclusivamente en los momentos en los que una persona experimenta ese sentimiento y de vida en solitario en aquellos casos de viviendas unipersonales. En tercer lugar, cuando nos referimos al aislamiento social estamos hablando de falta de relaciones de confianza y de baja calidad en las mismas.

Dentro de esas definiciones es necesario dotarnos de herramientas válidas y refutadas que nos permitan realizar mediciones que puedan ser asimilables a otras investigaciones. Se ha decidido utilizar tres métodos, dos para la soledad y otro para el aislamiento social. Queríamos saber la percepción que tiene cada mujer de su situación para lo que se ha preguntado ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de soledad? con cuatro posibles respuestas: *Nunca / Algunas veces / A menudo / Siempre*. De esta manera vamos a hablar de *soledad percibida* cuando la persona encuestada ha respondido *A menudo* o *Siempre* a esta pregunta. Se trata de la sensación que experimentamos conscientemente y que además manifestamos en una encuesta telefónica. Pero no siempre coincidimos en aquello que para cada persona significa este fenómeno, además del tabú existente en torno a él. Para este estudio han analizado y probado en muestras piloto varias escalas que miden el grado de soledad (Escala Este II y Escala de soledad de UCLA) optando finalmente por la Escala de Jong Gierveld consistente en once preguntas relacionadas con la soledad pero que no la mencionan directamente. De esta manera obtenemos la *soledad detectada* que va a ser el índice de referencia a lo largo del resto de las

variables del estudio. A la hora de medir el *aislamiento social* buscábamos conocer el grado de consistencia y cohesión en las redes de apoyo, tanto la familiar como la compuesta por las amistades. Para este cometido se ha elegido la Escala de Lubben LSNS-6 compuesta por tres ítems relacionados con el contacto entre las personas y la confianza aplicados a cada red de apoyo (Lubben et al., 2006).

La metodología

Como se ha comentado, la metodología principal ha sido la encuesta telefónica. Con ella se ha pretendido obtener una fotografía lo más precisa posible del momento actual. La población del estudio han sido las mujeres de 65 o más años que alcanzan la cifra de 75.477 mujeres (ICANE, 2021). Aquí debe mencionarse que no se ha tenido en cuenta a quienes viven en alojamientos residenciales que en Cantabria suman 5.561 entre mujeres y hombres, suponiendo el 4,3% de esa población (Envejecimiento en Red, 2020). Consideramos que este grupo de población tiene unas características suficientemente particulares para que deban ser analizadas de manera independiente. Por otro lado, existe una preocupación muy marcada por parte de UNATE y Fundación PEM en saber qué está ocurriendo dentro de los hogares de nuestra comunidad, un espacio que muchas veces tiende a dejarse a un lado por su condición algo más impermeable.

En cuanto a la ficha técnica, de ese universo de 75.477 mujeres de 65 o más años en el ámbito geográfico de Cantabria, se ha obtenido una muestra de 497 encuestas, siendo el intervalo de confianza del 95%, una heterogeneidad del 50% y el margen de error del $\pm 4,9\%$.

En el diseño de la muestra se ha respetado al máximo la es-

tratación según dos variables: edad y ruralidad. Respecto a la primera, se han utilizado grupos quinquenales hasta los 85 años cuya población en Cantabria se distribuye de la siguiente manera:

65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 o más años
25%	22%	16%	15%	22%

Tabla 1

De la misma manera se ha procedido con las localidades en las que residían, en función de si era rural, semiurbana o urbana; respetando estos porcentajes existentes en nuestra región:

Menos de 2000 hab.	De 2000 y 10 000 hab.	Más de 10 000 hab.
8%	27%	65%

Tabla 2

Después de una primera fase de llamadas en las que se detectó un déficit de población aleatoria, así como corregir algunos sesgos de edad y de tamaño de población de residencias, se puso en marcha una segunda fase en el primer semestre de 2021.

La primera fase consistió en cuestionario mediante entrevista telefónica durante los meses de octubre y noviembre de 2020. Durante este tiempo se realizaron 2.572 llamadas telefónicas, de las cuales 2.000 se corresponden a números aleato-

rios de Cantabria y las restantes 572 procedentes de UNATE.

Al filtrar las llamadas buscando perfiles más concretos para mejorar los resultados de la encuesta, aumentan los intentos dejando el índice de respuesta a un 5,6% en la muestra aleatoria y sumando 2.467 llamadas para conseguir 97 encuestas más. Es decir, en la segunda fase -realizada entre abril y junio de 2021- se ha duplicado el número de llamadas por encuesta teniendo que realizar una respuesta para conseguir 1 encuesta válida. Por otra parte, la muestra aleatoria ha superado el número de muestra de UNATE consiguiéndose ese objetivo tras haber quedado en 38-62% en la primera fase. Se mantiene cierto sesgo poblacional pero los resultados ahora pueden ser considerados mucho más fieles a la realidad y -como se verán en los siguientes cuadros de datos- son menos esperanzadores.

Recordamos que la segunda fase del trabajo de campo ha sido realizada entre los meses de abril y junio de 2021, importante de cara a la fotografía del momento puesto que nos encontramos en una época donde los niveles de incertidumbre varían notablemente cada mes.

	Muestra		Llamadas	
	%	N	%	N
Aleatoria	50%	250	89%	4.467
UNATE	50%	247	11%	572
Total	100%	497	100%	5.039

Tabla 3

De los datos ofrecidos se refleja la recepción tan distinta que

se ha obtenido dependiendo de si, al responder, la persona al otro lado del teléfono representaba a una entidad conocida y que otorga confianza o no. De esta manera se observa un índice de respuesta del 5,6% en la muestra aleatoria mientras en las alumnas de UNATE ha ascendido al 43%.

Como se ha comentado anteriormente, desde el principio se quiso incluir escalas de valoración para medir diferentes perspectivas relacionadas con la soledad. En un primer cuestionario se utilizaron varias, siendo las dos que mejores resultados ofrecían -teniendo en cuenta los sesgos mencionados- la Escala de Jong Gierveld para medir la soledad detectada y la Escala de Lubben para el aislamiento social. Tras la validación inicial al pasar ese primer cuestionario a un grupo piloto se obtuvo la versión definitiva en la que fueron suprimidas otras preguntas confeccionando una encuesta final más compacta y cohesionada. Así, la duración media de las llamadas ha sido de 13 minutos.

Resultados del estudio

1. Experiencia de soledad

En primer lugar, nos hemos interesado por observar cuál es la vivencia que las mujeres mayores tienen de la soledad, cómo se interrelacionan con ella. En este primer bloque se muestran los principales resultados del estudio como la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en las mujeres mayores de Cantabria y cómo ha acompañado este fenómeno a sus procesos vitales.

1.1. Prevalencia de soledad

Lo primero que se indaga es la sensación de soledad que se siente, lo que hemos denominado soledad percibida y que se obtiene con las respuestas a la pregunta ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de soledad?

Soledad percibida	%	N
Nunca	62,0%	308
Algunas veces	28,4%	141
A menudo	6,0%	30
Siempre	2,0%	10
Ns/Nc	1,6%	8

Tabla 4

Agrupando, por una parte, las opciones en *Nunca* más *Algunas veces* y por otra *A menudo* más *Siempre* obtenemos el siguiente gráfico 1. Mientras que quienes manifiestan no sentir habitualmente sentimientos de soledad suman el 90,4%; al-

canza el 8% el valor de la soledad percibida. Esto supone en números absolutos que unas 6.000 mujeres mayores de 65 años afirman sentirse solas con frecuencia.

Soledad percibida

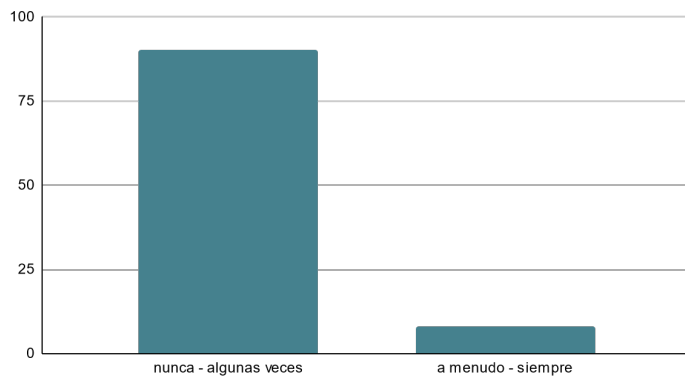


Gráfico 1

Hay ocasiones en las que no somos conscientes de aquellos momentos de soledad, o quizás por tabú no lo expresemos en una encuesta telefónica o, sencillamente, lo que para una persona es inequívocamente un momento de soledad, puede que otra no lo considere como tal. Por ello se ha querido disponer de una escala de valoración de soledad que nos permitiera equiparar las diferentes mediciones. Esta soledad, que hemos denominado como 'soledad detectada', va gradualmente desde 0 a 11 puntos, de manera que de 0 a 2 se podría hablar de ausencia de soledad, de 3 a 8 puntos soledad moderada, los valores 9 y 10 corresponderían a una soledad alta y, por último, quienes puntuaran 11 se hallarían en soledad extrema (Hernan y Rodríguez, 2017). Si bien, tal y como se afirma desde su autoría, estas escalas se deben contextualizar en la cultura, el tiempo

y el lugar del estudio. En nuestro caso se ha optado por considerar que se detecta soledad cuando se corresponde con los valores entre 3 y 11. En la tabla 5 y el gráfico 2 observamos cómo se distribuyen los valores de soledad detectada en la muestra.

Soledad detectada	%	N
Ausencia de soledad (0-2)	62,4%	310
Soledad moderada (3-8)	29,6%	147
Soledad alta (9-10)	3,2%	16
Soledad extrema (11)	2,6%	13
Ns/Nc	2,2%	11

Tabla 5

Soledad detectada

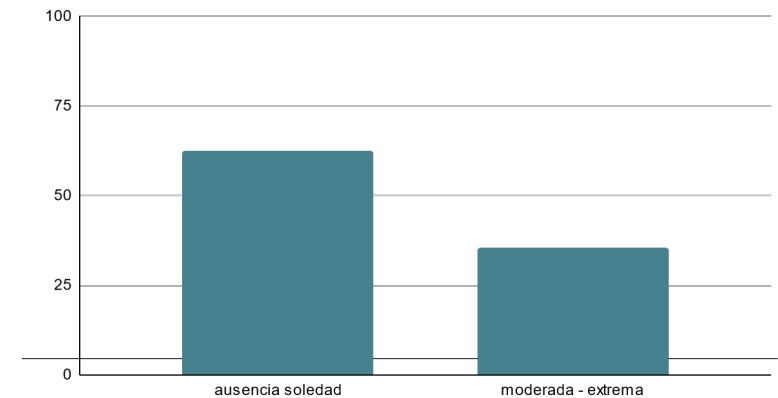


Gráfico 2

Comprobamos de esta manera cómo varía notablemente el gráfico respecto a la soledad percibida. En esta ocasión los va-

lores suman un 35,4% de prevalencia de soledad en las mujeres mayores de Cantabria, lo que nos lleva a contabilizar a un tercio de ellas, es decir, a unas 27.000. Esta cifra multiplica por 4,4 la anterior (8%) y nos ofrece una idea de hasta qué punto podemos decir que la soledad es un fenómeno camuflado y que está afectando un porcentaje muy, muy significativo de las mujeres mayores en nuestra comunidad autónoma.

Por otro lado, este índice del 32,9% va a ser el que se utilice como regla, es decir, será el parámetro base con la que comparar las demás variables del estudio.

1.2. Aislamiento social

Se ha querido valorar qué grado de aislamiento social se daba entre las mujeres mayores. Para esta cuestión se ha utilizado la Escala de Lubben en su versión LSNS-6, que mide tanto la integración/aislamiento a nivel familiar como en relación a las amistades. En las valoraciones parciales la puntuación oscila entre 0 hasta 15, considerándose aislada una persona que no alcanza los 7 puntos. De manera similar sumamos ambas puntuaciones para mostrar un aislamiento social si no se llega a los 13 puntos.

En la tabla 6 vemos cómo la red de apoyo familiar se puede considerar insuficiente en el 12,9% de los casos mientras que este valor asciende hasta el 32,2% cuando nos referimos a aquellas que no permanecen integradas dentro de una red fuerte de amistades. En otras palabras, podríamos decir que unas 9.700 mujeres mayores (una de cada ocho) carece de una red familiar sólida, mientras que más de 24.300 (un tercio de ellas) no dispone de una red de amistades a la que acudir en caso de necesidad. Al combinar ambas redes de apoyo y analizar el grado de integración en su conjunto, la encuesta nos

ofrece el dato de que un 19,5% (unas 14.700 mujeres mayores de 65 años en Cantabria) no dispone de una red en la que exponer sus preocupaciones o a quien solicitar ayuda.

Redes de apoyo	%	N
Aislamiento familiar (0-6)	12,9%	64
Integración familiar (7-15)	84,7%	421
Ns/Nc	2,4%	12
Aislamiento amistades (0-6)	32,2%	160
Integración amistades (7-15)	65,4%	325
Ns/Nc	2,4%	12
Aislamiento social (0-12)	19,5%	97
Integración social (13-30)	78,1%	388
Ns/Nc	2,4%	12

Tabla 6

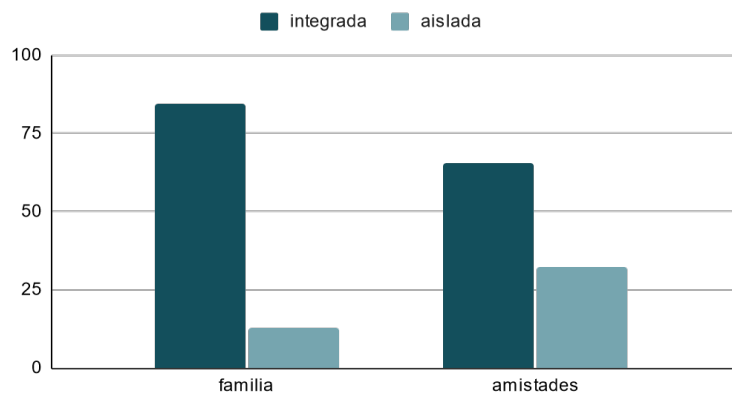
Redes de apoyo

Gráfico 3

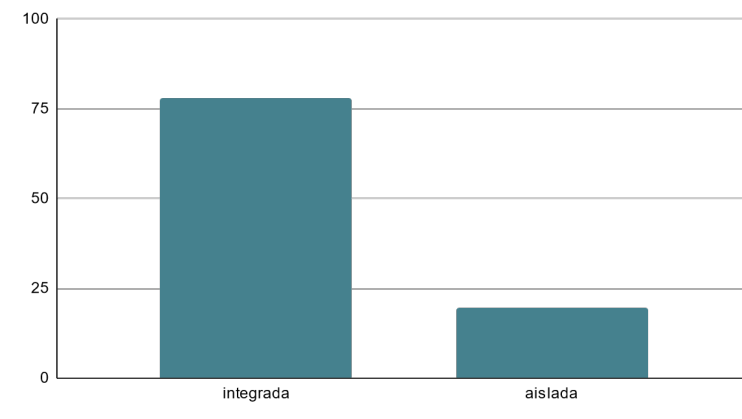
Red de Apoyo Social

Gráfico 4

Para comprobar la importancia de las redes de apoyo, se relacionan a continuación los resultados de los distintos aislamientos con la soledad percibida y detectada. En la tabla 7 se muestra aquellas personas que habían mostrado cuotas altas en la escala de aislamiento y podemos comprobar que duplican los niveles de los índices de soledad. Las redes de apoyo

familiares débiles se muestran especialmente importantes en la soledad percibida (18,8% para los casos de aislamiento y 8% en global) mientras la falta de redes entre las amistades están indicando mayores cuotas de soledad detectada (65,6% frente al 35,4% de toda la muestra).

Aislamiento y soledad	Soledad percibida	Soledad detectada
Aislamiento familiar	18,8%	65,6%
Aislamiento amistades	15,0%	65,6%
Aislamiento social	16,5%	77,3%

Tabla 7

En general, las redes de apoyo se mantienen como el gran amortiguador para prevenir la soledad no deseada ya que experimentan más del doble de ambas soledades quienes no cuentan con esas redes de apoyo.

1.3. El factor UNATE

Hemos aprovechado que contábamos con dos muestras diferenciadas para aplicar los tres criterios anteriores en ellas y observar cuál era su comportamiento. En las siguientes tablas y gráficos se intentan resumir los resultados obtenidos en los que claramente se observa cómo las mujeres que acuden a la formación y actividades propuestas por UNATE muestran niveles notablemente inferiores de soledad y aislamiento. Nos parece una evidencia de la incidencia del trabajo del tejido asociativo (como el de UNATE) para prevenir situaciones de soledad no deseada.

En relación a la soledad, la muestra externa a UNATE llega al 10,4% de soledad percibida y la de La Universidad Permanente se mantiene por debajo del 6%, lo que supone una diferencia del 45%. Si hablamos de la soledad detectada, en las alumnas de UNATE aparece un 27% mientras que en la muestra externa se eleva al 43,6%; lo que supone una diferencia del 38%.

Soledad	Percibida			Detectada		
	A menudo - siempre	Nunca - algunas veces	Ns/Nc	Moderada - extrema	Ausencia	Ns/Nc
Muestra UNATE	5,7%	92,3%	2,0%	27,1%	69,2%	3,7%
Muestra aleatoria	10,4%	88,4%	1,2%	43,6%	55,6%	0,8%

Tabla 8

Soledad

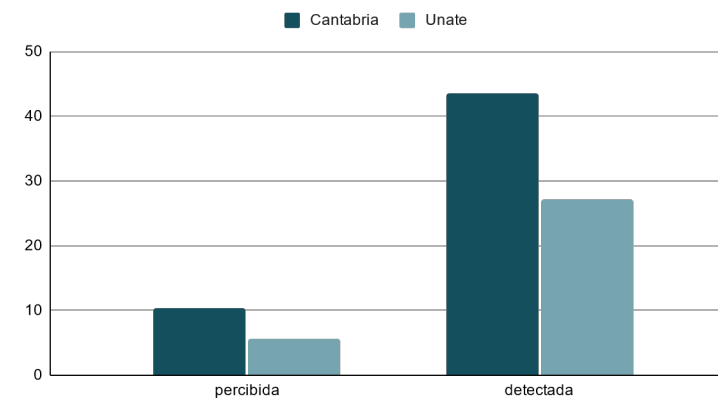


Gráfico 5

Por otro lado, tenemos de nuevo a las redes de apoyo tanto agrupadas como desagrupadas por familia y amistades. Las mujeres que acuden a UNATE indican menos de la mitad de aislamiento familiar (8,1% frente a 17,6%) y se multiplica por 2,4 en la red de amistades (18,6% frente a 45%). En la posición combinada de aislamiento social global se pasará de cerca del 10% en UNATE a casi un 30% fuera de la entidad.

Redes de apoyo	Familiar			Amistades			Social		
	Aislada	Integrada	Ns/Nc	Aislada	Integrada	Ns/Nc	Aislada	Integrada	Ns/Nc
Muestra UNATE	8,1%	88,2%	3,7%	18,6%	77,7%	3,7%	9,7%	86,64%	3,7%
Muestra aleatoria	17,6%	81,2%	1,2%	45,6%	53,2%	1,2%	29,2%	69,6%	1,2%

Tabla 9

Aislamiento social

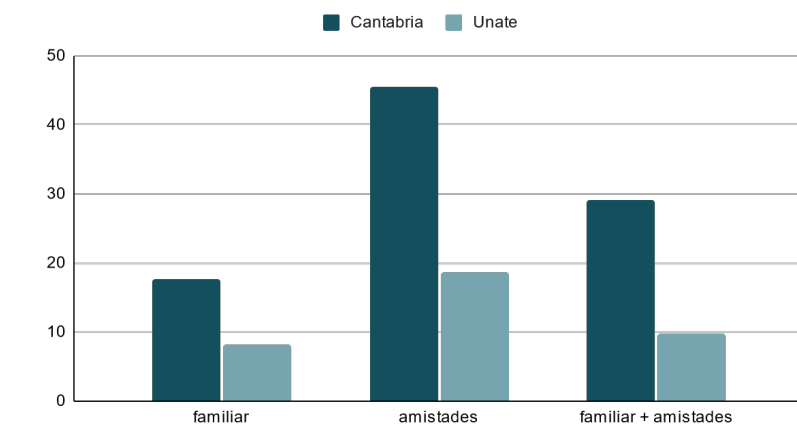


Gráfico 6

1.4. Vivencia de la soledad

Se ha visto que la definición de soledad o los distintos tipos de soledad varían en función de cada persona. El hecho de que sea algo tan subjetivo dificulta enormemente su estudio y análisis. Para acercarnos a los conceptos de soledad deseada y soledad no deseada se han realizado diversas preguntas en la encuesta que pretenden arrojar luz sobre esa experiencia bajo los componentes de voluntariedad y de vida en solitario.

Se ha preguntado en primer lugar a toda la muestra que sentía soledad o viviera sola qué percepción tenía de la misma. Así tenemos que para la gran mayoría -un 64,3%- la soledad es algo negativo frente al 35,7% que afirma disfrutarla con mayor frecuencia de la que la padece. En la primera categoría incluiríamos las respuestas *Nunca* más *En ocasiones* y en la segunda *A menudo* y *Siempre o casi siempre*. De aquí podemos constatar que efectivamente la soledad en nuestra sociedad se ve como algo negativo, un fenómeno a evitar.

Disfrute soledad entre quienes las experimentan	%	N
Nunca	38,1%	77
En ocasiones	26,2%	53
A menudo	16,4%	33
Siempre o casi siempre	19,3%	39

Tabla 10

El siguiente aspecto clave es la convivencia. Aunque esta cualidad la analizaremos en profundidad más adelante, quere-

mos detenernos en la relación entre quienes viven solas y su valoración de la soledad. Frecuentemente se asocia automáticamente que cualquier persona mayor que no conviva con nadie es una persona que sufre soledad, por lo que para conocer la incidencia de soledad solamente tendríamos que ir a las frías bases de datos objetivas. Si les preguntamos, vemos que sí son más las mujeres que viven solas y hablan de la soledad como un estado indeseable (61,8%) que como una situación satisfactoria (38,2%) (tabla 11).

Disfrute soledad entre quienes viven solas	%	N
Nunca	31,7%	39
En ocasiones	30,1%	37
A menudo	13,8%	17
Siempre o casi siempre	24,4%	30

Tabla 11

Indagamos más y preguntamos qué motiva el hecho de vivir sin compañía, al menos si se trata de una decisión propia o impuesta por las circunstancias. Esas circunstancias pueden tener relación con la marcha de las hijas e hijos, el fallecimiento de la pareja, de la madre o del padre, etcétera. Y, tras esta pregunta, sí que observamos un cambio muy importante en los datos obtenidos: entre quienes afirman haber elegido vivir sola, hay una mayor percepción de la soledad como algo positivo (pasa del 38,2% anterior al 53%) (tabla 12). En esta ocasión, al ir descartando opciones, y aunque no hay certezas absolutas, la información sí nos proporciona indicadores para continuar esta línea de investigación.

Disfrute soledad entre quienes eligen vivir solas	%	N
Nunca	12,2%	6
En ocasiones	34,7%	17
A menudo	16,3%	8
Siempre o casi siempre	36,7%	18

Tabla 12

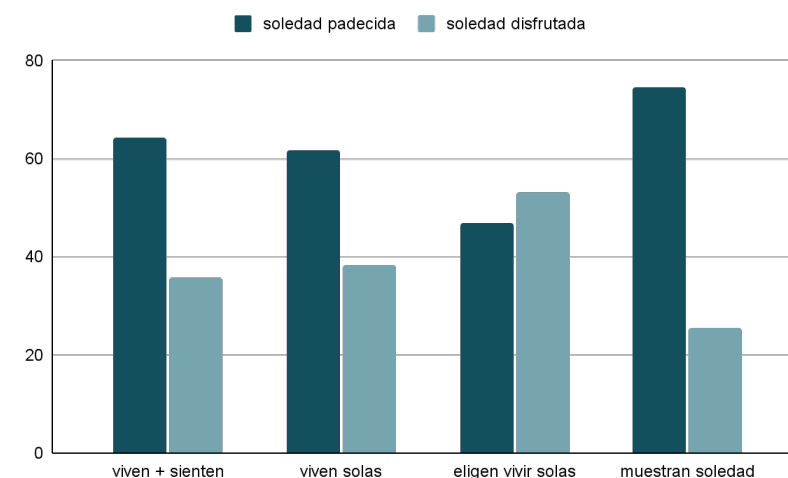


Gráfico 7

1.5. Biografía

Un último aspecto que queríamos tener en cuenta a la hora de abordar la propia experiencia de cada soledad son sus antecedentes. Se ha intentado ver qué relación existe entre quienes

arrastran sensaciones de soledad desde la infancia, adolescencia u otras etapas de la vida, aunque existe la limitación de que las mujeres encuestadas representan un espectro de edad demasiado amplio para compararse con facilidad. Lógicamente la soledad que puede empezar a sentir una persona a los 65 años podría conllevar mayores cuotas de ese mismo sentimiento a los 80 o 90. Incluso asumiendo esos detalles los datos resultan bastante reveladores.

En primer lugar, las mujeres que reconocen haber sentido soledad en otros periodos de su vida suponen casi 18% de la muestra. De ellas, un 5,6% la sintió en la niñez, un 7% durante su juventud, un 10,7% en la madurez y un 9,7% en otras etapas de la vejez.

Soledad en otras etapas	%	N
Nunca	72,2%	359
Niñez	5,6%	28
Juventud	7,0%	35
Madurez	10,7%	53
Vejez	9,7%	48
Ns/Nc	5,8%	29

Tabla 13

Lo siguiente que se ha hecho es relacionar a esas mujeres que manifestaban haber sentido soledad en otros momentos de su vida con la sentida y detectada en la actualidad. Al fijarnos en las respuestas sobre si habían sentido soledad en otras etapas y compararlas con su sensación actual obtenemos unos niveles especialmente elevados. La soledad percibida oscila entre 28% y 37% mientras que el intervalo de la detectada se

mueve entre los 67% y 72%. Si lo comparamos con la prevalencia muestral, la soledad percibida se multiplica por 4 y la detectada por 2; así que entre quienes han experimentado otras etapas de soledad no solamente vemos mayor prevalencia sino además un aumento de la consciencia de la misma. La biografía pues, que quizás no sea una cuestión tan importante a nivel cuantitativo, sí conlleva una fuerte impronta por lo que la historia de vida nos marca profundamente y nos acompaña hasta el final.

Soledad en otras etapas y también ahora	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nunca	3,3%	96,7%	26,7%	73,3%
Niñez	28,6%	71,4%	67,9%	21,1%
Juventud	28,6%	71,4%	71,4%	28,6%
Madurez	26,4%	73,6%	69,8%	30,2%
Vejez	37,5%	62,5%	72,9%	25,0%

Tabla 14

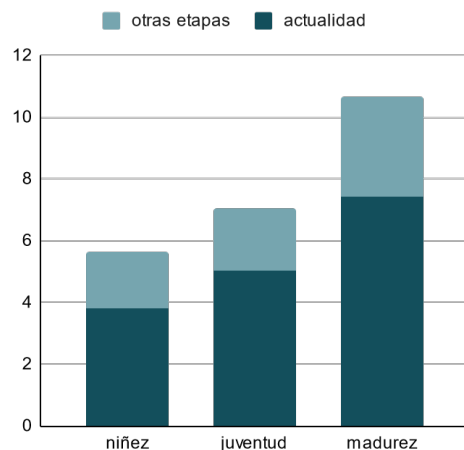
Antecedentes soledad

Gráfico 8

2. Datos socioeconómicos

Nuestras propias condiciones sociales también pueden marcar una diferencia significativa a la hora de sentir más o menos soledad. A continuación nos detenemos en las principales variables que influyen en la soledad de las mujeres mayores de Cantabria.

2.1. Edad

La primera que enlaza con el apartado anterior es la edad biológica de cada mujer. Una vez desglosados los resultados de soledad en función de los grupos de edad, la primera consideración es la de que se debería profundizar en cada tramo en particular para obtener más información sobre cuáles sus factores concretos puesto que pueden ser muy distintos al tratarse

de un intervalo tan grande -se han entrevistado a mujeres con más de 30 años de diferencia de edad-. Por ejemplo, variables como el estado civil, la salud, las actividades diarias, etcétera, resultan muy heterogéneas y están influenciadas por cada grupo de edad.

Sin embargo, en lo que la tabla 15 y el gráfico 9 no dejan lugar a dudas es que a partir de los 85 años se dispara la prevalencia de soledad no deseada y sería muy conveniente prestar especial atención a dicho tramo de edad.

Edad y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
65-69 años	5,4%	92,5%	26,7%	70,6%
70-74 años	7,0%	92,1%	36,8%	61,4%
75-79 años	10,7%	87,5%	41,1%	56,5%
80-84 años	6,4%	91,5%	27,7%	70,2%
85 y más años	18,9%	81,1%	67,6%	32,4%

Tabla 15

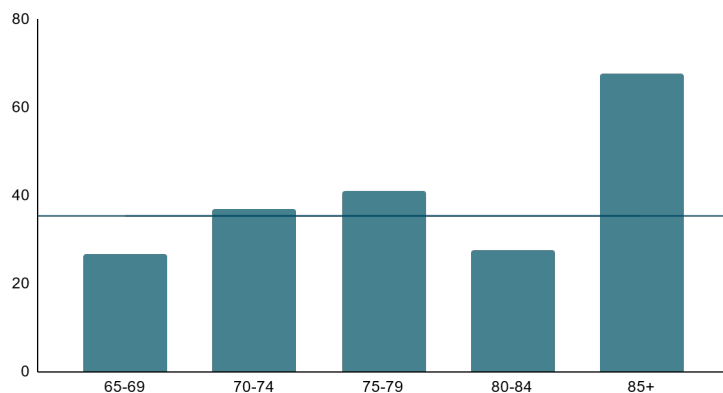
Edad y soledad

Gráfico 9

2.2. Estado civil

Buscando la determinación del estado civil en la tabla 16 observamos que las mujeres casadas son quienes menos soledad muestran (27,8%), seguidas de quienes están separadas o divorciadas (30,2%), solteras (34,6%) y viudas (46,8%). Sin lugar a dudas, resulta un factor crucial como así lo han manifestado al enumerar los motivos principales de soledad. Este incremento significativo de la prevalencia de soledad en relación a la viudedad se observa especialmente en los años siguientes al fallecimiento del marido, donde además se denota una desigualdad de género que puede estar agravando la situación. Los fenómenos más destacables que se detectan son: (1) en los casos de pareja la relación percibida-detectada es muchísimo menor ($27,8 / 2,4 = 11,58$) que en el resto (viudedad: 3,6 o global: 4,4); es decir, las mujeres con pareja se sienten o se consideran o afirman tener un tercio menos de soledad que el resto para los mismos niveles de “soledad real”. Y (2) entre quienes están sol-

teras perciben menor soledad que quienes están viudas aunque muestran niveles más altos de soledad detectada.

Estado civil	%	N
Soltera	15,7%	78
Con pareja	41,3%	205
Separada	8,7%	43
Viuda	34,0%	169
Ns/Nc	0,4%	2

Tabla 16

Estado civil y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Soltera	10,3%	89,7%	34,6%	65,4%
Con pareja	2,4%	95,1%	27,8%	68,8%
Separada	11,6%	88,4%	30,2%	67,4%
Viuda	13,0%	85,2%	46,8%	52,1%

Tabla 17

Estado civil y soledad

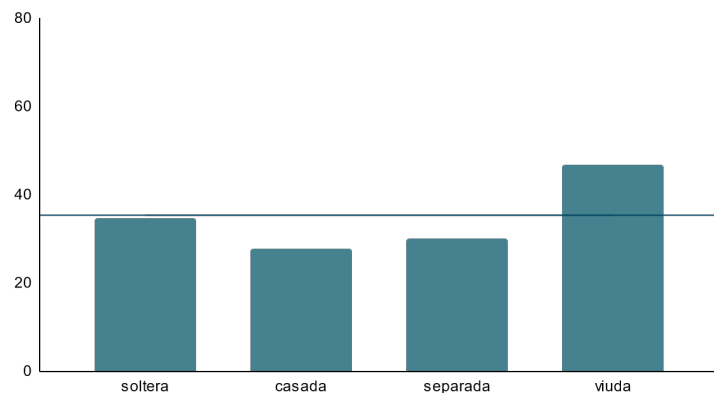


Gráfico 10

2.3. Municipio

Además de estratificar la muestra según el tamaño del municipio se han analizado las soledades según su ruralidad y el tiempo que llevaban viviendo en él con los siguientes resultados. La tabla 18 señala una prevalencia clara en zonas rurales, sobre todo por los niveles de soledad percibida. En nuestra opinión, se hace necesario indagar en los elementos detrás de las soledades específicas de cada entorno.

Tamaño municipio y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Rural (0-2.000 hab.)	14,0%	86,0%	47,0%	53,0%
Semiurbano (2.000-10.000 hab.)	8,8%	88,8%	38,8%	60,0%
Urbana (10.000 hab. o más)	6,0%	92,1%	30,9%	65,9%

Tabla 18

En una comunidad como Cantabria, donde los diez municipios urbanos concentran el 65% de la población mientras los cincuenta y cinco rurales apenas suponen el 8%, nos hemos detenido también en observar las diferencias entre sus distintas redes de apoyo para verificar si los niveles de aislamiento varían en función del tamaño del municipio. En la tabla 19 comprobamos que en el ámbito rural destaca un leve descenso del aislamiento familiar que cae desde el 12,9% de toda la muestra al 11% para esta fracción, mientras en las redes de apoyo de amistades (43%) y la global -social- (25%) se muestran notablemente más débiles (32,2% y 19,5% respectivamente para la muestra general). Por otro lado, en las poblaciones urbanas vemos unas cuotas de aislamiento de amistades y social ligeramente más bajas.

Ruralidad y aislamiento	Familiar	Amistad	Social
Rural (0-2.000 hab.)	11,0%	43,0%	25,0%
Semiurbana (2.000-10.000 hab.)	15,0%	42,5%	23,8%
Urbana (10.000 hab. o más)	12,9%	26,2%	16,7%

Tabla 19

En las tablas 20, 21 y 22 se indica el tiempo que llevan viviendo en su domicilio las mujeres que respondieron la encuesta; su relación con la soledad percibida y detectada; y la combinación entre arraigo, ruralidad y soledad. Los datos más significativos inciden en una mayor cuota de soledad hacia quienes llevan muy poco tiempo viviendo en el municipio actual, aunque la muestra no la consideramos suficientemente representativa. En la tabla 22 sí resulta evidente que la soledad detectada en ámbitos rurales, sea cual sea el tiempo de arraigo, siempre supera a la urbana.

Arraigo	%	N
Menos de 5 años	2,0%	10
Entre 5 y 20 años	10,5%	52
Entre 20 y 50 años	33,8%	168
Más de 50 años	53,1%	264
Ns/Nc	0,6%	3

Tabla 20

Arraigo y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Menos de 5 años	10,0%	90,0%	60,0%	30,0%
Entre 5 y 20 años	3,9%	96,1%	40,4%	59,6%
Entre 20 y 50 años	8,3%	88,7%	31,6%	63,7%
Más de 50 años	8,7%	90,2%	36,4%	62,9%

Tabla 21

Arraigo, ruralidad y soledad	Detectada	No detectada
Menos de 5 años + rural	100,0%	0,0%
Menos de 5 años + urbana	42,9%	42,9%
Entre 5 y 20 años + rural	50,0%	50,0%
Entre 5 y 20 años + urbana	37,0%	63,0%
Entre 20 y 50 años + rural	50,0%	50,0%
Entre 20 y 50 años + urbana	37,0%	63,0%
Más de 50 años + rural	51,7%	48,3%
Más de 50 años + urbana	29,5%	69,3%

Tabla 22

2.4. Estudios

Preguntamos por los estudios para referirnos al nivel académico alcanzado pero también guarda relación con la dificultad o facilidad de acceso a la información, a solicitar determinadas ayudas y al autorreconocimiento que conlleva. Con los resultados observamos la importancia de continuar formándose en todas las etapas y mantener un estilo de vida activo a nivel cognitivo. Así, en las mujeres mayores sin estudios se detecta un aumento más que significativo de la soledad percibida y un al-

tísimo porcentaje (68,8%) de soledad detectada (casi del doble de la media general del 35,4%).

Estudios	%	N
Sin estudios	3,2%	16
Primarios	32,6%	162
Secundarios	24,1%	120
Superiores	39,8%	198
Ns/Nc	0,2%	1

Tabla 23

Estudios y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Sin estudios	43,8%	50,0%	68,8%	25,0%
Primarios	8,6%	90,1%	42,6%	55,6%
Secundarios	6,7%	91,7%	31,7%	65,8%
Superiores	5,6%	92,9%	29,3%	68,7%

Tabla 24

Estudios y soledad

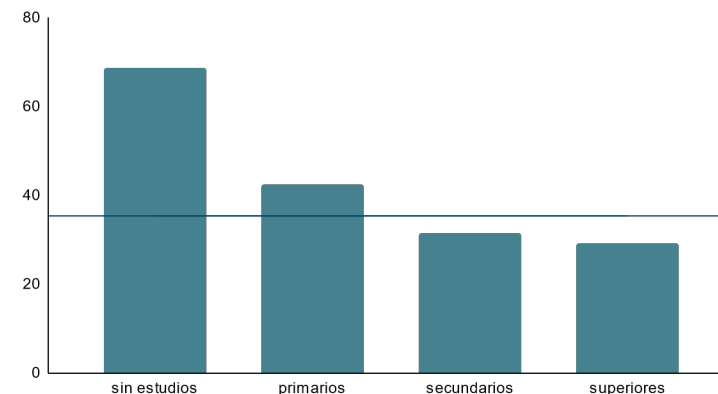


Gráfico II

2.5. Economía

Como observamos en la tabla 26 y en el gráfico 12, la curva de sobre la soledad detectada en función de su economía es muy semejante a la anterior. Aquí los ingresos apuntan a una determinación en la soledad de las mujeres mayores que no deja lugar a dudas: con unos niveles bajos se obtiene un 49% más de soledad detectada que cuando los ingresos son altos. Si nos fijamos en la soledad percibida el aumento roza el 100%.

Nivel económico	%	N
Bajos	10,5%	52
Medio-bajos	36,0%	179
Medio-altos	43,5%	216
Altos	8,9%	44
Ns/Nc	1,2%	6

Tabla 25

Economía y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Bajos	19,2%	80,8%	53,9%	46,2%
Medio-bajos	8,4%	90,5%	39,7%	59,2%
Medio-altos	6,0%	91,7%	29,6%	67,1%
Altos	2,3%	95,5%	27,3%	68,2%

Tabla 26

Economía y soledad

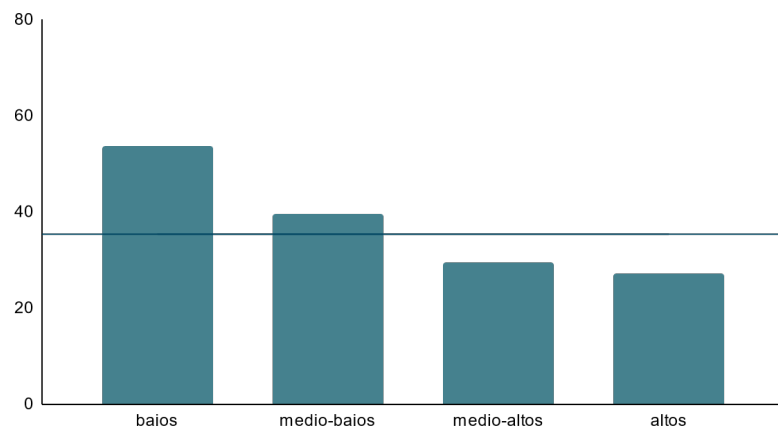


Gráfico 12

La cantidad de ingresos en una unidad de convivencia afecta enormemente a cómo se puede reaccionar ante una adversidad como puede ser un accidente con lesiones físicas, a los servicios privados que pueden solicitarse, a la posibilidad de un cambio de residencia o de realizar obras en la vivienda. Al margen de los sesgos que siempre conllevan este tipo de preguntas, vemos que al igual que ocurría con los estudios, el mayor escalón se encuentra entre los niveles *Bajos* y *Me-*

dio-bajos. Ese estrato social sale muy perjudicado en sus niveles de soledad tanto percibida como detectada y arrastra sus números a otras variables como ruralidad, ocio, movilidad, etcétera.

3. Salud

Numerosos estudios mencionan que uno de los determinantes principales de la soledad es el estado de salud. Hablamos de salud para referirnos a bienestar en sentido amplio, tanto físico como emocional, mental, etc. Es importante recordar que precisamente muchas mujeres que se encontraban en un estado de salud deteriorado u hospitalizadas en el momento del desarrollo del trabajo de campo no pudieron participar en la encuesta por lo que aparece un sesgo importante que, en todo caso, daría unos resultados más acuciantes.

Además, 2020 y el inicio de 2021 será uno de los años en los que la población en general habrá estado más preocupada por la salud de los últimos tiempos pero, ¿hasta dónde afecta a la soledad? Y en unos meses marcados por la pandemia y los confinamientos, ¿cómo está influyendo en las soledades deseadas y no deseadas?

3.1. Percepción actual

Una vez tenido en cuenta lo anterior, la valoración propia que tienen las mujeres que han respondido a la encuesta sobre su salud es mayoritariamente positiva. Las categorías *Muy buena* más *Buena* agrupan el 72,8% de respuestas, que su salud es *Regular* lo opina un 21% y solamente el 5% se encasilla en un estado *Malo o muy malo* (tabla 27).

Estado salud	%	N
Muy bueno	19,3%	96
Bueno	53,5%	266
Regular	21,1%	105
Malo o muy malo	5,2%	26
Ns/Nc	0,8%	4

Tabla 27

A la hora de comprobar la soledad percibida y detectada en cada estrato, se observa que la curva aumenta casi de manera exponencial como puede observarse en la gráfica 13. En los niveles de salud *Muy buena* la soledad detectada se quedaría en el 17,7%, pasando al 30% para *Buena* y al 55% en la categoría *Regular*, la cual ya superaría la barrera del 35,4% marcado como baremo estándar para la muestra global. El último escalón asciende al 80,8% lo que nos da una idea de lo muchísimo que está afectando la variable salud en soledad de las mujeres mayores.

Salud y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Muy buena	3,1%	96,9%	17,7%	81,3%
Buena	7,1%	91,0%	30,1%	68,1%
Regular	8,6%	91,4%	54,3%	43,8%
Mala o muy mala	34,6%	65,4%	80,8%	19,2%

Tabla 28

Salud y soledad

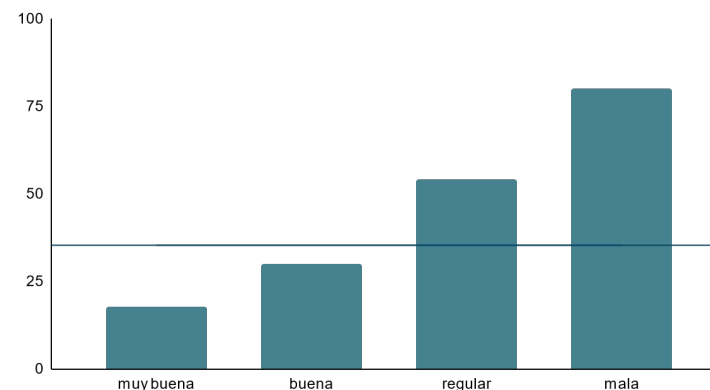


Gráfico 13

También se ha comprobado en qué medida afecta el estado de salud a las tareas cotidianas con el resultado de una tendencia muy similar tanto en la afectación (tabla 29) como en su relación con la soledad asociada a la misma (tabla 30). En los dos tipos de soledad comprobamos que cuando la mala salud nos está afectando en mayor medida a nuestra vida diaria percibimos la soledad en mayor grado. Es decir, en estos casos la población es el doble de consciente de su situación de soledad.

Afectación salud vida diaria	%	N
Nada	51,9%	258
Poco	28,4%	141
Bastante	13,5%	67
Mucho	5,6%	28
Ns/Nc	0,6%	3

Tabla 29

Afectación salud y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nada	4,3%	94,2%	22,9%	75,2%
Poco	6,4%	92,9%	38,3%	60,3%
Bastante	13,4%	86,6%	62,7%	37,3%
Mucho	39,3%	60,7%	75,0%	21,4%

Tabla 30

3.2. Cuidados

Los apoyos que una persona tenga en determinados momentos puede conllevar un aumento o disminución de las sensaciones de soledad presentes. En ocasiones, una auxiliar a domicilio puede llegar a ser la única confidente que se tenga o ser la persona con la que más se hable a lo largo de las semanas, al margen de la familia que se tenga. Se ha preguntado por este aspecto y a continuación se reflejan los resultados en categorías según si no cuentan con apoyo o si la ayuda a domicilio es esporádica, frecuente o habitual (tabla 31). Se han ignorado otros apoyos por no alcanzar un número considerable. En la tabla 32 vemos que en la gran mayoría de las ocasiones estos cuidados son realizados por profesionales.

Apoyos autonomía	%	N
Ninguno	60,5%	301
Cuidados esporádicos	5,0%	25
Cuidados frecuentes	21,5%	107
Cuidados habituales	11,9%	59

Tabla 31

Persona que cuida	%	N
Familiar	23,0%	44
Profesional	77,5%	148
Ns/Nc	1,1%	2

Tabla 32

Respecto a las soledades relacionadas, nos llama la atención que en los casos en los que existe un cuidado habitual en el domicilio sube sensiblemente la percepción de soledad (tabla 33), lo que apunta a otros factores determinantes, como la salud deteriorada o los problemas de movilidad.

Apoyos autonomía y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguno	6,6%	92,4%	32,6%	65,8%
Cuidados esporádicos	24,0%	76,0%	48,0%	52,0%
Cuidados frecuentes	5,6%	93,5%	31,8%	66,4%
Cuidados habituales	13,6%	85,4%	52,5%	45,8%

Tabla 33

Quién cuida + frecuencia y soledad	Detectada	No detectada
Familiar esporádico	66,67%	33,3%
Familiar frecuente	61,4%	36,4%
Familiar habitual	59,3%	37,0%
Profesional esporádico	50,0%	50,0%
Profesional frecuente	27,7%	70,2%
Profesional habitual	47,1%	52,9%

Tabla 34

Una última pregunta realizada sobre los cuidados ha sido si ellas se encargaban de manera frecuente de los cuidados de otra persona con dos posibles opciones afirmativas, persona dependiente y/o cuidado infantil. Unos dos tercios han respondido que no y entre quienes sí cuidan como persona principal, aparecen los cuidados infantiles relacionados a un fuerte descenso de los niveles de soledad, tanto percibida como detectada.

Cuidados realizados	%	N
Ninguno	71,4%	355
Dependiente	9,5%	47
Infantil	12,1%	60
Ns/Nc	7,2%	36

Tabla 35

Cuidados realizados y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguno	8,2%	91,6%	39,2%	60,0%
Dependiente	8,5%	89,4%	36,2%	61,7%
Infantil	1,7%	96,7%	13,3%	81,7%

Tabla 36

3.3. Covid-19

Hemos querido reflejar aquí el impacto del coronavirus en la población objeto del estudio y en su soledad. En las tablas 37 y 38 vemos su afectación más directa comparando el nivel individual con el de sus familiares. Nos referimos a una afectación grave cuando se ha requerido un ingreso hospitalario o se han dado riesgos importantes, todo siempre desde la subjetividad de cada persona. La afectación leve sería el resto de implicaciones que ha podido suponer la pandemia desde el mero confinamiento, la falta de relaciones, una sintomatología leve, retrasos en pruebas médicas, el uso de la mascarilla o la tristeza por toda la situación; siendo este último motivo más mencionado.

De esta manera, en el 3% de la muestra ha referido que se ha visto afectada de manera grave mientras que sus familiares lo han hecho en un 9%. La afectación leve asciende hasta casi 23% y un 29% y quienes consideran que no ha habido ningún impacto o modificación negativa por Covid-19 alcanza un 72,8% en ellas y un 60,8% en sus familiares. Es destacable que esos efectos leves han afectado a una cuarta parte de la población que ha participado en el estudio, con sus correspondientes consecuencias.

Afectación Covid	Nada	Leve	Grave	Ns/Nc
Salud propia	72,8%	22,9%	3,08%	1,2%
Familiares	60,8%	29,2%	9,3%	0,8%

Tabla 37

Afectación Covid

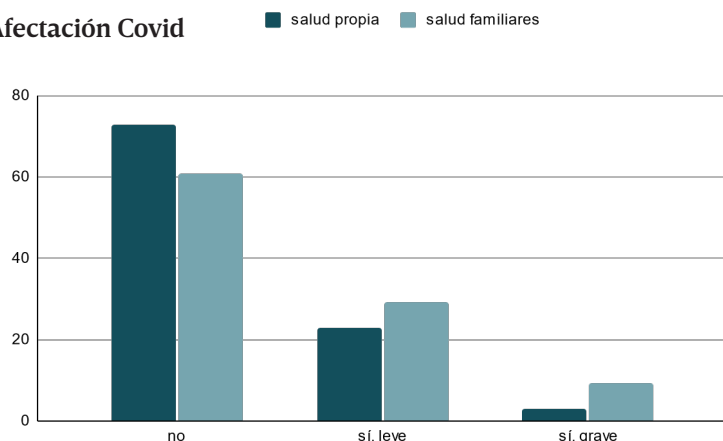


Gráfico 14

A continuación se proponía que echaran un vistazo atrás, exactamente hasta principios de año 2020, cuando todo el fenómeno del coronavirus era desconocido, y que compararan su preocupación actual por la salud -tanto la propia como la de sus familiares- con la que tenían entonces. Un 55,2% (agrupando las filas de *Bastante* y *Mucho*) de ellas piensa más en su salud ahora que antes del coronavirus, aumentando seis puntos cuando se les pregunta por la preocupación respecto a la salud de sus familiares.

Aumento preocupación	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Ns/Nc
Salud propia	25,8%	18,3%	44,5%	10,7%	0,8%
Familiares	16,7%	20,9%	45,7%	15,9%	0,8%

Tabla 38

Aumento preocupación

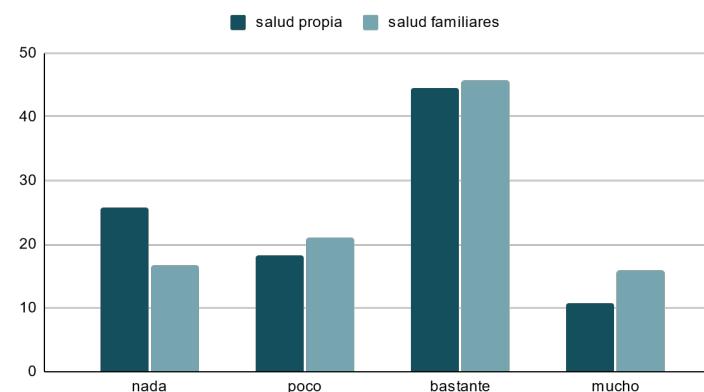


Gráfico 15

Para valorar cuánto y cómo se ha visto afectado el sentimiento de soledad tras la pandemia se han realizado dos preguntas: 1) si se habían sentido acompañadas y, 2) si se sentían más solas ahora que antes de la irrupción del virus. Antes de ver esos resultados nos fijamos en los niveles de soledades según la afectación de Covid-19. Dejando a un lado los casos graves por su baja significación, observamos que la soledad percibida es casi el triple en quienes sí consideran que el coronavirus les ha afectado y un 40% más en el caso de la soledad detectada.

Covid-19 y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Salud no afectada	5,8%	93,1%	29,6%	68,2%
Afectación leve	14,0%	86,0%	52,6%	47,4%

Tabla 39

Respecto al arropo experimentado durante la pandemia, los datos muestran un acompañamiento positivo en el 77% de los casos aunque no podemos dejar de señalar ese casi 20%, más de 14 mil mujeres mayores en nuestra comunidad, que afirma haberse sentido nada o poco arropada (tabla 40). Este acompañamiento tiene una proyección clara en la sensación de soledad actual, con un 15,3% de soledad percibida y un 53,1% de detectada en quienes acusan un apoyo débil, frente al 6,2% y 31,6% en aquellas mujeres que dicen haberse sentido bastante o muy arropadas durante la pandemia (tabla 41).

Acompañamiento pandemia	%	N
Nada	3,8%	19
Poco	15,9%	79
Bastante	52,3%	260
Mucho	25,4%	126
Ns/Nc	2,6%	13

Tabla 40

Acompañamiento y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
No + Un poco	15,3%	84,7%	53,1%	46,9%
Bastante + Mucho	6,2%	93,8%	31,6%	68,1%

Tabla 41

La otra pregunta que consideramos clave es la referida a un posible aumento de la sensación de soledad tras el primer año de de virus, confinamientos, distancias interpersonales, etcétera. En esta ocasión si nos fijamos exclusivamente en si la respuesta es afirmativa o negativa, tenemos un resultado del 53% de casos en los que ha crecido la sensación de soledad desde que se inició la pandemia y en casi un 19% este aumento fue en una cantidad importante. Podemos incluso fijarnos en aquellas personas que viven en solitario para comprobar cómo les ha afectado medidas especialmente duras como el confinamiento domiciliario y en estos caso el incremento de soledad alcanza al 63,9% (aumento de 11 puntos) y de manera notable al 31,7%, suponiendo un 79% más de incidencia respecto la muestra total (tabla 42).

Aumento soledad por Covi-19	Toda la muestra		Viven en solitario	
	%	N	%	N
Nada	44,1%	219	35,0%	64
Poco	34,4%	171	32,2%	59
Bastante	14,1%	70	22,4%	41
Mucho	4,6%	23	9,3%	17
Ns/Nc	2,8%	14	1,1%	2

Tabla 42

En general, podemos observar un aumento generalizado de la soledad percibida y de la soledad detectada como consecuencia de la pandemia (tabla 43).

Aumento y soledad actual	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
No	4,1%	95,9%	21,5%	78,5%
Un poco	4,0%	95,9%	41,5%	57,9%
Bastante	18,6%	81,4%	55,7%	44,3%
Mucho	47,8%	52,2%	69,6%	30,4%

Tabla 43

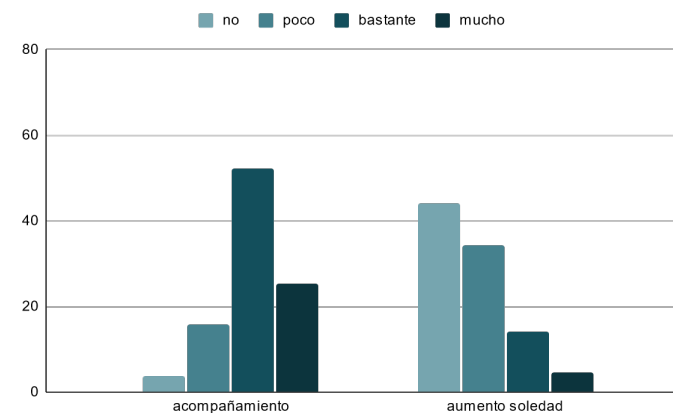


Gráfico 16

4. Vivienda

4.1. Unidades convivenciales

En 2020 había 5.232 mujeres de 65 o más años viviendo solas en Cantabria (ICANE, 2021), lo cual supone un 27,7% de ellas, cifra solamente superada por las viviendas con dos convivientes. En tercer lugar irían las viviendas formadas por tres y más personas. Además, la cifra de mujeres mayores de 65 años que viven solas en Cantabria subió un 11% entre 2019 y 2020. Los datos de la tabla 44 muestran cómo la soledad detectada disminuye al aumentar el número de convivientes. Sin embargo, al comparar la relación entre soledad percibida y detectada ocurre un fenómeno que nos ha llamado la atención: recordamos que en la muestra total la soledad detectada multiplicaba por cuatro los resultados de la percibida, ahora, en las viviendas unipersonales el factor de multiplicación es de 3 y en las que viven dos se sitúa en torno a 10.

Contamos con que las personas encuestas después de haber dicho en una conversación telefónica que vive con otra conviviente (marido o hija/o en el mayor de los casos) tengan cierta reticencia a reconocer sentirse sola por la connotación negativa que supone, pero además, el aumento del factor de multiplicación entre soledades en las unidades convivenciales de dos personas nos indica que en estos casos el fenómeno de soledad se encuentra enmascarado en un grado muy superior. Este hecho podría hacer más difícil abordar y mitigar sus consecuencias.

Convivencia y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ella sola	16,4%	83,6%	45,4%	54,1%
Dos personas	3,0%	94,8%	30,6%	66,4%
Tres o más personas	3,7%	93,8%	27,2%	70,4%

Tabla 44

Convivencia y soledad

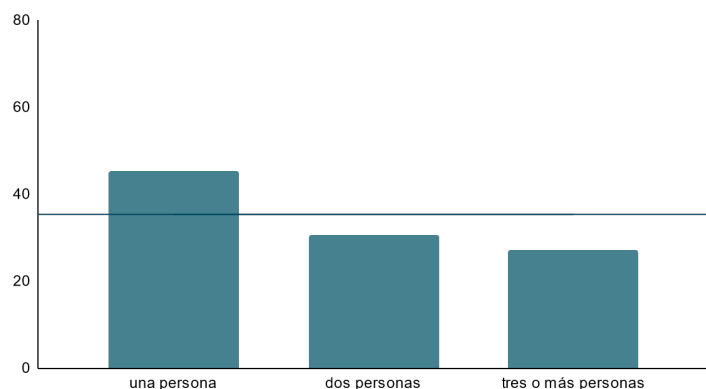


Gráfico 17

4.2. Vida en solitario

Detengámonos un poco más en quienes viven solas. Como decíamos antes, la percepción respecto a la soledad varía en función de si esta no convivencia ha sido resultado de una decisión tomada o de las circunstancias. Vemos que los datos sobre la prevalencia de la soledad son muy similares, aunque primero, ¿cuántas mujeres consideran haber elegido libremente vivir solas? Según las respuestas manifestadas en la tabla 45 sería el 42,6%. De ellas, el 87% afirman sentirse satisfechas de este modo de vida frente al 50% de quienes reconocen vivir solas por las circunstancias de su vida (tabla 46); una diferencia comprensible pero muy elevada.

Motivo convivencia en solitario	%	N
Decisión propia	42,6%	78
Circunstancias	57,4%	105
Ns/Nc	0,0%	0

Tabla 45

Satisfacción vida en solitario	Baja	Media-baja	Media-alta	Alta	Ns/Nc
Decisión propia	2,6%	10,3%	46,2%	41,0%	0,0%
Circunstancias	15,2%	34,3%	26,7%	22,9%	1,0%

Tabla 46

Al preguntar y observar la soledad en ellas, la percibida da un índice de 6,4% y la detectada del 32,1% en quienes han elegido este modo de vida; mientras que alcanzan el 23,8% y el 55,2% respectivamente para quienes consideran que no ha de-

pendido de ellas. En estos supuestos, la soledad percibida se reduce a la mitad respecto a la muestra global en solitario (desde el 14% hasta el 7%) y un tercio en la detectada (del 41% al 28%). Como podemos ver, vivir en solitario es un factor de soledad no deseada importante pero solamente en aquellos casos en los que no se ha tomado la decisión. En los demás, los resultados son iguales e incluso inferiores a las viviendas con dos convivientes. Otro elemento por el que también se ha preguntado ha sido si había mascotas en el hogar, sin embargo al cruzarlo con las viviendas unipersonales no se han obtenido datos significativos por ser una muestra demasiado limitada. Tan solo podría señalarse la disminución de más de la mitad en la soledad percibida (tabla 48).

Vida en solitario y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Decisión propia	6,4%	93,6%	32,1%	68,0%
Circunstancias	23,8%	76,2%	55,2%	43,8%

Tabla 47

Satisfacción vida en solitario

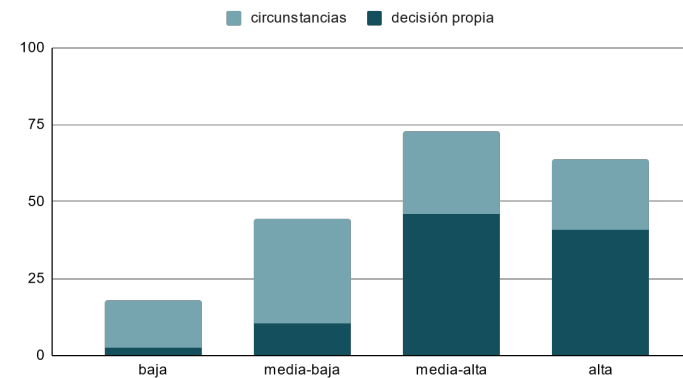


Gráfico 18

Vida en solitario y soledad

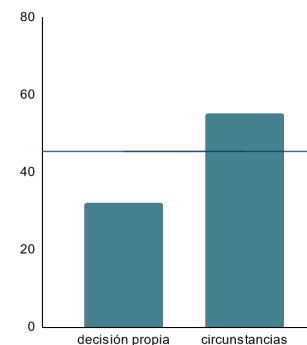


Gráfico 19

Mascotas y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Vive sola sin mascota(s)	18,6%	81,4%	47,6%	51,7%
Vive sola con mascota(s)	7,3%	90,2%	34,2%	65,9%

Tabla 48

4.3 Vivir en compañía

Como se ha visto, por regla general a medida que se aumenta el número de convivientes disminuyen los niveles de soledad. Los resultados que se han obtenido en función de con quién se produzca esta convivencia apenas resultan significativos salvo en un detalle: la soledad percibida se reduce entre tres y cinco puntos (recordemos que la media es del 8%) cuando viven con su pareja o cuando se convive tanto con la pareja como con sus hijas o hijos (tabla 50). De esta manera aparecen como un factor significativo en la soledad de las mujeres mayores la viudedad o la salida de casa de la última hija o hijo.

Convivientes	%	N
Pareja	52,4%	164
Hijas/os	18,5%	58
Pareja más hijas/os	12,5%	39
Otros convivientes	16,0%	50
Ns/Nc	0,6%	2

Tabla 49

Convivientes y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Pareja	2,4%	95,1%	29,8%	66,5%
Hijas/os	5,2%	91,4%	37,9%	56,9%
Pareja más hijas/os	2,6%	97,4%	15,4%	84,6%
Otros convivientes	4,0%	94,0%	28,0%	72,0%

Tabla 50

Convivientes y soledad

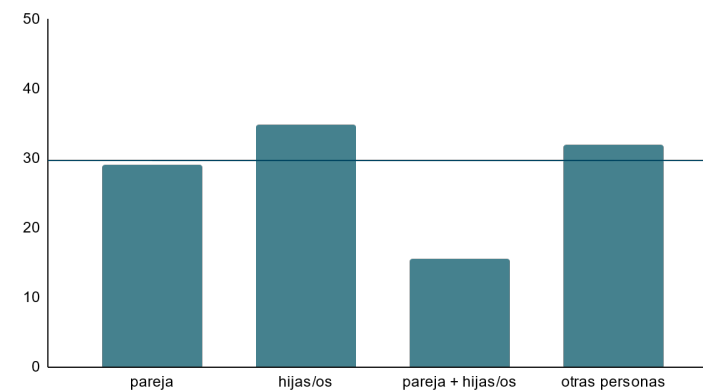


Gráfico 20

4.4. Tipo de vivienda

A la hora de valorar la influencia que tiene el lugar en el que vivimos con la soledad no podemos dejar de recaer en las características de la propia vivienda. Para obtener información sobre

ella se ha preguntado por el tipo de inmueble y por su accesibilidad, tanto dentro de la misma como para acceder y moverse por la calle.

Sobre la clase de inmueble, seis de cada diez mujeres encuestadas habitan en un piso y en ellos aparece algo menos de soledad percibida y detectada que en las casas (tablas 51 y 52). La significación de esta variable no parece demasiado alta aunque puede indicar hacia el apoyo vecinal como elemento a tener en cuenta, pero probablemente haya que profundizar más en este ámbito ya que puede verse afectado por terceras variables como ruralidad, posición económica, etc.

Tipo de inmueble	%	N
Piso	61,4%	305
Casa	37,8%	188
Ns/Nc	0,8%	4

Tabla 51

Inmueble y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Piso	7,5%	91,2%	31,2%	66,6%
Casa	9,0%	89,9%	43,1%	55,9%

Tabla 52

Por otro lado, las dificultades de la vivienda tampoco parecen ser un factor clave salvo en aquellos casos en los que se considera que existe un alto número de impedimentos para la movilidad dentro del hogar o para acceder a la calle. Cuando esos obstáculos son tan graves se produce un aumento que

duplica la prevalencia de soledad respecto a la mayoría de los otros escenarios (tabla 54). Por lo tanto, en esas ocasiones en las que por falta de ascensor, pasillos estrechos, movilidad reducida... se cuenta con enormes dificultades para realizar las actividades necesarias o deseadas, nos encontramos con una gran mayoría de sentimientos de soledad.

Dificultades vivienda	%	N
Ninguna	61,2%	304
Pocas	21,7%	108
Bastantes	12,7%	63
Muchas	3,8%	19
Ns/Nc	0,6%	3

Tabla 53

Dificultades vivienda y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguna	4,9%	93,8%	30,9%	66,8%
Pocas	13,9%	85,2%	44,4%	53,7%
Bastantes	7,9%	92,1%	33,3%	66,7%
Muchas	26,3%	73,7%	63,2%	36,8%

Tabla 54

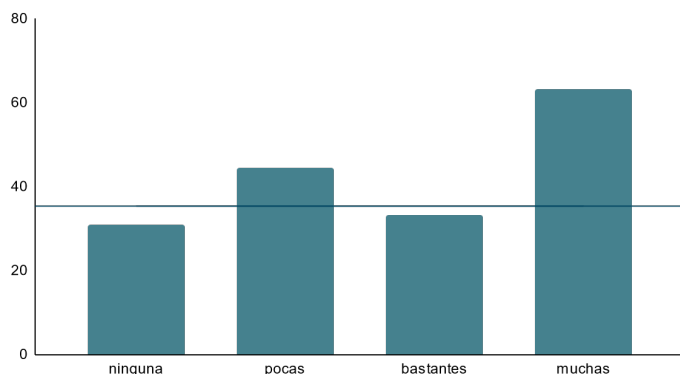
Dificultades vivienda y soledad

Gráfico 21

5. Entorno comunitario

En nuestro quehacer cotidiano se suelen tomar decisiones que configuran nuestra relación con el entorno. En este apartado hemos querido preguntar por dichas interacciones sociales para comprobar hasta qué punto inciden en la prevalencia de soledad. En cada apartado de este bloque se han revisado y modificado las opciones de respuesta en función de las contestaciones que se sugirieron durante la fase piloto de la encuesta.

5.1 Movilidad

Teniendo en cuenta que hablamos de una muestra predominantemente urbana no es de extrañar que el medio de transporte más recurrente sea a pie. Además de esa, se han planteado las opciones de moverse en coche propio, que sea acompañada en el vehículo de otra persona o mediante transporte público. Después se han combinado las respuestas *Nada* junto a *Poco* y *Bastante* con *Mucho* para observar los niveles de soledad detectada en cada una de las formas de movilidad (tabla 56).

En el análisis de los datos comprobamos que quienes hacen un uso habitual del coche disminuyen a la mitad el índice de soledad del 41% al 24%, poniendo sobre la mesa el relieve de la independencia que genera disponer de un vehículo propio. Este hecho tiene mayor efecto en las zonas rurales que en las urbanas. Por otro lado, la falta de desplazamiento a pie muestra la mayor oscilación de la tabla, pasando del 51% al 27%; es decir, no disminuye demasiado el moverse a pie a menudo pero sí asciende el índice de soledad notablemente en aquellos casos en los que no se realizan estos desplazamientos.

Movilidad	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Ns/Nc
Coche propio	49,7%	10,9%	27,8%	9,9%	1,8%
Coche ajeno	74,5%	9,7%	11,9%	2,0%	2,0%
Transporte público	61,2%	11,1%	16,1%	9,7%	2,0%
A pie	20,1%	10,1%	35,8%	31,8%	2,2%

Tabla 55

Movilidad y soledad	Detectada	No detectada
Coche propio + nada-poco	41,9%	57,5%
Coche propio + bastante-mucho	24,6%	73,3%
Coche ajeno + nada-poco	34,2%	64,4%
Coche ajeno + bastante-mucho	42,0%	58,0%
Transporte público + nada-poco	35,7%	63,2%
Transporte público + bastante-mucho	33,6%	64,8%
A pie + nada-poco	51,3%	47,3%
A pie + bastante-mucho	27,7%	71,1%

Tabla 56

Movilidad y soledad

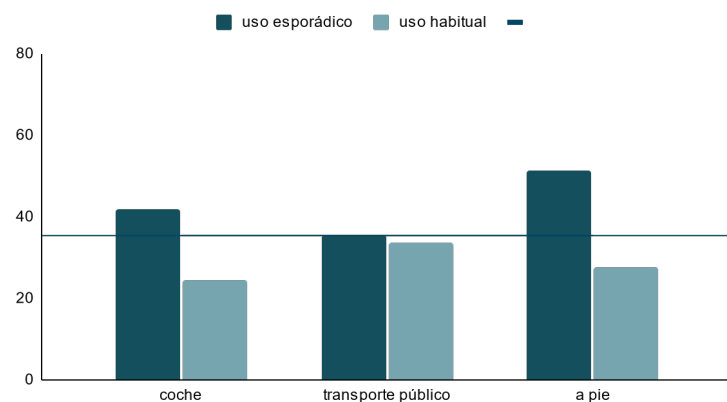


Gráfico 22

5.2. Actividades

En cuanto al ocio se ha pasado una batería de opciones preguntando qué uso realizaban de ellas (*Nada, Poco, Bastante* o

Mucho). En la tabla 57 se agrupan los dos primeros valores en una utilización esporádica y los dos siguientes en habitual. Las actividades a las que más mujeres dedican mayor tiempo son la radio o televisión, lectura o escritura, paseos en compañía, oficios religiosos, formación y el móvil. En el otro extremo tendríamos ir de compras, participación social, ordenador y el ocio organizado (como puede ser cine, teatro, conciertos).

Actividades	Nada-poco	Bastante-mucho	Ns/Nc
Móvil	36,6%	62,0%	1,4%
Ordenador	66,4%	32,0%	1,6%
Internet	53,1%	45,1%	1,8%
Paseos en compañía	35,6%	62,8%	1,6%
Paseos en solitario	42,3%	55,9%	1,8%
Ir a bares o restaurantes	47,5%	50,7%	1,8%
Ir de compras por ocio	74,4%	23,9%	1,6%
Participación social	69,2%	28,6%	2,2%
Ocio organizado	68,4%	29,8%	1,8%
Formación	44,7%	53,7%	1,6%
Leer o escribir	16,9%	81,3%	1,8%
Radio o televisión	6,0%	91,8%	2,2%
Actividades físicas	44,9%	52,9%	2,2%
Viajes organizados	50,3%	47,7%	2,0%
Oficios religiosos	56,9%	40,4%	2,6%

Tabla 57

De todas las opciones de ocio destacamos las más determinantes en relación a la soledad detectada. Esas actividades más importantes a la hora de disminuir la soledad no deseada son, en general, todas aquellas que suponen relación con las

demás personas y estimulación cultural. Así, los paseos en compañía se muestran como grandes agentes de socialización, especialmente en los territorios rurales. Algo parecido podríamos indicar cuando hablamos de salir a tomar algo, siendo una actividad más habitual en las ciudades y que implica, al igual que los paseos en compañía, salir de casa, contar las preocupaciones, sentirse escuchada, estar pendiente de las demás, etcétera. En quienes no participan en asociaciones, ya sea de mujeres, de mayores, en grupos parroquiales ni acuden a ocio organizado se obtiene un 60% más de soledad que en quienes sí lo realizan frecuentemente. Las mujeres que no acuden a actividades de formación -como UNATE- suman uno de los mayores niveles de soledad (47%) y las mayores diferencias respecto a quienes sí acuden (22 puntos), consiguiendo reducir a casi la mitad su soledad. Radio y televisión, por último, no parecen ayudar a disminuir la soledad pero en quienes no las utilizan sí se ven niveles muy altos (53%).

Destacan como actividades asociadas a gran soledad el uso esporádico del ordenador, paseos sola, ocio organizado, actividades físicas, viajes organizados y en mayor medida el poco uso de radio y tv, lectura y escritura, formación y salir a tomar algo. Por otro lado, destacan como grandes valedores de una soledad baja la mayor frecuencia de uso de pc, paseos en compañía, tomar algo, la participación social, la formación y los viajes organizados.

Actividades y soledad	Detectada	No detectada
Móvil + nada-poco	36,8%	62,6%
Móvil + bastante-mucho	35,1%	63,6%
Ordenador + nada-poco	40,0%	58,8%
Ordenador + bastante-mucho	26,4%	73,0%
Internet + nada-poco	39,8%	58,7%
Internet + bastante-mucho	30,4%	69,2%
Paseos en compañía + nada-poco	48,6%	51,4%
Paseos en compañía + bastante-mucho	28,2%	70,2%
Paseos en solitario + nada-poco	41,0%	58,6%
Paseos en solitario + bastante-mucho	31,3%	67,3%
Ir a bares o restaurantes + nada-poco	45,3%	53,8%
Ir a bares o restaurantes + bastante-mucho	27,0%	71,8%
Ir de compras por ocio + nada-poco	35,1%	63,5%
Ir de compras por ocio + bastante-mucho	37,0%	63,0%
Participación social + nada-poco	39,2%	59,9%
Participación social + bastante-mucho	26,8%	71,8%
Ocio organizado + nada-poco	40,6%	58,8%
Ocio organizado + bastante-mucho	24,3%	73,6%
Formación + nada-poco	47,7%	51,8%
Formación + bastante-mucho	25,5%	73,0%
Leer o escribir + nada-poco	59,5%	40,5%
Leer o escribir + bastante-mucho	30,7%	68,1%
Radio o televisión + nada-poco	53,3%	43,3%
Radio o televisión + bastante-mucho	34,0%	65,1%
Actividades físicas + nada-poco	41,3%	57,4%
Actividades físicas + bastante-mucho	30,4%	68,8%
Viajes organizados + nada-poco	41,6%	57,6%
Viajes organizados + bastante-mucho	28,3%	70,0%
Oficios religiosos + nada-poco	37,5%	60,8%
Oficios religiosos + bastante-mucho	33,3%	66,7%

Tabla 58

Actividades y soledad

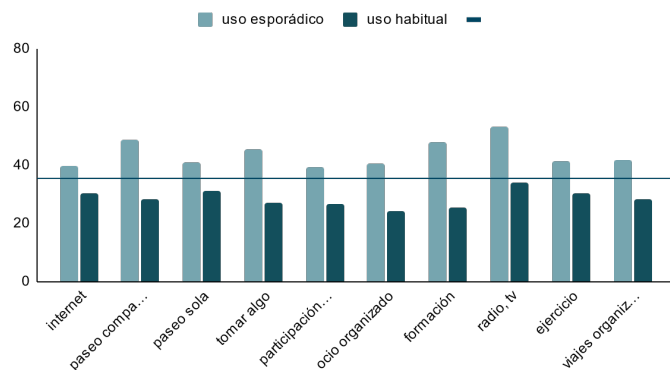


Gráfico 22

5.3 Reconocimiento

Además, hemos querido preguntar por cuán útiles se sentían para su entorno cercano. El resultado es el de que 5.100 mujeres mayores en Cantabria (6,8%) no se sienten nunca o casi nunca útiles. Este segmento de la población ha dado una prevalencia del 79,4% de soledad detectada convirtiéndose en un factor de soledad crucial. El resto muestran resultados estables e incluso quienes se sienten siempre útiles repuntan suavemente en su soledad detectada pudiéndose comprobar un efecto contrario y excesivo por no ser impuesta y por impedir la realización de otras actividades.

Utilidad para las demás	%	N
Nunca o casi nunca	6,8%	34
Algunas veces	15,7%	78
A menudo	34,4%	171
Siempre o casi siempre	40,6%	202
Ns/Nc	2,4%	12

Tabla 59

Utilidad y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nunca o casi nunca	26,5%	73,5%	79,4%	20,6%
Algunas veces	12,8%	87,2%	44,9%	55,1%
A menudo	6,4%	93,6%	26,9%	73,1%
Siempre o casi siempre	4,5%	95,5%	32,7%	66,8%

Tabla 60

Utilidad y soledad

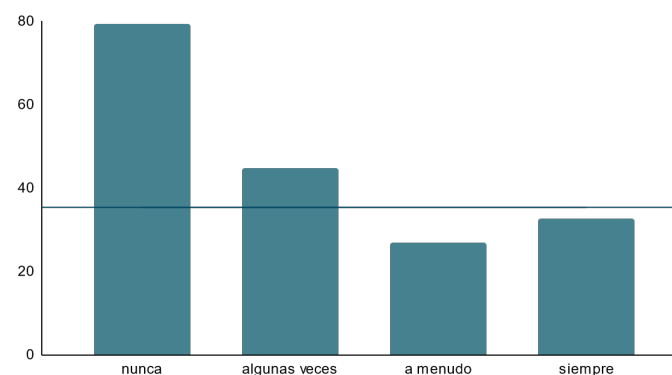


Gráfico 23

6. Futuro

¿Tienen alguna relación las perspectivas de futuro con la soledad que sienten las mujeres mayores? Escuchar sus propuestas puede darnos una idea de en qué se puede mejorar o hacia dónde podríamos dirigir nuestra mirada. En este último bloque se han planteado un par de preguntas más abiertas para que nos puedan dar algunas pautas.

6.1. Cambio en la convivencia

Al margen del motivo que haya llevado a vivir de la manera establecida, nos interesaba saber cuál es su preferencia de convivencia. Una mayoría elige permanecer de la manera en la que viven ahora, siendo quienes viven solas las más proclives a un cambio, especialmente a irse a vivir con su familia o a una residencia. Ha sorprendido que un 11% indicaba su preferencia por vivir en un modelo mixto que proporcionara independencia a la vez que espacios y servicios comunes en un estilo co-housing o de viviendas tuteladas.

Deseo convivencia	Vida en solitario	Con familia	Con amistades	Residencia	Espacios comunes
Vive sola	57,9%	20,8%	4,4%	15,3%	7,7%
Vive acompañada	7,4%	75,7%	1,6%	8,6%	3,2%

Tabla 61

Deseo convivencia

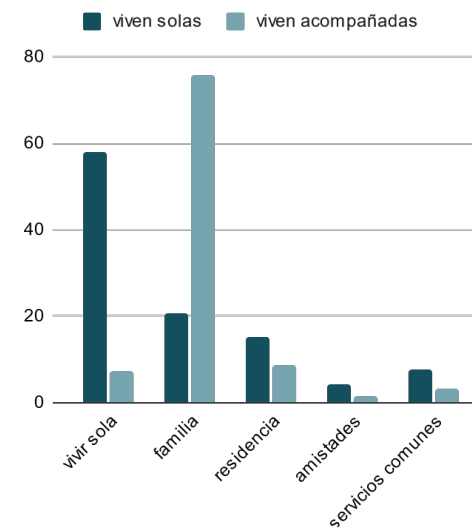


Gráfico 24

6.2. Apoyos necesarios

La otra pregunta versaba sobre qué recursos querrían disponer en su domicilio en caso de necesitarlos por cuestión de dependencia, con respuesta múltiple (tabla 62). En primer lugar, el apoyo más solicitado es la ayuda a domicilio para tareas domésticas (68%) y para cuidados personales (54%). Los otros dos -demandados en mucha menor medida- son acompañamiento (17,7%) y comida a domicilio (13,7%).

Apoyos elegidos	%	N
Tareas domésticas	68,0%	338
Cuidados personales	54,1%	269
Acompañamiento	17,7%	88
Comida a domicilio	13,7%	68
Ns/Nc	21,3%	106

Tabla 62

Sin embargo, al fijarnos cuánta soledad muestra quienes solicitan cada apoyo, el acompañamiento seguido por la comida a domicilio son los recursos que ofrecen resultados más altos (46,6% y 44,1%) bastante alejados de los otros dos más habituales. Esta diferencia nos puede estar indicando que probablemente no se están facilitando los apoyos adecuados para afrontar la problemática de la soledad no deseada.

Apoyos y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Tareas domésticas	6,8%	93,2%	34,3%	65,4%
Cuidados personales	6,3%	93,7%	32,7%	66,9%
Acompañamiento	12,5%	87,5%	46,6%	52,3%
Comida a domicilio	7,4%	92,6%	44,1%	55,9%

Tabla 63

Apoyos en el futuro

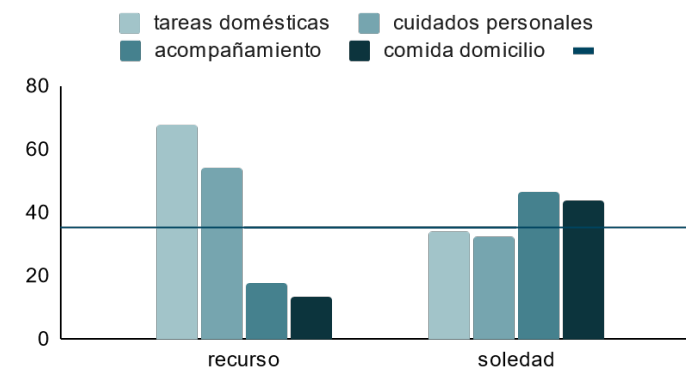


Gráfico 25

7. Apuntes cualitativos

Los valores cuantitativos nos permiten medir y comparar los resultados en un estudio con enorme facilidad al convertir las variables en magnitudes numéricas. En esta generalización resulta inevitable la pérdida de muchísima información en detalles y matices que empobrecen los datos finales. Por ejemplo, podemos medir un aumento de soledad percibida a partir de los 85 años pero la actuación a realizar no tendrá el mismo impacto si sabemos los motivos de ese incremento. Incluso aun estableciendo diferentes categorías y determinando los casos en los que la mujeres con más de 85 años experimentan mayor soledad por motivos asociados a la diversidad funcional, necesitaríamos correlacionar las dificultades de accesibilidad dentro y fuera del domicilio con las diferentes discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas para poder dimensionar un óptimo plan de intervención.

En otro sentido, a mayor escala se hace más difícil captar lo cualitativo, sin embargo, cualquier pincelada nos va coloreando el mapa abstracto que se obtiene gracias a los cuadros y gráficos. Con esta intención se han realizado determinadas cuestiones abiertas en las entrevistas realizadas. La pregunta principal que se ha querido recoger era acerca de los motivos que cada mujer creía que estaban detrás de su sentimiento de soledad. El bloque de comentarios más repetido ha sido el relacionado con la pareja, en especial la viudedad y, en menor medida, la falta de comunicación con el marido o su cuidado y enfermedad.

En segundo lugar, abundan respuestas relacionadas con la Covid-19, se menciona especialmente una sensación puntual de soledad por el momento actual, lo cual podría dar a entender que hace un año los resultados habrían sido significativamente distintos. También dentro del mismo ámbito, se habla del confinamiento como factor clave para el aumento de soledad y la situación de pandemia global.

Un tercer bloque con relación en parte con el coronavirus es el de la salud. Muchas mujeres encuestadas asignan tanto a su estado físico como al anímico un gran peso a la hora de sentirse solas. Se habla de bajones anímicos relacionados con el virus, siendo *tristeza* la palabra que más asiduamente ha aparecido en las conversaciones. En torno a las enfermedades físicas las respuestas se dirigen hacia aquellos factores que suponen una limitación de la movilidad como pueden serlo aquellas que conllevan además situaciones de dependencia y discapacidad.

En cuarto lugar, abundan las menciones hacia la partida de las hijas e hijos o una mala relación, hacia o entre ellos. También la dificultad para verse con ellos, especialmente acuciante

en tiempos de pandemia y extrapolable al resto de familiares cercanos. Otras menciones que pueden ser significativas por su reiteración son aquellas relacionadas con la pobre red de amistades y motivada por el fallecimiento de ellas. También la ausencia de arraigo en el lugar en el que vive, la falta de expectativas hacia su futuro y la propia edad se repiten entre las respuestas obtenidas.

En otro orden debemos destacar de las entrevistas los cambios ocurridos a raíz de la pandemia. En relación a los cuidados hubo numerosos casos en los que desapareció la ayuda a domicilio e incluso el personal interno. Se ha comparado en numerosas ocasiones los distintos tipos de medidas adoptadas, en la primera etapa allá por marzo, abril y mayo de 2020, se recordaba lo severas que fueron las restricciones y se ha señalado que provocaba altas dosis de soledad al tratarse de un confinamiento domiciliario. Muchas participantes manifestaban agradecer que las medidas posteriores -confinamientos municipales o restricciones de aforo- les permitiera salir a comprar, a pasear incluso saludar a sus vecinas y amistades. Todo ello se hacía con importantes restricciones pero al menos no tenían que permanecer encerradas en casa. De hecho, en muchos casos se ha comentado que su piso/casa pasó de ser un refugio de paz a una jaula para quienes vivían solas y realizaban su ocio y sus tareas cotidianas habitualmente fuera de casa.

Conviene recordar que el teletrabajo, el ocio digital o las compras y envíos a domicilio no han ofrecido soluciones eficaces para esta población en tiempos de debilitamiento de las redes de apoyo. Para lo que sí se menciona que ha ayudado enormemente internet y los dispositivos móviles ha sido para mantener el contacto con sus seres queridos a través de las videollamadas. No obstante, el deseo de volver a tener las rela-

ciones de antes de marzo de 2020 es unánime, al igual que otras actividades de ocio, como podrían ser los viajes.

A grandes rasgos, los principales deseos a medio plazo que han referido guardan relación con un aumento de las actividades disponibles tanto físicas como cognitivas, participación en asociaciones y mayores cuidados personales. Respecto a estos, aunque hay muchas opiniones acerca de no querer molestar a sus hijas e hijos y optar por las residencias o que directamente no piensan en su futuro, la mayoría preferiría vivir con la familia en cuanto no pudiera valerse por sí misma o en la vivienda actual. También han sido reiterativos los comentarios acerca de replantearse un alojamiento residencial después de cómo ha incidido el coronavirus dentro de estos.

8. Conclusiones

La principal conclusión que nos ha dejado la realización del presente estudio es la diversidad que existe en la soledad. Nos encontramos tratando aspectos que versan sobre un sentimiento cuya dimensión de subjetividad es enorme pese a nuestros intentos de establecer magnitudes cuantitativas. Se hace difícil establecer una definición común que trasladar a cada mujer que responde la encuesta, pues para cada una tiene matices muy distintos según haya sido su experiencia.

En estas múltiples soledades con sus valores e implicaciones diferentes es necesario continuar estudiando los factores que están detrás de ellas. Durante este estudio se ha intentado avanzar en las características de la soledad que afecta a las mujeres mayores, abordando sus cualidades por razón de género. Y tras realizarlo han aparecido dos áreas especialmente importantes en las que se observan muchas divergencias y requieren de medidas muy específicas en su abordaje. Nos estamos refiriendo a

las variables ruralidad y edad. Los estilos de vida son muy distintos según el momento del proceso vital en el que se encuentran las mujeres y los motivos por los que pueden sentir soledad variarán de la mano de estos, por lo que no parecería lo más óptimo que las soluciones para evitar la soledad no deseada no fueran ajustándose a cada etapa. De la misma manera, las iniciativas que surjan desde la visión urbana difícilmente estarán adaptadas a la realidad rural. Repetidamente nos han hablado de talleres concebidos con la mejor intención que no tienen éxito porque o bien no se ajustaban a los contenidos esperados, o en cuestión de forma ignoraban las costumbres de lugares con patrones bien marcados. Por todo ello, se reconoce como imprescindible acercarnos a los hogares y preguntar sin miedo a equivocarnos, para que así pueda haber una conversación real entre necesidades y recursos disponibles.

Otra dificultad que ha modificado sin duda los resultados del estudio ha sido la irrupción del coronavirus y sus consecuencias en forma de confinamiento, limitación de movimientos, cierre de actividades, prohibición de encuentros y visitas, etcétera. La mayoría eran actividades que ayudaban enormemente a disminuir los sentimientos de soledad. Este hecho enfatiza todavía más que este estudio sea solamente una fotografía de un momento puntual que no tiene por qué parecerse al que había en el pasado o al que nos deparará el futuro en un escenario que no somos capaces de diseñar. Pero de lo que sí hay convencimiento es de que los próximos meses y años llevarán un signo inequívoco de que hubo una pandemia y las relaciones humanas se verán modificadas por ella. Continuar estudiando los efectos de todo este fenómeno en la soledad de las mujeres mayores de nuestra comunidad se hace imprescindible si se quiere mantener una flexibilidad que permita intervenir allá donde sea necesario en cada momento.

A lo largo del informe se han intentado identificar los principales factores analizados que parecían tener relación con mayores niveles de soledad. Pasamos a enumerarlos sin llegar a generar un perfil único, sino describiendo que en caso de hallarse en cada uno de los siguientes estratos se aumenta notablemente las posibilidades de soledad. Y, como consecuencia, en cuantos más se sitúe, más vulnerabilidad encontraremos a la soledad no deseada.

Podríamos clasificarlos en dos grandes grupos. En el primero tendríamos aquellos relacionados con la biografía de cada mujer. En ella destacan el nivel económico y sus estudios como gran indicador de la prevalencia de soledad con un resultado inversamente proporcional, a medida que aumentaban sus ingresos y estudios, disminuía el porcentaje de soledad. Los últimos años de vida, el tramo a partir de los 85 años en la encuesta, y las graves dificultades de salud se convierten en determinantes cruciales que no parecen estar acompañados de las medidas de apoyo adecuadas. Otro cambio en la biografía que carece del apoyo necesario y que se muestra como un punto de inflexión fundamental para el aumento de soledad es la viudedad.

El segundo grupo de factores los encontraríamos en el entorno. Incluimos en este bloque aquellos que nos indican qué hacemos con lo que somos y cómo nos relacionamos con ello. Principalmente vemos que las redes de apoyo son la máxima garantía para alejar la soledad no deseada. Tanto las redes familiares como la de iguales -aquellas que se componen por nuestras amistades y vecindad- y son precisamente estas últimas las que más se resienten en los últimos años pues no suele haber un relevo generacional. Otro aspecto clave son las actividades realizadas que permiten mantener una vida activa. De ellas, la formación, las que implican relaciones sociales, la cul-

tura, el ejercicio físico y los viajes configuran la mejor medicina para el día a día. Por último, mencionar la enorme importancia de sentirse útil para las demás personas.

Todo lo anterior requiere además que sea decidido por cada mujer, se debe poder elegir cómo vivir, con quién, dónde, con qué apoyos, etcétera. Respetar esas decisiones ayudará a todos los demás factores.

Hemos visto que por norma general cuando se habla de soledad se hace de manera negativa. Entonces, ¿existía la soledad deseada? Si nos ceñimos a las respuestas ofrecidas en la encuesta, aunque se mantiene la connotación peyorativa, habría dos supuestos en los que claramente se muestra una valoración positiva de la soledad. El primero sería en aquellos supuestos en los que se ha decidido vivir en solitario y esta se experimenta como un hecho satisfactorio. En segundo lugar, se menciona de manera repetida la necesidad de tener momentos o actividades que se realizan en soledad al margen de la convivencia que se tenga. Podemos afirmar, en consecuencia, que sí existe una soledad deseada que resulta saludable y conveniente para aquellas mujeres que así lo eligen.

En definitiva, para cuidar más y mejor a las mujeres mayores disminuyendo las soledades no deseadas debemos continuar aprendiendo, escuchando e interviniendo desde la empatía y el respeto en una responsabilidad compartida por la administración pública y el entorno comunitario.

Las voces de las mujeres mayores rurales²

*“Las hembras nos comprendemos:
el mundo es un peligro a nuestra disposición”*

Ana Pérez Cañamares

Experiencias localizadas

Los resultados que presentamos surgen del encuentro de mujeres mayores rurales diversas que participaron en grupos de discusión facilitados por profesionales, con el propósito de identificar lugares comunes en torno a las experiencias vitales de cada una de las participantes en relación a la soledad y al contexto actual mediado por la pandemia de la Covid-19.

Los grupos de discusión, o grupos focales, es una de las técnicas utilizadas en la investigación social y consiste en que un número de personas reunidas conversan entre ellas a partir de una serie de preguntas orientadoras previamente diseñadas. La elección de esta técnica se fundamentó en que los grupos de discusión permiten comprender los efectos transversales de la

2 | Este capítulo ha sido construido por Mayra Sánchez Mora en base a los informes finales de las facilitadoras de los grupos focales: María Montesino (socióloga), Rebeca Martínez Gómez (psicóloga) y Sara Lanza (psicóloga).

pandemia a nivel físico, emocional y cognitivo de las mujeres mayores que habitan en espacios rurales y semi-rurales de Cantabria.

Para este estudio, se agruparon dichas preguntas en tres bloques: 1. Covid-19 (consecuencias en la vida cotidiana y sentimiento de soledad); 2. Soledad (deseada y no deseada); y 3. Propuestas de intervención para la administración pública. Se llevaron a cabo 26 grupos focales en 16 municipios, con la participación de 96 mujeres mayores de 60 años.

Asimismo, se invitó a participar en esta investigación a 14 profesionales de los Servicios Sociales (trabajadoras sociales), personal sanitario, asistentes a domicilio, responsables de residencias y trabajadoras/es de los ayuntamientos. Con ellas también se realizaron grupos focales para abordar el tema desde sus experiencias como profesionales y trabajadores/as de la administración pública. Al ser agentes de referencia en los municipios donde desempeñan su trabajo, conocen de primera mano las situaciones de soledad no deseada que sufren algunas mujeres mayores con las que intervienen directamente, o de otras mujeres sobre las que, sin llegar a intervenir con ellas, conocen su situación por otras personas del municipio (como pueden ser vecinos/as, familiares y amigos/as).

Cambios en la vida cotidiana de las mujeres mayores rurales en el último año

Muchas mujeres relatan que al principio de la pandemia apenas experimentaron cambios en sus vidas. La poca información y el desconocimiento de los efectos que causaría en la humanidad el virus del Covid-19, hicieron que muchas de ellas pensarán que se trataba de un asunto coyuntural y que, tras unas semanas, se retomaría la vida tal y como la conocían. No obs-

tante, con el paso del tiempo, la situación “empezó a pesar” en sus vidas, haciéndose visible una serie de cambios en sus dinámicas cotidianas, en la forma de relacionarse consigo mismas, con sus cuerpos y con otras personas.

Entre los cambios más significativos destacan:

1. Empobrecimiento de las relaciones sociales. La falta de compañía y de interacción social física ha hecho que muchas de ellas sientan que se han vuelto más introvertidas y menos cariñosas. Aunque han recuperado gradualmente el contacto, las muestras de cariño y los abrazos, muchas de ellas refieren cómo estos se han visto reducidos, son menos frecuentes y suelen darse con mucha cautela. La pérdida de la espontaneidad en las interacciones ha hecho que reconozcan que no disfrutaban de las reuniones y de los encuentros como lo hacían antes, debido al miedo y a las medidas de precaución constantes. Además, al salir menos a la calle, se han reducido las situaciones de comunicación con personas conocidas y vecinos/as.

2. Dificultades en la comunicación. La situación de pandemia no solo ha restringido los espacios en los que poder hablar y expresarse, como las actividades grupales que realizaban habitualmente como cursos y talleres, sino que el uso obligatorio de la mascarilla y la distancia interpersonal les ha generado problemas para comunicarse con otras personas. Esto las ha llevado a tener que acostumbrarse a ciertos hábitos que les resulta incómodos o molestos. Por ejemplo, reconocer que la falta de expresión en el rostro, la dificultad para hablar, escuchar activamente y prestar atención está generando situaciones relacionales menos empáticas.

3. Pérdida de rutinas. Hay mujeres que, por miedo, pero también por la reducción o suspensión de actividades de

ocio y tiempo libre, dejaron de participar en su entorno y no han retomado todavía sus rutinas. Por un lado, la apatía y el desánimo que arrastran son, quizá, sentimientos que han influido en su decisión de no reanudar las rutinas que tenían muy asentadas en su vida cotidiana. En estos casos se podría hablar ya de procesos depresivos. Por otro lado, el miedo al contagio, en algunas de ellas, ha provocado la decisión de un mayor aislamiento y de evitar todo contacto social, incluso cuando las medidas sanitarias iban siendo menos restrictivas.

4. Afectaciones emocionales. A muchas mujeres no dar besos, mantener la distancia interpersonal y no poder tener una cercanía física con su red de apoyo, les ha afectado emocionalmente. Sienten que han tenido que renunciar a una forma de relacionarse que añoran, aun comprendiendo su pertinencia. Excepcionalmente, ha habido alguna mujer que manifestó que, al ser una persona poco sociable, distante y selectiva, no ha percibido grandes cambios con la pandemia, siendo el confinamiento una etapa de tranquilidad y descanso. Por eso, muchas de ellas creen que la gente que socializaba más ha sufrido más, pues han notado más cambios y una mayor sensación de pérdida en todos los aspectos y, en consecuencia, más percepción de soledad.

5. Incorporación de actividades nuevas. Durante el confinamiento, muchas mujeres incorporaron a sus rutinas nuevas actividades de ocio y entretenimiento que han continuado realizando tras el fin del mismo. Entre ellas, la lectura, el dibujo, hacer crucigramas y sopas de letras, escuchar música y bailar en casa, salir a andar más a menudo y por más tiempo, comunicarse con sus familiares a través de videollamadas y, en general, hacer mayor uso de las nuevas tecnologías, especialmente, del teléfono móvil. A quienes

conviven con su familia, la situación de confinamiento propició pasar más tiempo juntos, compartiendo tareas, actividades de ocio y momentos de charla. En el día a día, cada uno o cada una tiene sus ocupaciones y tareas, y eso a veces no facilita pasar juntos el tiempo que les gustaría. La inmensa mayoría refiere que el hecho de haber vivido tanto el confinamiento como la pandemia en un pueblo, en un entorno rural, les ha facilitado que toda esta situación fuera más llevadera, pues han tenido la posibilidad de salir a la calle sin encontrarse con aglomeraciones de gente para pasear tranquilamente, poder pasar el tiempo ocupadas en los quehaceres de la huerta o del jardín de casa, cuidando de los animales; o estar en la calle charlando con las vecinas y vecinos. Estas formas de ocupar su tiempo al aire libre o en contacto con la naturaleza les ha facilitado poder hacer frente a esta situación de una manera más llevadera, muy diferente a si lo hubieran tenido que vivir en un entorno urbano.

6. Mayor utilización de las nuevas tecnologías y exclusión. El no haber podido tener contacto directo con la familia extensa durante mucho tiempo, propició que muchas hayan recurrido a las nuevas tecnologías, como las llamadas o videollamadas, como una manera alternativa de mantenerse en contacto con los/as familiares y amigos/as a los/as que no podían ver ni podían visitarlos. Por otro lado, la virtualidad de la vida ha supuesto para muchas de ellas una barrera a la hora de interlocutar y realizar trámites con la administración pública y otros servicios. Las dificultades para adaptarse a la digitalización de los trámites y gestiones han generado sentimientos de inseguridad, inutilidad, incomprensión, torpeza, pérdida de autonomía y frustración.

Efectos de la pandemia en la salud física, psicológica y/o emocional

Aunque, en general, se sienten bien físicamente, muchas de las mujeres participantes en este estudio afirman no haber recuperado la forma física previa a la pandemia. La mayoría de ellas es consciente de cómo los meses de confinamiento y la pérdida de actividades cotidianas, le ha ocasionado un mayor deterioro, tanto a nivel físico, como a nivel cognitivo. A nivel físico, hechos como no poder salir a la calle, salir a andar o hacer ejercicio en los talleres de gimnasia o pilates, así como no poder ir a la piscina, les ha supuesto una pérdida y deterioro progresivo en cuanto a movilidad, flexibilidad, agilidad, estabilidad y equilibrio. A su vez, refieren sentir más cansancio y fatiga.

A nivel cognitivo, el hecho de hablar menos, relacionarse menos, o no hacer actividades –como, por ejemplo, asistir a los talleres de memoria– les ha supuesto un deterioro de sus facultades cognitivas, siendo conscientes de cómo han podido perder memoria, o cómo se sienten más despistadas, más desorientadas –sobre todo, a nivel de orientación temporal–, y tienen mayores dificultades para concentrarse y prestar atención. Estas afectaciones a nivel físico y cognitivo de las que son conscientes, en muchos casos, han generado estados de apatía y desmotivación, en los que se han mantenido durante semanas o incluso meses.

Los cambios emocionales vividos a lo largo de este último año han sido, para la inmensa mayoría, uno de los efectos más visibles de la pandemia. Han notado cómo sus estados de ánimo han decaído velozmente, lo que las ha hecho enfrentarse a periodos prolongados de tristeza, apatía, sentimientos de pérdida y duelo, así como a mayores niveles de ansiedad. Esto,

en ocasiones, les ha provocado alteraciones del sueño, problemas digestivos, malestar general, preocupaciones excesivas, sensación de mayor tensión o dolores musculares. Debido a los cambios en la manera de relacionarse, tanto con su familia como con sus amistades, se ha reducido de manera considerable una de las fuentes principales de bienestar y satisfacción personal: el contacto social, que es, a su vez, un factor clave de protección frente a la soledad no deseada. En ese sentido, la reducción o suspensión de las actividades presenciales de ocio y tiempo libre que solían mantenerlas activas y les aportaban beneficios a nivel físico, psicológico y emocional, ha impactado negativamente en su bienestar.

Las emociones sentidas por las participantes a lo largo de este tiempo de pandemia son muy diversas: angustia, sensación de vacío, de pérdida, tristeza, agobio, preocupación, miedo, desasosiego, temor hacia lo desconocido, y frustración. Al principio, predominó el miedo, en casos extremos convertido en ansiedad, debido a la incertidumbre, un sentimiento que la mayoría de ellas ha manifestado y que era provocado por el hecho de estar viviendo algo tan desconocido, por no saber qué estaba sucediendo, cuándo iba a terminar –una de las frases que más repiten es “parece que esto no va a acabar nunca” o “esto no tiene fin”–, cuándo se iba a poder retomar las rutinas y hábitos, y cuándo se iba a poder ver y estar con la familia. Pero, sobre todo, predominó la tristeza, ya que la situación generada por todo lo ocurrido producía gran desconcierto y desolación. A medida que ha ido transcurriendo el tiempo, las emociones más comunes han sido la rabia, la frustración y una sensación de soledad más profunda. En ocasiones, han sentido recelo, impotencia y frustración por el comportamiento o la actitud de otras personas que no cumplen con las normas y medidas sanitarias o que no son respetuosas con quienes sí las cumplen, provocando en ellas enfado o rabia.

Han sido muchas y muy variadas las razones por las que las mujeres han experimentado todas estas emociones. Esto es parte de lo narrado por ellas durante los grupos focales.

-**Miedo**, especialmente al principio, a salir y encontrarse con gente. Rehuían de las personas con las que en otros momentos solían detenerse a hablar. Miedo a contagiar o a que se contagiasen sus familiares. Por eso, durante los primeros meses había mujeres que se sentían más tranquilas y seguras sin ver a nadie. Miedo a que esta situación no terminase, sensación de no saber cuándo llegaría el final. Esa incertidumbre desencadenó inquietud que, en algunas de ellas, se ha transformado en ansiedad crónica. Finalmente, miedo a realizar actividades en grupo y a participar en la vida cultural del municipio, lo que provocó un mayor aislamiento social.

-**Tristeza** de saber que ha habido mucha gente que ha muerto sola; de ver parado el mundo. Muchas relatan que se mezclaba la extrañeza y la sensación de vacío ante el hecho de estar viviendo unos acontecimientos tan desconocidos como inesperados. Tristeza de no ver a sus familiares, pues los encuentros familiares, las reuniones semanales pasando tiempo juntos/as, así como la visita de sus nietos/as para comer entre semana quedaron suspendidos. Actualmente, muchas mujeres verbalizan que estos encuentros no se han restablecido por completo. Solo en un número reducido de familias se han retomado esas rutinas de encuentro como ocurrían antes de la pandemia. Algunas resaltan, sin embargo, que están viendo una actitud más protectora por parte de sus hijos/as. Antes, estos/as mostraban menos apego y ahora les parece que son más conscientes de las necesidades que tienen, por lo que sienten que están más pendientes de ellas. También sienten tristeza por el paso del tiempo, al ser más conscientes de que esta situación es un cambio de vida permanente y al tener que

mentalizarse que la vida de antes no va a volver. Aquí, la tristeza se mezcla con la nostalgia, la angustia y la pena. La percepción de un tiempo robado o el sentimiento de pérdida de un año de vida también les genera tristeza al tener que desarrollar un estilo de vida tan diferente del que desean. Es decir, hay una disonancia entre sus preferencias y la realidad diaria que deben vivir. De igual modo, ponen de manifiesto el sentimiento de pérdida al tener que renunciar a sus proyectos programados, tales como viajes y eventos familiares, sociales y culturales. Y, finalmente, sienten tristeza por la ausencia –durante el confinamiento– y disminución –después del confinamiento– de las relaciones sociales presenciales y, en consecuencia, de las experiencias y vivencias junto a otras personas.

-**Rabia y frustración** por lo que ellas consideran “escaso aprendizaje vital”. Muchas de las participantes creen que está predominando una actitud egoísta e individualista en las personas. Les parece que está habiendo poca solidaridad, mucha despreocupación e indiferencia. También perciben más crispación e intransigencia, como si no se aceptase lo que estamos pasando. Pensaban que la reacción como sociedad iba a ser distinta. En ese sentido, observan con frustración la poca consciencia colectiva, el fácil olvido de lo vivido, y echan de menos una mayor responsabilidad personal. Hay común acuerdo en que se está perdiendo una oportunidad para mejorar la convivencia y afianzar valores que contribuyan al desarrollo de una sociedad más humana. Muchas de las mujeres piensan que, antes de la pandemia, algunos aspectos de las relaciones personales no funcionaban bien. Les frustra que no se aproveche esta experiencia vital como aliciente para resolver las carencias sociales y emocionales que llevamos arrastrando durante mucho tiempo. Asimismo, sienten una sociedad menos empática de la deseable, principalmente hacia las personas mayores, a quienes no se les tiene en

cuenta lo suficiente. No se les suele preguntar para conocer sus necesidades y, si se hace, no se valoran sus opiniones como les gustaría. La manipulación y la falta de información clara, fiable y honesta han hecho que se sientan agredidas. Ese malestar supone una mayor desconfianza de su parte hacia los representantes públicos.

-**Preocupación** al pensar en el futuro de sus hijos/as o nietos/as ante la situación económica o laboral que esta situación ha provocado, pues son conocedoras de primera mano de cómo la pandemia ha acentuado la inestabilidad laboral, ya que algunos de sus familiares se han visto afectados con la problemática que todo ello conlleva.

Percepciones de las y los profesionales

Las y los profesionales de los Servicios Sociales consultados/as para este estudio concuerdan en que, durante todo este periodo de pandemia, han observado patrones en las mujeres mayores que acudían de forma presencial y han sido atendidas, desde entonces, telefónicamente. Destacan, en general, un deterioro físico y cognitivo acelerado que continúa produciéndose. De forma particular, se ha generalizado el miedo a salir de casa. Advirtieron un temor extendido al contacto con la gente, sobre todo, al principio. Hoy el miedo es más general e inespecífico, pero sigue generando en muchas mujeres aislamiento y reducción de tiempo compartido con los/as demás. Apuntan que muchas de las mujeres atendidas no han retomado los encuentros habituales con sus familiares, lo que ha provocado una desestructuración de rutinas que les servía de acompañamiento. Ello, a su vez, ha originado una dinámica de encerrarse sin recuperar las actividades de antes.

Otras han expresado a los/as profesionales sentir recurrentemente mucha desesperación y necesidad de salir de casa, más acusada en los casos de mujeres mayores que viven solas y en pisos. En relación a las mujeres que conviven con familiares, detectaron soledad emocional, es decir, mujeres que se sentían solas aun estando acompañadas físicamente. Este tipo de soledad fue percibida ante la necesidad manifestada de hablar y de sentirse escuchadas. Asimismo, han observado en ellas una ideación mayor de muerte debido el sentimiento de pérdida por lo que estaba ocurriendo.

Soledades intensificadas

El sentir general de las mujeres es haber tenido más momentos de soledad, no obstante, la identifican como una emoción predominantemente no deseada. Durante los primeros meses se aceptó mejor porque se asumía que era algo necesario e inevitable, aunque haya conllevado un fuerte desgaste psicológico. Si bien una parte de ellas refiere haber disfrutado los momentos de soledad, pues esto significó tener más tiempo para sí mismas y para hacer cosas que nunca habían hecho por no tener tiempo disponible, en la actualidad, la soledad está siendo más dañina y dolorosa. La mayoría de las participantes considera que es la emoción de mayor impacto, especialmente en las personas mayores. La situación generada por la pandemia la ha hecho más visible y evidente que hace unos años, pues, aunque existía, estaba más camuflada.

Lo que más echaron en falta durante los meses de confinamiento fue el contacto con sus hijos/as y nietos/as, pues algunas de ellas han estado varios meses sin poder verles. Este es el principal motivo que refieren que ha provocado un mayor sentimiento de soledad, ya que ese contacto con su familia, en ocasiones, ocupa gran parte de su tiempo y de las tareas de su día a

día, dirigidas a la atención y los cuidados que recaen, en mayor medida, sobre ellas. Por lo tanto, un porcentaje significativo de las mujeres afirman haber tenido mayor sentimiento de soledad en los últimos meses del que podían tener antes de la pandemia.

Las mujeres que residen en pisos manifiestan haber experimentado la soledad no deseada con más intensidad que las que viven en casas. En los entornos más rurales, por ejemplo, en pueblos cuyo número de habitantes no supera las 20 personas en verano y las 8 en invierno, la soledad es una constante en sus vidas desde hace años. Al haber menos gente, hay menos posibilidad de contacto y menos lugares de interacción. Sin embargo, muchas creen que en estas zonas se afronta con más entereza, pues tienen más capacidad de adaptación. En sus palabras, “saben sufrir la soledad”.

Identificamos, asimismo, diferencias significativas entre mujeres que llevan viudas varios años y aquellas que llevan un período más corto. Las primeras reconocen que, aun sintiendo soledad, la tienen más integrada en su vida. Por regla general, están más acostumbradas a ella y han aplicado mecanismos para disminuir la soledad no deseada; por ejemplo, poner la televisión o la radio como compañía en casa y buscar actividades nuevas de entretenimiento para distraerse cuando no están acompañadas. De hecho, en cuanto las medidas sanitarias fueron menos restrictivas, fueron ellas las que tuvieron más iniciativa y se apuntaron a talleres para mantener el contacto social. Las segundas admiten mayor sufrimiento, siendo la pandemia un añadido al proceso de duelo (vacío, nostalgia y aceptación incompleta) que aún estaban viviendo.

La mayoría de las participantes distinguen entre la soledad deseada y la soledad no deseada, partiendo de la idea de que la

clave del bienestar es poder elegir cómo se quiere estar y vivir. Sin embargo, al preguntar por lo que les suscita la palabra soledad, en muchas surgen sentimientos y sensaciones que, en su mayoría, son negativas, tales como tristeza, pena, falta de compañía, silencio, aburrimiento, ausencia de felicidad y depresión.

Soledad no deseada. Para muchas de las mujeres participantes, el sentirse sola lo relacionan con la situación de no querer estar sola, con una soledad forzosa, que no se elige, con la que no se disfruta y que es impuesta por las circunstancias o por situaciones vitales como la viudedad, la marcha de los/as hijos/as del domicilio familiar –síndrome del nido vacío–, el vivir sola, o el vivir en un lugar aislado.

En el caso de la viudedad, la muerte de la pareja genera un vacío emocional difícil de llenar; conlleva, por lo tanto, cambios y adaptaciones necesarias para superar dicha pérdida, lo cual exige grandes esfuerzos por parte de las mujeres que enviudan. Este momento concreto es el que a muchas de ellas les anima a iniciarse en la práctica y asistencia a actividades que les sirven para relacionarse, socializar y paliar dicha soledad. En ocasiones, algunas de ellas, han estado durante años sumidas en el cuidado de un marido enfermo que requería de todo su tiempo, llegando a olvidarse de sí mismas por completo, lo que fue provocando un abandono en la satisfacción de sus necesidades y de relaciones sociales. Al enviudar, empiezan a tomar conciencia de que deben ocupar su tiempo con nuevas ocupaciones y entretenimientos, además de buscar una manera de superar la depresión que, en ocasiones, aparece tras esta circunstancia vital, para algunas, mediante tratamiento farmacológico. Las mujeres que han pasado esta situación refieren el gran cambio que ha supuesto para ellas poder iniciarse en actividades y participar en Asociaciones de Personas

Mayores o en UNATE, donde además de encontrar ocupaciones, conocimientos y diversión, logran crear una red de apoyo y compañía que las ayuda a sentirse menos solas y a transitar acompañadas en esa difícil etapa del ciclo vital.

Algunas mujeres también hacen alusión a las limitaciones que han podido tener para salir de casa y relacionarse derivadas de las relaciones de pareja, dado que en ocasiones los maridos no les han permitido hacerlo por “el qué dirán”, por la creencia de que la mujer tiene que estar en casa, o por la cantidad de tareas y roles que les han sido adjudicados en función de su género. Esto les impide poder tener tiempo para ellas y para poder relacionarse. En estos casos, son mujeres con escasa o nula red social, lo que provoca un mayor aislamiento y, por tanto, mucha soledad.

Soledad emocional. Otro tipo de soledad no deseada identificada por las mujeres participantes es aquella en la que “te sientes sola, aunque estés rodeada de gente”, “no puedes desahogarte, aunque estés acompañada”. Para ellas, esta soledad genera un sentimiento mayor de tristeza, pues les hace cuestionarse el valor que tienen para otras personas o lo poco importantes que pueden llegar a ser para personas significativas en sus vidas; que no se preocupan por cómo están, cómo pueden sentirse o que no comprenden que les guste relacionarse, estar en grupo, participar en cursos. En su mayoría, creen que esta es la peor soledad que se puede sentir, pues genera mucha angustia, ansiedad y malestar; además de que se convierte en un elemento limitador y un freno para disfrutar con plenitud.

Soledad disfrutada/deseada/elegida. Descrita como una soledad con la que se puede vivir y disfrutar, para algunas de ellas se trata de una soledad buscada; es decir, son ellas quie-

nes la eligen y la asocian, a menudo, con poder hacer todo aquello que les apetezca, cuando tienen tiempo para sí mismas y para sus cosas. Este tipo de soledad les produce placidez, tranquilidad y, en muchos casos, la sienten necesaria en distintos momentos de su vida para su bienestar emocional y su propio desarrollo personal. Por ejemplo, en su vida cotidiana, en relación al descanso de los cuidados rutinarios (maridos, nietos/as y familiares dependientes). También asocian esa soledad deseada a estar con otras personas fuera del ámbito familiar; por ejemplo, salir junto a su grupo de amigas y realizar actividades ociosas y/o culturales (talleres/actividades en el centro social, compras, ir a la cafetería, a la piscina, etcétera).

Para algunas, el confinamiento les ha supuesto redescubrir esta soledad que tenían abandonada o para la que nunca contraban el momento. Muchas de ellas la han aprovechado para retomar actividades que hacían antes y que tenían olvidadas, como tejer, hacer punto, leer o pintar. En ese sentido, establecen una conexión entre soledad –vivir sola, aunque suponga dosis de soledad no deseada– y libertad, pues les permite estar menos pendientes de los demás ya que convivir con otros familiares –especialmente hijos/as y/o nietos/as– supone, muchas veces, cuidar más de ellos que lo que ellos cuidan de las mujeres. De esa manera, reconocen que sus intereses prevalecen, ya que pueden hacer con más tranquilidad lo que les gusta, sin sentirse condicionadas –por ejemplo, por los horarios de sus familiares–, ni juzgadas.

Factores determinantes de la soledad no deseada

Los factores que influyen en la soledad no deseada de las mujeres mayores rurales son tan diversos, como sus experiencias vitales. En primer lugar, identifican la influencia de la propia historia de vida, es decir, cómo ha vivido esa mujer, qué rela-

ciones y vínculos ha construido a lo largo de su vida, su carácter, mentalidad, entre otros. En segundo lugar, el género es determinante, a su modo de ver, para sentir o padecer soledad de una manera más intensa. Así, creen que las mujeres sufren más soledad que los hombres por su recorrido vital (generalmente, menos sociabilidad, más dedicación al ámbito doméstico, cuidado de la familia, no poder salir de casa a trabajar, no poder salir del pueblo de la misma manera que lo hacen los hombres); no obstante, consideran que tienen más capacidad de adaptación y resiliencia que los hombres.

Las expectativas de cada persona sobre su propia vida, sus planes y proyectos, su manera de definir la realidad que vive y la relación con su propia percepción de soledad también son factores señalados por las participantes. Luego, aspectos como la salud, el nivel de dependencia, la edad, la cultura, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y el acceso a recursos y servicios. Por ejemplo, creen que aquellas personas que gozan de un mejor estado de salud tienen más autonomía y pueden elegir cómo vivir durante más tiempo. Mientras que las personas con problemas de salud o salud deteriorada encuentran limitaciones para salir de casa, ya sea por dificultades en la movilidad física, lo que no les permite ser independientes, o porque se encuentran mal anímicamente y no les apetece salir o relacionarse. La edad, en ese sentido, es determinante, pues piensan que, a mayor edad, mayor soledad no deseada (viudedad y enfermedad).

La cultura, entendida como “el ser culto/a”, tener muchos conocimientos, también influye para ellas en el sentir más o menos soledad, dado que relacionan el tener más acceso a recursos y a diversas perspectivas sobre el mundo y la vida con la capacidad de sentir la soledad de otro modo. Aunque no consideran que el nivel socioeconómico esté directamente relacionado con la sole-

dad, reconocen que tener mejores ingresos permite disponer de más opciones en términos de ocio, cultura, cuidados y educación. Vivir en una ciudad o en un pueblo genera en las participantes puntos de vista divergentes. Mientras que para una parte de ellas no supone un factor determinante, dado que vivir y sentir soledad depende del tipo de relaciones y vínculos que se hayan mantenido a lo largo de la vida, para otras, vivir en un entorno rural, en barrios apartados y de difícil acceso las aleja de los puntos de encuentro y reunión donde se realizan diferentes actividades que ayudan a paliar la soledad. Puntualizan, no obstante, que el ámbito rural mantiene un control social que permite detectar de manera temprana los casos de soledad, aunque también les oprime en algunas ocasiones. Finalmente, mencionan que no disponer de vehículo propio o de medios de transporte con los que poder desplazarse, así como tener menos oportunidades y acceso a los recursos y medios disponibles en los municipios, hace que muchas mujeres deban quedarse en casa. Apuntan, en ese sentido, que, a mejores conexiones entre los pueblos, menos soledad no deseada.

Caminos para romper el círculo de la soledad

Para muchas, combatir la soledad no deseada es tener la voluntad individual de salir, de no quedarse en casa. Esto implica trabajar a mediano y largo plazo cómo escaparse del control social y la estigmatización que sigue existiendo en los pueblos y que afecta a muchas personas mayores, en especial, a las mujeres mayores, a la hora de participar en actividades. De esa manera, tejer comunidades participativas y asociativas donde las personas puedan sentirse libres de formar parte es, para ellas, un camino clave. Por ello, es importante que se fomenten actividades culturales en los pueblos donde las mujeres tengan un papel activo y participativo, no ser meras espectadoras o asistentes.

Destacan, asimismo, la importancia de tener en cuenta el carácter de las personas y cómo influye en la soledad, sobre todo de aquellas que tienden a ser poco participativas. El camino está en buscar otras formas de acompañarlas en sus propias rutinas y en sus maneras de vivir y concebir la vida. Para ello es crucial, desde su modo de ver, no caer en la infantilización ni el paternalismo, ya que puede generar mucha frustración y rechazo por parte de aquellas personas que se encuentran en una situación de soledad no deseada; así como la comprensión y escucha activa por parte de familiares y amigos/as, para no caer en imposiciones.

A partir de sus propias experiencias para gestionar la soledad, las mujeres participantes mencionaron una serie de actividades que realizan, tanto de manera cotidiana como eventualmente, para no sentirse solas. Entre ellas, dedicar tiempo a la lectura, a realizar pasatiempos (sopas de letras, sudoku, crucigramas); llamar a familiares y conocidos/as por teléfono, hacer videollamadas; cuidar de las plantas, del huerto o del jardín; hacer manualidades, punto, tejer, coser; ver su programa o novela favorita en la televisión; salir a caminar o a hacer ejercicio; pasar tiempo con los/as nietos/as, con amistades; participar en las actividades y cursos del municipio o de las asociaciones, y acudir a actos religiosos. Algunas destacan que una fuente de apoyo y sostén muy importante en el momento actual en las zonas rurales ha sido la red de contacto del vecindario. Son las personas que tienen más cerca que conocen desde hace años a las que han podido recurrir en un momento de urgencia o necesidad, o incluso, con quienes han podido compartir momentos de charla para pasar el rato. En algunos casos, la situación ha servido para conocer y entablar amistad con vecinos y vecinas que hasta entonces eran prácticamente desconocidos/as o que apenas tenían relación, forjando y creando nuevos

lazos en el vecindario, en el barrio o en la comunidad que se mantienen hasta ahora.

Pensando en una era postpandemia, muchas respondieron que se plantean poder retomar las actividades que hacían antes, como los talleres, las charlas, el cine, las excursiones, la merienda después de las actividades, entre otras, porque son conscientes de que las actividades, además del beneficio que proporciona la actividad en sí para sus cuerpos y mentes, aporta el beneficio emocional de relacionarse y sociabilizar para, de esta manera, sentirse menos solas. Gracias a las actividades organizadas por las asociaciones han creado lazos y relaciones de amistad que les han unido y les han acompañado. Retomar el contacto físico con los compañeros y compañeras de los grupos es una de las necesidades que más han manifestado, pues les aporta beneficios a nivel psicológico y emocional.

Una de las propuestas más solicitadas en los diferentes grupos es la de realizar charlas o talleres de salud, sobre todo en torno a temas que preocupan o que más afectan a las mujeres, con el fin de aportarles conocimientos sobre diferentes problemáticas y patologías, pero también dirigidas a la prevención de cara a evitar su aparición y para ofrecer pautas y estrategias de afrontamiento una vez que han aparecido. Refieren que cada vez se preocupan más por mantener un buen estado de salud, por tanto, consideran que esta sería una buena manera de fomentar unos hábitos de vida saludables, así como una mejor calidad de vida. Proponen, en ese sentido, que estas charlas se realicen una vez al mes y que sean impartidas por diferentes agentes de salud.

Otra de las propuestas planteadas por las mujeres es la de poner en marcha un club de lectura, bien sea de libros con te-

máticas que les interesen o de artículos o noticias de actualidad, en el que se planteen preguntas que susciten un coloquio o un debate sobre la lectura, y en el que se les permita expresar sus opiniones e intercambiar ideas.

Percepciones sobre los recursos existentes y propuestas para la administración pública

Desde las mujeres mayores rurales

En general, su impresión es que desde las administraciones públicas se hace lo suficiente para acompañar a las mujeres mayores y se ofrece variedad de recursos dirigidos a estas. Lo que observan, en ocasiones, es que los recursos que existen no son lo suficientemente aprovechados y utilizados por las mujeres, a veces por desconocimiento, por falta de información o por desconfianza. En ese sentido, consideran que la falla radica en la falta de asistencia o de implicación de la gente, ya que hay personas que no acuden a las actividades o no hacen uso de los recursos existentes por varios motivos: porque no leen los carteles informativos; no tienen acceso a las nuevas tecnologías para estar informadas; no tienen la costumbre de participar y, por ello, tampoco se toman la molestia de informarse; o porque no saben que en su municipio existen recursos sociales y asistenciales que ofrecen diferentes ayudas y servicios a la población mayor.

En otros casos, reconocen que son las propias mujeres quienes, aun teniendo conocimiento de los recursos existentes, puesto que se les ha informado y asesorado sobre los mismos por los/as profesionales o agentes sociales, rechazan esta asistencia o atención, de manera que eligen continuar viviendo en

esa soledad. Todo ello, a su modo de ver, reduce el disfrute de los recursos disponibles, los cuales podrían ser sustanciales para acompañar a las mujeres mayores y mejorar su calidad de vida.

Ante la pregunta de qué medidas y recursos, en su opinión, habría que activar para que las mujeres mayores pudieran disfrutar de la soledad cuando quisieran y evitar la no deseada, una de las propuestas que más han sugerido es la de preguntar directamente a las mujeres por sus curiosidades, inquietudes e intereses para, de esta manera, poder enfocar, planificar y dirigir las actividades que se oferten con el fin de satisfacer sus preferencias, necesidades y demandas.

Otra de las medidas sugeridas es acercarse e informar a las mujeres mayores, de manera directa y/o personalizada, de las actividades que se realicen en el municipio, puesto que, prácticamente todas coinciden en que el mayor propósito de estas actividades es aportarles bienestar a través de la sociabilización, ofreciéndoles espacios en los que crear nuevas amistades con las que salir y compartir, y evitar así, la soledad no deseada. Por este motivo, una de las necesidades que detectan es la de mejorar los canales de comunicación y difusión de las actividades. Con este propósito, una idea que surge es que personas de las juntas vecinales, que son personas conocidas en los municipios, vayan a visitar a la gente a sus casas o les llamen por teléfono, para informar y comunicar de manera directa y cercana de los programas y actividades que se vayan a realizar en el municipio.

A continuación, detallaremos las sugerencias de mejora recogidas en los grupos focales y hechas desde las mujeres mayores rurales a las administraciones públicas:

Mayor sensibilidad hacia las personas mayores. Que se comprenda que están más indefensas y que, en ciertas situaciones, se ponen más nerviosas.

Escuchar activamente. Reclaman que se escuche a las personas que están haciendo uso de los programas y recursos disponibles, que se canalicen sus peticiones y atiendan sus demandas ya que están directamente implicadas. Plantean que se realice una retroalimentación de los programas que se vienen ejecutando.

Invertir **más recursos económicos** en las actividades orientadas a las personas mayores rurales y en el personal que las facilita (sanitario, social, cultural y educativo). Cuidar al personal técnico con **mejores condiciones de trabajo** es esencial para que puedan ayudar a más personas.

Potenciar las propuestas que trabajen desde **la prevención**, tanto de la soledad no deseada como del fomento de las posibilidades de disfrute de la soledad deseada.

Promover una **oferta amplia, variada y diversa** de programas que permitan conocer gente y mantener redes de contacto. Asimismo, que los programas y actividades no sean algo puntual que dependa de quién gobierne, sino que se hagan **proyectos sociales estables** a medio y largo plazo.

Reapertura de los centros en las zonas que llevan un año y medio sin realizar actividades. Psicológicamente sienten que lo necesitan.

Cuidar/fomentar las **actividades culturales y deportivas** en los pueblos, atendiendo a la integración y no discriminación de las mujeres mayores.

Que prevalezca la **atención presencial en Centros de Salud y Servicios Sociales**. Entienden que la atención telefónica era necesaria, pero la misma les genera inseguridad, desconfianza e incompreensión.

Brindar servicios de **acompañamiento a las personas mayores**. Que desde la administración se faciliten los procesos y se gestione la burocracia para romper barreras.

Para el caso de pueblos con pocos habitantes, ampliar los recursos y que estos se ajusten a las necesidades de la zona. Para ello, proponen que las personas encargadas de diseñar y ejecutar estos proyectos, acudan a los **entornos de cercanía** para conocer lo que verdaderamente necesitan las personas mayores.

Fomentar **estrategias de poblamiento** de las zonas rurales. Consideran que, para ese fin, es imprescindible **no reducir los servicios**, pues de lo contrario, la gente se marcha, aumenta la despoblación y se entra en un círculo vicioso en el que la atención es cada vez más precaria.

Mejorar/potenciar la red de transporte local. Para las mujeres mayores rurales es esencial contar con medios de transporte públicos de calidad que les permitan acercarse a los centros sociales y culturales donde se imparten las actividades. Muchas de ellas no conducen y dependen de terceras personas para poder desplazarse.

Mantener en buen estado las calles, parques e infraestructuras para que las personas mayores puedan disfrutar de las mismas de forma segura.

Incorporar mujeres a la vida pública. Hay espacios que están excesivamente masculinizados y consideran que esto puede influir en el desarrollo de políticas concretas.

Desde las/os profesionales

Desde la experiencia de las/os profesionales consultadas/os, la soledad es un tema complejo que debe analizarse bajo una visión holística: psicológica, física y social. Desde ese punto de vista, consideran necesario reparar en la soledad profunda, en esa que es difícil de explicar, que está relacionada con necesidades espirituales y que demanda continuamente acompañamiento, escucha, una mano. Advierten, con todo, que es necesario mirar a las personas más allá de su “fragilidad”, no hablando a partir de lo que les falta sino de lo que tienen y son; pues a menudo detectan mucho paternalismo e infantilización por parte de hijos e hijas que han decidido por sus padres/madres respecto a la situación de soledad de los/as mismos/as. Apuntan que es importante comprender y sostener desde las experiencias situadas de las personas, teniendo en cuenta que han vivido diferentes momentos históricos.

Una de las problemáticas observadas es que muchas mujeres mayores no quieren mostrarse vulnerables ante los/as demás y no piden ayuda. Existen casos en que, debido a que existe un fuerte estigma asociado a la soledad, muchas de las que están solas, no quieren expresarlo porque se les culpabiliza a ellas o a sus familias. También creen que la soledad no depende de dónde se viva, la definen multicausal; no obstante, afirman que en los pueblos existen “redes de vigilancia activa entre vecinos” que son los primeros en detectar casos de soledad.

En relación a los recursos existentes y a la recepción de estos para paliar la situación de soledad no deseada en las mujeres mayores rurales, los/as profesionales manifiestan diversas opiniones y sentires que agruparemos a continuación:

Para la mayoría, la administración ofrece los recursos necesarios para paliar esta situación, pero identifican diferentes motivos que dificultan el acceso y acercamiento de las mujeres mayores a los mismos; apuntan, entre ellos: **el desconocimiento de las mujeres de los recursos, ayudas y/o servicios** que existen en el municipio para ayudarles a gestionar diferentes problemáticas; **la reticencia de muchas mujeres a pedir ayuda** para solicitar recursos, acercarse a los agentes sociales o a permitir que personas desconocidas entren en sus casas – en concreto, a los servicios prestados a domicilio–; en ocasiones, **el deterioro cognitivo existente les impide reconocer o ser conscientes de su problemática** y de la necesidad de pedir ayuda, y, por último, **la desconfianza que les genera estar hablando con personas extrañas** o desconocidas de su situación o de sus problemas, pues sienten miedo de que se puedan aprovechar de ellas de alguna manera o puedan tomar decisiones por ellas con las que no están de acuerdo –por ejemplo, que acuda una auxiliar de ayuda a domicilio a su casa o ingresarlas en una residencia–.

Una gran porción de ellas/os plantea, a este respecto, dos problemas con los que se encuentran habitualmente en el desempeño de su trabajo: por un lado, **el desconocimiento de los recursos existentes que, en ocasiones, tienen los/as propios/as profesionales**; por el otro, **la falta del tiempo apropiado** para abordar esta problemática, la cual, muchas veces, requiere de un tiempo mayor del que disponen para dedicar a cada usuaria. Estas dos situaciones dificultan, a su modo de ver, que se haga un adecuado diagnóstico de las mujeres atendidas, así como una valoración de las necesidades reales que presenta cada mujer. Al no hacer un adecuado diagnóstico y valoración de necesidades, puede ocurrir que la problemática no se aborde de la manera en que se debería y que tampoco se haga una derivación a los recursos pertinentes para paliar la situación, recu-

rriendo, en muchos casos, a la medicación de la persona como vía rápida de solución, pero no como vía apropiada.

Algunas/os consideran que es preciso **darle una vuelta al modelo existente**. Aunque la administración tiene un rol facilitador, es necesario **cambiar la visión asistencial para que sea participativa**. Además, creen que no se puede delegar todo en la administración. Los recursos son limitados, hacen falta personas y colectivos que organicen, y es esencial buscar líderes comunitarios para poner en marcha proyectos de cuidados. Mencionan, en ese sentido, la pertinencia de **recuperar modelos de apoyo mutuo**.

En relación a la recepción observada en la población beneficiaria de los recursos y servicios existentes, en general, los y las profesionales la perciben positiva y satisfactoria. A menudo, son las propias mujeres mayores las que les trasladan en qué medida su intervención y los recursos que tienen a disposición les genera bienestar: mejora de su salud física y cognitiva, mejora de su estado de ánimo, aumento de sus contactos y relaciones sociales, disminución del sentimiento de soledad, descubrimiento de nuevas y diferentes alternativas de ocio y disfrute, descubrimiento de nuevas ilusiones y proyectos a realizar, y solución a algunas o a gran parte de sus problemáticas.

Un aspecto al que varias/os profesionales hacen alusión es **la negativa o reticencia que, de entrada, presentan algunas mujeres cuando se les plantea la posibilidad de beneficiarse o ser usuarias de los diferentes recursos existentes**. Los motivos a esa negativa pueden ser variados: el desconocimiento, la desconfianza, el miedo, la negación de la existencia de dichas necesidades, o la negación a recibir ayuda para paliarlas. En ocasiones, después de mucha insistencia por su parte, o a veces también por la reiteración de familiares, amigas o conocidas, es que

deciden acceder por fin a esos recursos y/o actividades; hecho que, generalmente, acaba trayéndoles beneficios. Apuntan, en ese sentido, que hay mucha diferencia entre las personas que tienen una red de apoyo familiar y las que no a la hora de aceptar los programas. Así, a mayor red familiar, mayor participación.

Algunos/as identifican **diferencias importantes entre el espacio de trabajo asistencial en las casas y el de las residencias**. Hay personas que no quieren que se les “invada” su espacio íntimo, y en las residencias el proceso de adaptación es lento, con otras dinámicas, donde es muy importante tener en cuenta la psicología de cada persona.

En general, observan una **mejor recepción en mujeres que en hombres**, pues ellas demuestran ser más participativas, activas y autónomas. Esto, fruto de sus historias de vida, de los roles que han desempeñado y de las diversas actividades en las que han participado. Además, observan que las mujeres mayores expresan más sus sentimientos respecto a la soledad, así como respecto a muchos otros temas, lo que facilita que se pueda pensar sobre cómo están funcionando los programas y su efectividad.

Perciben **buena aceptación de los talleres y actividades** propuestas por los ayuntamientos y asociaciones, especialmente aquellas relacionadas con el aprendizaje de nuevas tecnologías o las que ven más prácticas para su vida diaria. La recepción de las actividades gratuitas es positiva, sin embargo, hay **dificultades en que entiendan que se cobre por algunos talleres o formaciones**.

Una vez identificadas las carencias y las necesidades de mejora, las y los profesionales demandan a las administraciones públicas, de manera concreta:

Más tiempo: poder dedicar mayor cantidad de tiempo a las usuarias que necesitan una atención más individualizada o personalizada ante una problemática de estas características.

Más personal: la falta de personal para dar cobertura a toda la población, hace que se vea reducido tanto el tiempo como la calidad de la atención requerida por las usuarias cuando se detecta una problemática de esta índole. Además de la necesidad de incorporar más personas a los equipos, es esencial que los mismos sean multidisciplinarios.

Mayor coordinación: con una mayor coordinación entre los/as diferentes profesionales y agentes sociales que intervienen con las mujeres mayores, se podría prestar una atención más adaptada a sus necesidades y evitar, de esta manera, la multiplicidad de recursos que se prestan, en determinadas ocasiones, fruto de esa falta de coordinación.

Mayor presencialidad: puede haber servicios en los que se pueda prescindir de ella, pero, en muchos casos, la atención directa es fundamental. Ha habido servicios donde la sensibilidad no ha sido la misma y ello ha implicado una atención más fría y poco acogedora. Implantar procesos telemáticos de una forma tan abrupta puede suponer una desconexión excesiva con las personas más mayores.

Los enfoques y propuestas que surgen entre las/os diferentes profesionales de cara a ayudar a disminuir la soledad no deseada son las siguientes:

Visibilizar y tomar conciencia de la situación real de las mujeres mayores en entornos rurales: como punto de partida, es necesario empezar por conocer estas realidades, en concreto, la de aquellas mujeres que, por sus circunstancias

vitales, personales o ambientales, son susceptibles de padecer, en mayor medida, esa soledad no deseada y que, por sí mismas, no disponen de recursos personales necesarios para abordar y/o paliar esa soledad y sus consecuencias (físicas, cognitivas y emocionales). Una medida apropiada para ello sería trasladar y hacer llegar a todos/as los/as agentes implicados/as las conclusiones del presente estudio, con el fin de ponerles en conocimiento las diversas realidades que atraviesan las mujeres mayores en entornos rurales. Pero, principalmente, escuchar a las y los usuarios de los programas, así como a las/os profesionales, ya que tienen la experiencia directa y pueden proponer soluciones adaptadas a las necesidades y contextos.

Generar una estructura multidisciplinar y coordinada de profesionales: esta estructura de profesionales trabajaría por poner en marcha los recursos necesarios y adaptados de manera individualizada a la problemática o necesidades concretas de cada mujer. Para facilitar esta tarea, es necesario contar con un agente social del municipio que sea una persona conocida o de referencia para la población, que ejerza el rol de puente entre las mujeres mayores y los/as profesionales que les van a prestar la atención que necesitan en cada caso. De esta manera, se generaría un mayor clima de confianza y seguridad, y permitiría a las mujeres deshacerse de las reticencias o negativas que, en ocasiones, presentan a que un desconocido o extraño se acerque a ellas para indagar o investigar sobre su situación personal para, después, ofrecerle recursos y/o ayudas a su situación. Para lograrlo, son condiciones indispensables que dicho agente social disponga del tiempo necesario para dedicarlo a cada persona, muestre cercanía y sea capaz de generar un clima de confianza que facilite la interacción, la comunicación y el intercambio de información.

Crear grupos de voluntarios y voluntarias en los municipios: el objetivo de estos grupos de trabajo sería informar de los cursos, talleres y actividades de manera personalizada a las mujeres susceptibles de poder participar y beneficiarse de los mismos, bien sea mediante llamadas de teléfono, visitas a los domicilios, o reuniones puntuales de carácter informativo. Esta actuación tendría un doble beneficio; por un lado, informar de manera directa a las usuarias; por otro lado, conocer de primera mano cuáles son las necesidades, gustos y preferencias de las mujeres para plantear actividades que sean de su interés. Una sugerencia es que pueden ser las propias mujeres que ya tienen una participación activa en el municipio, las que conformen estos grupos de voluntariado, pues ellas podrían trasladar de manera cercana su propia experiencia a otras mujeres. De esta forma, se crearían redes de apoyo comunitario, más allá de la administración, donde las personas puedan dedicar tiempo a la comunidad y cambiar la vida de las personas mayores.

Facilitar a las mujeres mayores el acceso, conocimiento y uso de las nuevas tecnologías: la situación de pandemia y confinamiento que hemos vivido, ha puesto de relieve la necesidad que hemos tenido de recurrir a ellas para mantenernos en contacto; nos han servido de entretenimiento para ocupar parte de nuestro tiempo; las hemos utilizado para socializar con personas que estaban lejos, o hemos hecho uso de ellas para realizar diferentes trámites o gestiones administrativas de manera telemática. Esta situación ha generado que muchas mujeres mayores hayan descubierto las utilidades y beneficios de las nuevas tecnologías, iniciándose en el manejo de las mismas o haciendo un mayor uso de ellas del que ya hacían. No obstante, también ha desvelado el desconocimiento o la falta de manejo de las mismas por parte de otras muchas mujeres. Se hace necesario, por tanto, plantear recursos y estrategias para acabar con la brecha digital que sufre gran parte de la

población de mujeres mayores. Esto les puede abrir un mundo de posibilidades y nuevas experiencias, desconocidas hasta entonces, para ellas.

Individualizar los servicios tomando como referencia el modelo inglés de los *Personal Budgets*. Esto significa poder decidir el destino de una parte del dinero al que tenemos derecho (servicios asistenciales, cultura, acompañamiento, atención, etcétera).

Gestionar colectivamente los presupuestos públicos para poder organizarse y contar con los/as trabajadores (sanitarios, asistentes, etcétera) que les van a cubrir sus necesidades de acompañamiento.

Derivar más recursos económicos para que se pueda ofrecer el mayor número de opciones posibles a las personas mayores.

Fomentar programas de acompañamiento. Ofrecer espacios de relación indirecta, recuperar las actividades grupales en los centros culturales y municipales, así como apostar por servicios de acompañamiento que favorezcan la autonomía personal y emocional de las mujeres. En ese sentido, trabajar la prevención y desarrollar servicios para que las personas puedan vivir en sus casas el mayor tiempo posible y de manera autónoma.

Potenciar **sistemas de comunicación directa** a través de las tecnologías.

Generar entornos amigables para las personas mayores, sobre todo, para aquellas con enfermedades mentales o diversidad funcional física. Asimismo, brindar asistencia especiali-

zada. Que se habilite un teléfono específico para ello, con el objetivo de prevenir la enfermedad mental y hacer un seguimiento.

Proyectar a medio y largo plazo con indicadores que puedan medir la eficacia de los programas que se desarrollan actualmente.

Articular los ámbitos sanitario y social desde lo público. Es esencial desarrollar una administración más flexible, eficiente y cohesionada, evitando así, la competencia y la duplicidad de recursos. En esa línea, fomentar relaciones horizontales entre las/os profesionales, que no existan jerarquías.

Crear cooperativas de trabajo para poder hacer frente a las empresas que gestionan los cuidados y dar mejores servicios a las personas mayores.

Poner en marcha **una estrategia que facilite redes de transporte gratuito más allá del municipio**, es decir, una red territorial que piense en términos de valle o mancomunidad. Por ejemplo, un autobús que haga un tour por los pueblos y recoja a las personas participantes de las distintas actividades.

Facilitar el **apoyo psicológico y el acompañamiento a los trabajadores** que están en contacto directo con las personas afectadas.

A modo de cierre

Tanto las mujeres mayores como las y los profesionales que participaron en este estudio manifestaron una actitud de interés, implicación y colaboración en los grupos de trabajo y discusión, generándose un debate nutrido sobre esta problemática, ante la que se expresaron diferentes sentires y se plantearon diversas perspectivas, aportaciones y propuestas.

Una vez realizado este recorrido, podemos concluir que los motivos y causas por las que las mujeres mayores sienten soledad son muy diversas, siendo una realidad que en muchas de ellas concurren varios de esos motivos de manera transversal. A la hora de valorar dichas causas, es imprescindible tener en cuenta la manera en la que la sociedad ha sido organizada en función del género, pues muchas de estas causas están relacionadas con la situación de desigualdad y opresión que sufren las mujeres.

Las mujeres participantes identifican sentirse más solas tras el acontecimiento de dos situaciones vitales concretas, como son, la marcha del hogar de los/as hijos/as y la viudedad, siendo momentos clave en su etapa del ciclo vital y que requieren de la puesta en marcha de recursos personales que les permitan adaptarse a esta nueva tesitura, de la manera más saludable para ellas. En ese sentido, hacen una clara diferenciación entre la soledad deseada, es decir, aquella de la que disfrutan, ocupándola con actividades que las reconfortan y las hacen disfrutar de esa soledad; y, por otro lado, identifican la soledad no deseada como aquella que no es elegida, que es impuesta por diferentes circunstancias de la vida, y que genera sentimiento de tristeza, desasosiego y amargura.

Las consecuencias de esa soledad no deseada en las mujeres mayores son muy diversas. Puede afectar a la salud física, psicológica y emocional, lo cual se convierte en un factor de deterioro importante, generando mayor dependencia y menor autonomía en las mujeres que la padecen y que no disponen de recursos para paliarla.

La inmensa mayoría de las mujeres que participaron en este estudio refieren haber sufrido consecuencias derivadas de la crisis sanitaria y social provocada por el Covid-19; entre ellas, un deterioro en su salud física y/o cognitiva, alteraciones a nivel emocional, disminución de sus contactos familiares y sociales, y la sensación generalizada de pérdida de un año de sus vidas, en el que se han visto privadas de muchas vivencias y experiencias que las hacen sentirse menos solas.

Uno de los mayores impactos de la situación de pandemia en sus vidas ha sido el incremento del sentimiento de soledad. Por un lado, aquellas mujeres que no padecían situaciones de soledad no deseada, han pasado a sentirla; y, por el otro, las que ya partían de un sentimiento de soledad, relatan cómo este se ha intensificado.

Tras escuchar sus voces, podemos sostener que el trabajo necesario para la identificación de la soledad no deseada, pasa por realizar una valoración individualizada de cara a analizar las necesidades y demandas de cada mujer en el momento presente, así como acercarse y conocer bien su historia de vida y sus circunstancias actuales. Las intervenciones que se planteen deben estar adaptadas a esas necesidades, especificidades y contextos propios de cada mujer.

Las estrategias de intervención para abordar la problemática de la soledad no deseada deben implicar a tres agentes so-

ciales: a la ciudadanía, a los recursos técnicos y profesionales, y a las administraciones públicas.

Respecto a la ciudadanía, una de las medidas que se plantean para fragmentar las barreras de aislamiento que sufren muchas mujeres mayores rurales es la construcción de redes de apoyo comunitarias. La creación de programas de voluntariado específicos o una red de contacto vecinal podría convertirse en un recurso de atención comunitaria que facilitaría el conocimiento y el acercamiento de las mujeres a los recursos y redes de apoyo.

En relación a los y las profesionales que intervienen con las mujeres mayores de los entornos rurales, es necesario que sean conscientes de la existencia de la soledad no deseada, así como que dispongan de los conocimientos y las herramientas necesarias para detectarla, con el fin de que puedan poner en marcha estrategias de actuación e intervenciones adecuadas que han de llevar a cabo los recursos y organismos existentes, para abordar esta problemática y sus múltiples consecuencias.

Respecto a las administraciones públicas, es necesario implementar programas amplios de seguimiento y control de las mujeres que puedan padecer o que quedan en situación de soledad a edades avanzadas, en colaboración con los recursos y las organizaciones de la zona, así como con el tejido de atención social y sanitaria, de manera que se pueda hacer un abordaje e intervención integral y multidisciplinar.

Nuestra reflexión final una vez escuchamos, recogemos y analizamos todas estas experiencias situadas y compartidas tanto por las mujeres mayores rurales que participaron en este estudio, como por los y las profesionales que atienden a las

mujeres, es que la soledad no deseada existe y, como tal, se hace necesario actuar frente a ella. **Desde la institucionalidad**, diseñando y ejecutando políticas públicas que hagan posible envejecimientos y vejezes plenas, alejadas de estereotipos machistas y edadistas. Que se pongan en marcha programas de prevención, seguimiento e intervención, que no reproduzcan dinámicas paternalistas, en su lugar, que fomenten la autonomía personal: recursos, medios de transporte público. Y para ello, es esencial que haya una participación real de las mujeres mayores rurales, que sus voces dejen de ser desoídas. **Desde el saber**, investigando y acercando el conocimiento producido con y desde las mismas mujeres mayores; y, **desde los espacios rurales**, donde puede ser posible la construcción de comunidad, fomentando redes de apoyo comunitario, donde las personas puedan dedicar tiempo y cambiar la vida de las personas mayores.

Bibliografía

Abellán, A., Aceituno, P., Castillo, A.B. y Ramiro, D. (2020). *Estimación de la ocupación en residencias de personas mayores, por comunidad autónoma, 2020*. Envejecimiento en Red, Departamento de Población, CSIC. <http://envejecimientoenred.es/estimacion-de-la-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayores-por-comunidad-autonoma-2020/>

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red.

Abellán, A., del Barrio, E., Castejón, P., Esparza, C., Fernández-Mayoralas, G., Pérez, L., Puga, M.D., Rojo, F. y Sancho, M. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Observatorio de personas mayores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Aguilar Hendrickson, M. (2019). Informe sobre la situación de la Atención Primaria de Servicios Sociales en Cantabria. Dirección General de Política Social. Gobierno de Cantabria, Santander

Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João Forjaz, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayorales, G. y Rojo-Pérez, F. (2011). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España*. Elsevier. *Gac Sanit.* 2012;26(4):317-324.

Bellegarde Nunes, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). El apoyo social y la soledad de las mujeres mayores usuarias de teleasistencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.* 1. 179. 10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.551.

Cagigas Arriazu, A. (2005). *Breve descripción de las condiciones de vida de las personas de 65 o más años de Cantabria*. Dirección General de Políticas Sociales.

De Jong Gierveld, J. y Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289–299.

De Jong Gierveld, J. y T. Van Tilburg & P. A. Dykstra (2006). *Loneliness and social isolation*. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds), *Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.

Díez Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE, Fundación AXA.

Dirección General de Políticas Sociales (2008). *Las personas mayores en Cantabria*. Gobierno de Cantabria

El Justicia de Aragón (2019). *Informe Especial Mesa del Justicia sobre Mayores en Soledad no elegida*.

Equipo técnico de la Fundación PEM y de UNATE(2020). *Envejecer siendo mujer o el valor determinante de la biografía. Memoria de las I Jornadas de Mujer y Envejecimiento en Cantabria*. Santander: Fundación Patronato Europeo del Mayor y la Solidaridad Inter-generacional (PEM) y UNATE, La Universidad Permanente.

Foundation Esmée Fairbairn (2011). *Campaign to End Loneliness*.

Grupo Cooperativo Tangente (2018). *Estamos construyendo un barrio sensible y comprometido con la soledad no deseada*. *Informe anual: 2018*. Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. Organismo Autónomo Madrid Salud.

Hernán Motalbán, M.J. y Rodríguez Moreno, S.I. (2017). *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid*. Madrid Salud.

ICANE (2020). *Población por sexo y grandes grupos de edad*. <https://www.ican.es/data/municipal-register-gender-large-age-group/results>

ICANE (2021). *Encuesta Social de Cantabria 2020*. <https://bit.ly/2YJULgi>

INE (2019). *Encuesta Continua de Hogares (ECH)*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/10/&file=02014.px#!tabs-tabla>

Instituto Cántabro de Servicios Sociales (2019). *Servicios Sociales de Atención Primaria. Memoria 2018*. Gobierno de Cantabria.

López Caballero, A. (2018). *La Soledad de las Personas Mayores en las Unidades de Hospitalización. Estudio de Casos*. 10.13140/RG.2.2.27478.19521.

López Doblas, J. y Díaz Conde, M.P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

López, N. y Cagigas, A.D. *Informe nº 5. Las personas mayores en Cantabria: un enfoque sociológico*. Dirección General de Acción Social.

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Ilife, S., Von Kruse, W.R., Beck, J.C. y Stuck, A.E. (2006). *Gerontologist*, 46, 503-513.

Martínez, L. (2019). *Efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas durante el envejecimiento e intervenciones por parte del equipo sanitario. Trabajo de fin de grado en enfermería 2015-2019*. Universidad de Cantabria

Martínez, Raquel & Sitges, E. (2018). ¿Cómo influyen el significado y las atribuciones causales de la soledad en la experiencia de este sentimiento en mujeres mayores que viven solas? 60º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Montejo Carrasco, P., Prada Crespo, D. y Montenegro Peña, M. (2017). *Sentimiento de soledad en las personas mayores de la ciudad de Madrid*. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Dabbagh Rollán, V.O., Vilà i Mancebo, A., Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Dirección General de Política Social. Gobierno de Cantabria.

Rodríguez Pérez, M., Díaz-Olalla, J.M., Pedrero-Pérez, E.J. y Sanz Cuesta, M. (2020). *Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid. Informe monográfico*. 10.13140/RG.2.2.26893.97769.

Pinazo Hernandis, S. y Bellegarde Nunes, M.D. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal.

Pinel, M., Rubio, L. y Rubio, R. *Un instrumento de medición de*

soledad social: Escala Este II. Universidad de Granada.

Ramilo Araujo, M. (2020). *Mapeo de soledades en el medio rural de Álava. Con especial atención a las mujeres en soledad no deseada*. Red de Mujeres de Medio Rural de Álava

Ríos Zapata, P.C. y Londoño Arredondo, N. H. (2012). *Percepción de soledad en la mujer*. Revista El Agora USB, 12(1), 143-164. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-428041>

Roig, S. y Hernández, S. (2020). *Manual del programa "Siempre acompañados"*. Fundación Bancaria "la Caixa".

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Dabbagh Rollán, V.O., Vilà i Mancebo, A., Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares.

Rubio Herrera, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid, Portal Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

Sancho, M., del Barrio, E., Díaz, P., Marsillas, S. y Prieto, D. (2020). *Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa*. Fundación Matia Instituto Gerontológico.

Velarde, C., Fragua, S. y García, J.M. (2016). *Validación de la escala de soledad UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola*. Elsevier. Semergen. 2016;42(3):177-183.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*. Reviews in Clinical Gerontology, 10, 407-417

Vidal, M.J., Labeaga, J.M., Casado, P., Madrigal, A., López, J., Montero, A. y Meil, G. (2017). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Yanguas, J. (2019). *Encuesta 2018 Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Obra Social "la Caixa".

Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. Zerbitzuan 66.

Yanguas, J., Pérez-Salanova, M., Puga, M.D., Tarazona, F., Losada, A., Márquez, M., Pedroso, M.D.S., y Pinazo, S. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación Bancaria "la Caixa".

Yáñez Yaben, Sagrario (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1),103-116.[fecha de Consulta 22 de Enero de 2021]. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56080109>

Zunzunegui, M.V. (2019). *La mujer mayor y la soledad no deseada*. Jornadas "La lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores en España". IMSERSO-UIMP.

