

INFORME:

PERSONAS EN RIESGO O EN EXCLUSIÓN SOCIAL Y SOLEDAD NO DESEADA

Ikertzaile nagusia/investigador(a) principal

Ainara Arnoso

Equipo de investigación:

Ainara Arnoso, Edurne Elgorriaga, Nagore Asla, Maitane Arnoso

Personas contratadas a cargo del proyecto: Miren Aiertza, Ane Bengoetxea

Facultad de Psicología (UPV/EHU)

Maribel Pizarro, Maite González

Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa/Gipuzkoako Itxaropen Telefonoa

Javier Sancho, Iune Polo

Emaus Fundación Social

Mabel Cenizo, Fernando Etxarte

Cáritas de Gipuzkoa

Coordinación de la investigación:

Ainara Arnoso y Maribel Pizarro

Facultad de Psicología (UPV/EHU) y Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa

Índice

SECCIÓN 1: MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO.....	9
Introducción.....	11
La exclusión social.....	20
Modelos teóricos sobre la exclusión social.....	22
Prevalencia de la exclusión social.....	25
Las desigualdades de género en los procesos de exclusión social.....	26
Conceptualización de la soledad.....	31
Soledad y el aislamiento social.....	33
“Estar solo/a”, “vivir solo/a” y “sentirse solo/a”.....	33
Soledad social y emocional.....	34
Diversas concepciones de la soledad.....	35
Perspectivas y modelos en el estudio de la soledad.....	37
Prevalencia de la soledad.....	43
Variables asociadas y consecuencias de la soledad.....	45
Instrumentos para medir la soledad.....	59
Revisión de los programas de intervención para reducir la soledad que se han mostrado eficaces.....	61
SECCIÓN 2: ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	77
ESTUDIO 1: SOLEDAD DE LAS PERSONAS EN RIESGO O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL.....	79
Introducción.....	81
Objetivos.....	82
Método.....	82
Población y participantes.....	82
Participantes.....	83
Técnicas de intervención.....	85
Instrumentos y variables.....	85
Procedimiento.....	89
Análisis de datos.....	90
Resultados.....	91
Diagnóstico social de las personas en riesgo o en situación de exclusión.....	91
Vivencia de la soledad: compañía, exclusión y aislamiento.....	94
Calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de exclusión.....	96
Significados de la soledad: análisis de contenido a través de la voz de las participantes.....	99

Soledad y variables sociales asociadas	108
Grupos sociales más propensos a padecer soledad	125
Estructuras más relevantes en el análisis de la soledad y exclusión	136
Clasificación jerárquica descendente (método Reinert).....	138
ESTUDIO 2: RECURSOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE LOS CENTROS Y PROGRAMAS DE INCLUSIÓN EN GIPUZKOA	145
Introducción.....	147
Objetivos	147
Método	148
Participantes	148
Situación de necesidad a la que responden.....	151
Instrumento y variables	153
Procedimiento.....	155
Análisis de datos	156
Resultados.....	156
Soledad percibida de las personas en situación de exclusión	156
Buenas prácticas e intervenciones dirigidas a reducir la soledad	160
Abordaje individual/grupal/comunitario de las intervenciones para reducir la soledad	167
Enfoque de derechos y necesidades en los centros/programas de atención	170
Transversalidad de género en las intervenciones para reducir la soledad.....	173
Puntos clave y dificultades de los modelos de actuación para reducir la soledad	184
Puntos clave para reducir la soledad	184
Dificultades de los programas para trabajar la soledad	189
Resumen y Conclusiones	199
Estudio 1: Soledad de las personas en riesgo o situación de exclusión.....	201
Diagnóstico social de las personas en riesgo o en situación de exclusión	201
Vivencia de la soledad: compañía, exclusión y aislamiento	202
Calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de exclusión	202
Significados de la soledad: análisis de contenido a través de la voz de las participantes	203
Estructuras más relevantes en la vivencia de la soledad y exclusión	207
Estudio 2. Recursos y buenas prácticas en el abordaje de la soledad en los centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa	208
Soledad percibida de las personas en situación de exclusión	210
Buenas prácticas e intervenciones dirigidas a reducir la soledad	210
Abordaje individual/grupal/comunitario de las intervenciones para reducir la soledad	213

Enfoque de derechos y necesidades en los centros/programas de atención	214
Transversalidad de género en las intervenciones para reducir la soledad.....	215
Puntos clave y dificultades en los modelos de actuación para reducir la soledad	217
Propuesta de actuaciones que mejoren el abordaje de la soledad.....	222
Limitaciones y continuidad del Proyecto	225
Referencias	229
Anexos.....	255
Anexo 1. Guión de la entrevista.....	256
Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado	263
Anexo 3. Servicios de atención, Tipos de centro, Identificación y Entidad	265
Anexo 4. Tipos de intervenciones y actividades concretas.....	270

Presentación

El proyecto de investigación titulado “Personas en riesgo o en exclusión social y soledad no deseada” en el marco del Plan Elkar-EKIN de Inclusión Social de Gipuzkoa 2016-2020 fue promovido por el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa (TEG/GIT), Fundación Social Emaús y Cáritas de Gipuzkoa y diseñado junto con el equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

La investigadora principal del proyecto es Ainara Arnoso, del Dpto. Psicología Social y de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, y está subvencionado por el Vicerrectorado del Campus de Gipuzkoa en el marco de la iniciativa Etorkizuna Eraikiz 2019, con la Diputación Foral de Gipuzkoa.

El equipo responsable de la investigación está constituido por Ainara Arnoso, Edurne Elgorriaga, Maitane Arnoso y Nagore Asla del Dpto. de Psicología Social de la UPV/EHU, y las investigadoras contratadas para el estudio: Miren Aiertza y Ane Bengoetxea.

Tanto el diseño como el desarrollo de la investigación se ha llevado a cabo en un marco de colaboración y cooperación entre la Universidad del País Vasco y tres entidades sociales de Gipuzkoa que trabajan con personas en riesgo o en situación de exclusión social, que han sido responsables de la selección de los/as participantes y coordinación del trabajo de campo.

La adecuación de la investigación al contexto de la población usuaria de los servicios de atención en Gipuzkoa ha sido un proceso de trabajo participativo liderado por Maribel Pizarro del Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa (TEG/GIT).

Con este proyecto de investigación se pretende, visibilizar la situación de la soledad no deseada en personas que están en riesgo o en situación de exclusión social, conocer cómo ésta opera, y diseñar estrategias para abordarla.

El Informe se estructura en diferentes apartados. En primer lugar, el marco teórico y normativo de este trabajo incluye la conceptualización de la exclusión y la soledad, las referencias teóricas e investigaciones más relevantes sobre el tema, así como la revisión de las actividades y los programas de intervención que se han mostrado eficaces. Posteriormente, el trabajo empírico realizado se presenta en dos estudios complementarios; uno con población en riesgo o en exclusión social, y otro con profesionales de centros y programas de inclusión social del territorio. El estudio

con personas en riesgo o en situación de exclusión social, se realiza a través del análisis de contenido de 15 entrevistas con usuarios y usuarias de las entidades sociales colaboradoras. Dicho análisis se complementa con el estudio de las características sociodemográficas, el diagnóstico social, los niveles de soledad y calidad de vida de los/as participantes. Seguidamente se presenta el estudio de los recursos, modelos de intervención y necesidades percibidas que 62 centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa tienen en el abordaje de la soledad no deseada con las personas usuarias de sus servicios. Para finalizar, un apartado de conclusiones y propuestas con un doble objetivo:

- Incorporar en los programas y servicios de las entidades que trabajan en el ámbito de la inclusión social, actuaciones dirigidas a mejorar el abordaje de la soledad no deseada en sus usuarias y usuarios.
- Disminuir los niveles de soledad no deseada y las consecuencias derivadas de la misma, en las personas en riesgo o en situación de exclusión social. Esto contribuirá a mejorar su bienestar físico y psicosocial y por lo tanto su calidad de vida.

SECCIÓN 1: MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

Introducción

En los últimos tiempos, los cambios socioculturales y económicos han dado lugar a que la soledad haya experimentado un notable incremento, siendo muchos los mecanismos que influyen en su aparición, por lo que atenderla y conocerla en detalle es de suma importancia ante las consecuencias que están repercutiendo directamente en el desarrollo de las personas y la sociedad. La alta incidencia que se percibe de la soledad la convierte en un fenómeno de gran relevancia y de atención pública.

Actualmente, no son muchos los estudios que analizan el aislamiento social y la percepción subjetiva de la soledad, tal vez por ser una de las dolencias más silenciosas y complejas de detectar. La soledad es una experiencia subjetiva, distinta a las construcciones objetivas de aislamiento social o exclusión social. Es esta subjetividad la que explica por qué una persona puede sentirse profundamente sola a pesar de estar rodeada de amistades y familiares, y otra puede sentirse bien estando sola. A pesar de tratarse de dos fenómenos independientes, en repetidas ocasiones la soledad y la exclusión social aparecen como elementos co-circunstanciales que afectan a las personas de todos los rangos de edad.

La información que se presenta a continuación ha sido el marco en el que se ha situado el proyecto de las personas en riesgo o en exclusión social y la soledad no deseada, el cual se ha dividido en los siguientes apartados: 1) El marco normativo de referencia en el contexto social de Gipuzkoa; 2) La exclusión social y su prevalencia, las variables asociadas y las desigualdades de género en los procesos de exclusión social; y 3) La soledad y su prevalencia, los factores asociados y la revisión de las intervenciones evaluadas para reducir la soledad.

Marco normativo

La importancia de abordar el aislamiento social y la soledad para mejorar el bienestar psicosocial y conseguir mayores niveles de calidad de vida, es cada vez más reconocida tanto en la política internacional como en algunas estrategias nacionales y autonómicas.

En concreto, en nuestro contexto social existe un marco normativo de referencia, que se describe a continuación, y que incluye leyes, decretos y planes en los que se recogen los artículos, objetivos estratégicos y líneas de actuación. Todos ellos representan el marco normativo y referencial de este proyecto.

- *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.* Se exponen los artículos más relevantes que recoge esta ley:

Artículo 5.- El Sistema Vasco de Servicios Sociales.

1. El Sistema Vasco de Servicios Sociales constituye una red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional.

Artículo 7.- Principios.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales se regirá entre otros, por los siguientes principios:

Prevención, integración y normalización. Los servicios sociales se aplicarán al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma. Asimismo, se orientarán a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social y promoverán la normalización, facilitando el acceso a otros sistemas y políticas públicas de atención.

Promoción de la iniciativa social. Los poderes públicos promoverán la participación de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ámbito de los servicios sociales, y en particular en el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Artículo 8.- Modelo de atención y de intervención.

Incorporará en todas las prestaciones, servicios, programas y actividades el enfoque preventivo, actuando en la medida de lo posible, antes de que afloren o se agraven los riesgos o necesidades sociales.

Artículo 19.- Procedimiento básico de intervención.

- La recepción de la persona por los servicios sociales de base o municipales, o en su caso por los servicios sociales de atención secundaria como consecuencia de una atención urgente.
- La valoración social de las necesidades, consistente en la recogida del motivo por el que la persona usuaria accede a los servicios sociales y la valoración social de la misma realizada por los servicios sociales de base o municipales.
- El diagnóstico social de la situación realizado por los servicios sociales de base o municipales o por los servicios de atención secundaria como consecuencia de una atención urgente, diferenciando dos tipos de diagnóstico: diagnóstico inicial y diagnóstico en profundidad. Este segundo diagnóstico lo realizarán los servicios sociales municipales en caso de que consideren que la intervención a realizar así lo requiera o en el caso de que decidan realizar una derivación a los servicios sociales de atención secundaria.
- El plan de atención personalizado, aceptado por la persona usuaria, que resumidamente incluirá el diagnóstico, los objetivos a conseguir, los servicios y prestaciones a utilizar, la propuesta, en su caso de un plan de intervención individual a presentar a los servicios sociales de atención secundaria, etc.
- Seguimiento del conjunto de medidas incluidas en el plan de atención personalizado.
- Evaluación del resultado de los efectos e impacto de la intervención.

Artículo 20.- Instrumentos técnicos comunes.

1. Con el fin de garantizar la homogeneidad en los criterios de intervención de los servicios sociales, las administraciones públicas vascas aplicarán instrumentos comunes de valoración y diagnóstico.

2. Con la misma finalidad, todos los servicios sociales de base cumplimentarán el modelo de ficha social y aplicarán el modelo de plan de atención personalizada. Este último también será aplicado por los servicios sociales de atención secundaria. El diseño de dichos modelos deberá obedecer a unas características de uso y explotación que garanticen una mayor agilidad en la tramitación y en la gestión.

3. El Gobierno Vasco regulará estos instrumentos comunes, con carácter reglamentario, en el ejercicio de sus competencias de coordinación con las demás administraciones públicas vascas, tanto de ámbito foral como de ámbito municipal.

Tanto en el diseño de estos instrumentos como en la recogida de datos, y en su utilización y explotación, se ajustará a lo previsto en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 73.- Apoyo público a la iniciativa social sin ánimo de lucro para el desarrollo de prestaciones y servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y la realización de otras actividades en el ámbito de los servicios sociales.

Serán objeto de especial consideración, a los efectos de lo previsto en el apartado anterior: las actividades de investigación, desarrollo e innovación orientadas a la mejora de la planificación, a la garantía y mejora de la calidad en la organización de servicios y en la prestación de la atención, y a la mejora de las prácticas profesionales.

- *Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios sociales.* Se incluyen la facilitación de la información, valoración de necesidades, diagnóstico social, orientación, mediación, atención doméstica, atención personal, intervención socioeducativa y psicosocial, acompañamiento social y atención sociojurídica. Todas estas prestaciones y servicios están orientadas a favorecer el desarrollo personal, la integración y participación en el entorno, y, en general, mejorar la calidad de vida de la persona. Esto se traduce en una vida independiente, autónoma, que capacite a la persona a llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- *Decreto 353/2013, 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, y 385/2013, de 16 de julio, de Instrumento de Valoración de la Exclusión Social.*

El Instrumento de Valoración de la Exclusión Social permite realizar un diagnóstico social especializado sobre la situación de exclusión social, recogiendo las variables que se encuentran clasificadas en los siguientes apartados:

- *Dimensión relacional:* Disponibilidad de relaciones y vínculos; Recepción de apoyo social para la satisfacción de las necesidades básicas de la persona y las necesidades sociales; Adecuadas relaciones de convivencia, personales y familiar.
- *Dimensión social:* Aceptación social; Adaptación al medio social y normativo; Disponibilidad de protección social.
- *Dimensión personal:* Desempeño de competencias y habilidades sociales; Formación, información y capacitación; Empleabilidad; Dinamismos vitales; Estado de salud.
- *Dimensión residencial y espacial:* Disponibilidad de alojamiento o vivienda; Estabilidad, condiciones y accesibilidad del alojamiento o vivienda.
- *Dimensión económica y laboral:* Disponibilidad de ingresos para cubrir en bienes y servicios básicos; Participación en la producción.

Después de aplicar el instrumento, la persona deberá esperar a la resolución final, que podrá presentar cualquiera de los siguientes resultados (o situaciones):

- *Inclusión social:* engloba las capacidades personales y sociales para relacionarse y participar en la sociedad. Se entiende que es multicausal y algunos ejemplos son: adecuado acceso a los sistemas de protección social, facilidad en utilizar la información para acceder a los derechos y deberes como ciudadano/a, participación activa en la comunidad y sociedad, etc.
- *Riesgo de exclusión social:* situación donde la persona, por presencia o ausencia de una serie de características o factores personales y/o

sociales, presenta mayor probabilidad de que aparezcan consecuencias adversas y conduzcan a situaciones o procesos de exclusión social. Este riesgo aumenta si la persona no mantiene unos estándares medios de vida adecuados respecto a su realidad más próxima y, además, en la medida que le afecte a los recursos personales y relaciones sociales, proveedoras del apoyo social.

- *Exclusión social*: situación donde la persona experimenta unas condiciones de vida y convivencia alteradas por diversas carencias mantenidas en el tiempo (días, semanas, meses, años, etc.) y está relacionada con sus recursos personales, relacionales y materiales. También se presentan graves dificultades en la comunicación y participación social y comunitaria, que conduce a un aislamiento comunicacional y relacional. La intensidad de la exclusión social puede variar y ser: leve (contactos frágiles con familiares o redes de apoyo); moderada (lazos sociales básicos); grave (ausencia de relaciones sociales y afectivas).

- *IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021*

El IV Plan Vasco de Inclusión parte de una definición multicausal y multidimensional de las situaciones de inclusión y exclusión social, así como de lo establecido en la Ley 18/2008 para la Garantía de Ingresos y la Inclusión Social. En su artículo 81, esa Ley establece, que “el Plan Vasco de Inclusión recogerá de forma coordinada y global las líneas y directrices de intervención y actuación que deben orientar la actividad de las administraciones competentes para la consecución de la inclusión de las personas en situación de exclusión”. En consecuencia, las medidas y actuaciones recogidas en el IV Plan Vasco de Inclusión están globalmente orientadas a:

- Promover la inclusión de las personas en situación de exclusión social, mediante actuaciones que incidan en todos aquellos ámbitos de la vida cotidiana que, de acuerdo a la definición previamente señalada, puedan imposibilitar el ejercicio de su derecho al trabajo, a la educación, a la formación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna y a la protección social, así como a la participación social y a unas relaciones sociales y familiares plenas.

- Desarrollar actuaciones que reduzcan la incidencia de los factores de riesgo, tanto de carácter individual como estructural, habitualmente relacionados con las situaciones de exclusión y en ese sentido, prevenir que las situaciones de riesgo de exclusión y/o de vulnerabilidad puedan derivar –a corto, medio y largo plazo– en situaciones de exclusión social.
- *Plan de Inclusión Social Gipuzkoa 2016-2020 Elkar-EKIN*

Elkar-EKIN nace con vocación de organizar las diferentes políticas sectoriales actuales en torno a la exclusión social, y de impulsar nuevas estrategias que aborden de manera eficaz y eficiente el objetivo de la inclusión social. Sustenta sus raíces en torno al marco normativo y estratégico que ampara su desarrollo y en ese sentido, está totalmente alineado con los valores, objetivos y compromisos recogidos en el *Plan Estratégico de Gestión 2015-2019 de la Diputación Foral de Gipuzkoa*, que es el instrumento del que ésta se ha dotado como palanca para la transformación económica y social en el Territorio Histórico, y que propone una planificación y una priorización estructurada de los esfuerzos de la Diputación Foral de Gipuzkoa en su contribución al avance hacia una nueva etapa en la competitividad, el bienestar social y el desarrollo sostenible de Gipuzkoa. Entre sus objetivos se incluyen los siguientes, dentro de los cuales destacan por su relevancia en la investigación sobre la soledad y la exclusión social:

- Objetivo 1. Mejorar la atención a las personas en situación de exclusión social.
- Objetivo 2. Impulsar la generación de oportunidades para personas en riesgo y situación de exclusión social.
- Objetivo 3. Promocionar e impulsar proyectos de cohesión y activación inclusiva.
 - Participación activa y colaborativa de las entidades sociales en los diseños de los procesos de inclusión social.
 - Impulso a programas de formación, investigación y gestión de buenas prácticas con relación a la conceptualización y abordaje de la exclusión social.

- Realización y desarrollo de proyectos de investigación y de seminarios en el ámbito de la inclusión social que permitan anticiparse a los retos a medio y largo plazo.
 - Objetivo 4. Reforzar la coordinación con otros sistemas de protección social con especial atención al ámbito sociosanitario.
 - Objetivo 5. Comunicar y sensibilizar a la ciudadanía sobre la Inclusión Social en Gipuzkoa.
- *Modelo de atención centrada en la persona*

Es necesario reorientar el modelo de atención en el ámbito de los servicios sociales, de cara a lograr la inclusión social de las personas, basándonos en los modelos y/o enfoques que parten desde el respeto a los derechos subjetivos de las personas. Hasta ahora el modelo de atención a la exclusión social ha estado excesivamente orientado a la inserción laboral, y básicamente orientado a las personas con una capacidad de implicación y motivación para el cambio. Se ha trabajado desde un enfoque de necesidades y de manera asistencialista, donde los y las profesionales deciden las cuestiones de la vida de las personas que acuden a los diferentes centros y servicios. La mayoría de las intervenciones no toman en cuenta la espiralidad de las trayectorias de exclusión y se apuesta por intervenciones temporales. Por otro lado, estos modelos se basan en los diferentes niveles de “merecimiento” en función de los comportamientos individuales, que no siempre se corresponden con el marco de derecho subjetivo que establece la Ley 12/2008 de Servicios Sociales (SIIS, 2018).

La atención centrada en la persona incluye, entre otras, el modelo de calidad de vida, la perspectiva de género y el concepto de desinstitucionalización junto con el objetivo paralelo de inclusión social. Este modelo constituye una forma de individualización (Carr, 2008; citado en SIIS, 2018) y adaptación a las necesidades y expectativas de las personas usuarias de los servicios sociales, que pone en el centro a la persona y reconoce su papel activo para afrontar la situación que le afecta (Martínez, 2013; citado en SIIS, 2018).

En cuanto a la medición de calidad de vida, ha sido validada transculturalmente en las dos últimas décadas (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Jordán de Urrés, 2013). Los estudios ratifican que este modelo es el más íntegro, el cual consiste en alguna medida en la búsqueda de tres aspectos principales por parte de la persona: independencia, participación social y bienestar (ver Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones del concepto de calidad de vida

Dimensión	Descripción
Bienestar emocional (BE)	Hace referencia a la posibilidad de la persona a sentirse tranquila, segura, sin agobios, no estar nerviosa.
Relaciones interpersonales (RI)	Relacionarse con diferentes personas, tener amistades y llevarse bien con la gente (vecinos/as, compañeros/as, etc.).
Bienestar material (BM)	Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados.
Desarrollo personal (DP)	Se refiere a la posibilidad de aprender diferentes cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente.
Bienestar físico (BF)	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables.
Autodeterminación (AU)	Decidir por sí mismo/a y tener oportunidad de elegir las cosas que una persona quiere, como quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está.
Inclusión social (IS)	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde estén otras personas y participar en sus actividades como una persona más. Sentirse parte de la sociedad, sentirse integrado/a, contar con el apoyo de otras personas.
Derechos (DE)	Ser considerado/a igual al resto de la gente, que te traten igual, que respeten su manera de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.

Fuente: Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009)

Por otra parte, desde la perspectiva de género, es necesario evitar las intervenciones estandarizadas y fomentar un enfoque individualizado, acorde a las expectativas, capacidades y preferencias de la persona atendida, lo cual permite tener en cuenta las circunstancias específicas de las mujeres atendidas en los centros/programas. De igual manera, será necesario enfocar las realidades desde la mirada interseccional, de modo que se pueda comprender cómo las diversas discriminaciones interactúan entre sí, lo que permite abordar las situaciones de exclusión desde una concepción multidimensional. Para poder responder íntegramente a las específicas circunstancias de las mujeres y hombres, se deberá aplicar un principio de transversalidad de género en las actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y programas de inclusión social (Pérez del Río, 2007; citado en SIIS, 2018).

Se ha visto que es necesario un cambio de paradigma, que implique la desinstitucionalización y la apuesta por servicios más individualizados. Entre otros, serían los servicios de base domiciliaria, viviendas con apoyo y atención en la comunidad. Este será un proceso que les permitirá a las personas más vulnerables a recuperar el control sobre sus vidas, evitar el aislamiento y la segregación y alcanzar progresivamente la plena realización de los derechos en cuestión (Mansell y Beadle-Brown, 2011; citado en SIIS, 2018).

La exclusión social

La Organización Mundial de la Salud (Popay et al., 2008) afirma que la exclusión social consiste en procesos dinámicos y multidimensionales impulsados por relaciones de poder desiguales que interactúan en cuatro dimensiones principales (económica, política, social y cultural) y en diferentes niveles (individual, familiar, grupal, comunitario, nacional y global).

La exclusión social es la incapacidad de las personas para participar plenamente en la sociedad (Millar, 2007), observándose privaciones en múltiples áreas (Popay et al., 2008; Vrooman y Hoff, 2013) como las relaciones sociales, los recursos materiales, el acceso a los servicios de salud y la vivienda (Courtin y Knapp, 2017), descenso en la participación social y, por tanto, pérdida de derechos sociales (Laparra et al., 2007).

En ocasiones, se han establecido definiciones sobre la exclusión social basadas en la caracterización de grupos específicos, lo que ha llevado al etiquetado y estigmatización de esas personas, generando así juicios de valor (Bachiller, 2010).

Para Laparra et al. (2007), en la conceptualización de la exclusión social hay que tener presente tres aspectos: su origen estructural, su naturaleza procesual y su carácter multidimensional.

La comprensión del *origen estructural* requiere un análisis de las tres principales estructuras de integración que son el mercado laboral, las redes sociales y familiares y el Estado del bienestar. En lo que se refiere al mercado laboral, hay que destacar, el riesgo de descualificación, resultante de un contexto de cambios tecnológicos acelerados, y el empeoramiento de la calidad del trabajo, en forma de aumento del trabajo precario, discontinuo y sumergido. Este aumento de la precariedad en el mercado laboral se ve agravado por una reestructuración del Estado del bienestar que conlleva una disminución de su capacidad protectora (Rodríguez, 2004). Finalmente, hay que añadir los efectos de las transformaciones acaecidas en el seno de la familia (disminución del tamaño de los hogares y aumento de los monoparentales/monomarentales, unidos al envejecimiento de la población), que han mermado su capacidad integradora.

Asimismo, la exclusión es un fenómeno de *naturaleza procesual*, dinámico y en constante expansión, que no debe ser entendido como un estado, sino como un proceso de alejamiento de algunos individuos respecto al centro de la sociedad (Laparra et al., 2007; Subirats, 2004).

El *carácter multidimensional* de la exclusión, tal y como se ha mencionado anteriormente, hace referencia a la necesidad de tener en cuenta una acumulación de factores que se interrelacionan entre sí (Subirats, 2004). Para Subirats (2004) y Laparra (2010) los factores de exclusión se clasifican dentro de cuatro ámbitos o ejes:

- Económico: identifica las situaciones de exclusión del empleo, pobreza económica y dependencia de prestaciones sociales.
- Laboral: el análisis de los procesos de exclusión en esta esfera conlleva la necesidad de distinguir entre dos espacios, el acceso al mercado laboral (la mayor o menor condición de 'empleabilidad' de las personas),

y la exclusión o vulnerabilidad social derivada de las condiciones de trabajo.

- Sociorrelacional: este eje identifica, por un lado, las situaciones de aislamiento social (escasez o debilidad de redes familiares, monomarentalidad, soledad, escasez o debilidad de redes sociales, rechazo o estigmatización social) y, por otro lado, la integración en redes sociales ‘perversas’ (deterioro de las redes familiares, aparición de conflictos o violencia intrafamiliar).
- Personal: empoderamiento, autoestima, desmotivación.

Todas las dimensiones se interrelacionan entre sí, y no se pueden entender por separado, puesto que al hablar de ámbitos o ejes de exclusión social que afectan a las personas es muy difícil delimitar las fronteras entre ellos (ver Figura 1). En este punto, se destaca la necesidad de trabajar desde la integralidad de todas las dimensiones para poder entender los diferentes procesos de exclusión, y así poder establecer mecanismos que ayuden a paliar dicha situación y su abordaje desde las políticas públicas.

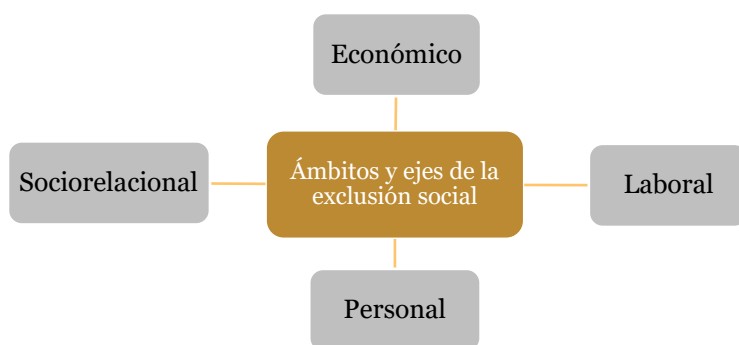


Figura 1. Marco de análisis de la exclusión social

Fuente: Subirats (2004) y Laparra (2010)

Modelos teóricos sobre la exclusión social

A continuación, se explicará en mayor detalle algunos de los modelos teóricos que abordan la exclusión social desde una visión integradora de diferentes dimensiones.

Para comprender el proceso de la exclusión social, la literatura científica ha puesto especial énfasis en identificar cuáles son las dimensiones que afectan a este

fenómeno, cómo interactúan entre sí y qué efectos tiene para la persona en el entorno donde convive habitualmente (Moral, Gascón y Abad, 2014).

Whitehead y Dahlgren (2006) plantean un modelo sobre los determinantes sociales implicados en la salud denominado Modelo Socioeconómico de Salud, que ha sido ampliamente utilizado por la OMS. Desde una perspectiva ecológica, ofrece una representación sobre cómo interactúan los determinantes sociales a diferentes niveles. En este sentido, la persona junto a los factores constitucionales (no modificables) que afectan a su salud se encuentran situados en el centro, mientras que a su alrededor están los factores con posibilidad de cambio como, por ejemplo, los estilos de vida individuales, influenciados por la comunidad y las redes sociales. Por último, en la capa más externa se sitúan los determinantes más relevantes como, las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

En esta línea, Solar e Irwin (2007) proponen otro modelo para explicar que las brechas o estratos presentes en la sociedad derivan en desigualdades sociales vinculadas al trabajo y las condiciones de vida. Estos autores señalan tres grupos de factores intervinientes en la creación de desigualdades: el contexto socioeconómico (la estructura social, la distribución de poder y recursos); la estructura social (los ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder); y los determinantes intermedios (recursos materiales, procesos psicosociales y conductas). Desde este planteamiento, se considera que la posición socioeconómica del individuo sobre su salud es indirecta, ya que es consecuencia de la combinación entre múltiples factores intermedios o intermediarios (calidad de la vivienda, adecuada alimentación, cantidad de apoyo social, etc.).

En los modelos presentados, se manifiesta que existen una serie de factores intermedios o mediadores entre la sociedad y el propio individuo, que influyen a la hora de optar a mejores o peores oportunidades de salud. Además, estas diferencias variarán en función de las vulnerabilidades de la persona, el grado de exposición a diferentes agentes y la capacidad de acceso a los servicios básicos.

En este punto, Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2007) plantean un modelo explicativo validado empíricamente en los Países Bajos (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2007; Vrooman y Hoff, 2013) y en Turquía (Bayram, Aytac, Aytac, Sam y Bilgel, 2012),

partiendo de la diferencia entre la exclusión social y el concepto de pobreza. Para ello, toman como referencia las dos corrientes teóricas predominantes: *la escuela francesa*, que se respalda en las teorías de Durkheim (1897) sobre la cohesión social, la solidaridad, la importancia de los valores y normas colectivas y el riesgo de la alienación social; y *la escuela angloamericana*, que considera la pobreza económica como núcleo principal de las desigualdades.

En el modelo se intenta combinar las dos líneas de investigación tradicionales con el objetivo de ofrecer una perspectiva más completa. Se considera que la exclusión social abarca dos ámbitos fundamentales: el económico o exclusión estructural (dimensión distributiva en línea con la escuela angloamericana) y el social o exclusión cultural (dimensión relacional propia de la escuela francesa). La primera dimensión engloba lo material (ingresos y bienes) y lo no material (derechos sociales), mientras que la segunda abarca la integración social (relaciones y redes sociales) y la integración cultural (valores y normas). Por ello, estos autores apoyan la idea de que la pobreza y la exclusión social vienen derivadas principalmente de factores estructurales, que varían en función de las condiciones sociales y la cultura de referencia (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2007).

Del modelo propuesto por Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2007) se destacan tres ideas asociadas a la exclusión social:

- La exclusión social es un fenómeno multidimensional, que se refiere tanto a aspectos económico-estructurales y socio-culturales de la vida. A nivel teórico, viene definida desde los siguientes ámbitos: privación material, inadecuado acceso a los derechos sociales, participación social deficiente, y ausencia de integración comunitaria/normativa.
- Se puede diferenciar entre los rasgos que definen el actual estado de la exclusión social (características del estatus) y los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de la exclusión social (proceso).
- Los factores de riesgo operan en tres niveles: micro (nivel individual); meso (condiciones sociales y organizaciones formales e informales); y macro (gobierno y sociedad).

Prevalencia de la exclusión social

En cifras, se calcula que un 23,5% de la población total a nivel europeo (117,5 millones de personas) se encuentran en riesgo de pobreza y/o exclusión social (Eurostat, 2018).

Los datos que se recogen en el informe de *Exclusión y desarrollo social en España* elaborado por la Fundación FOESSA (2019) revelan que el 18,4% de la población se encuentra en exclusión, siendo el 9,6% el que se encontraría en exclusión social moderada y el 8,8% en exclusión social severa.

En referencia a la edad, cabe señalar que las personas más afectadas por la exclusión son los y las menores de 18 años (23,3%) y las personas entre 18 y 29 años (22,6%). Les siguen las personas entre 45 y 64 años (18,4%), las que tienen entre 30 y 44 (17,6%) y, por último, las personas mayores de 65 años (11,4%). Esto se explica por una lectura intergeneracional de la exclusión social, de modo que las personas mayores disponen de empleos más estables, vivienda en propiedad y acceso a pensiones por jubilación frente a las personas jóvenes que sufren situaciones precarias en el mundo laboral y en la vivienda con mayor frecuencia.

En cuanto a los hogares monoparentales/monomarentales, la tasa de exclusión social severa de es de 14,4 puntos en 2018, esto supone que ha continuado en ascenso.

También cabe señalar la estrecha relación entre discapacidad y exclusión social. El 30% de las personas que tienen alguna discapacidad se encuentran en situación de exclusión social.

Respecto al origen de las personas, hoy en día el 22% de las personas de fuera de la UE-15 se encuentran en situaciones de exclusión social severa y el 43,4% en situaciones de exclusión.

Además de los datos extraídos del informe FOESSA, el último informe sobre el *Estado de la Pobreza y Exclusión Social en España* (EAPN, 2019) señala que, en el año 2018, un total de 12.188.288 personas, que suponen el 26,1% de la población residente en España se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social, utilizando como medidor el indicador AROPE¹ (At Risk of Poverty and/or Exclusion). Las

¹El indicador AROPE de riesgo de pobreza y/o exclusión social recoge una visión multidimensional de la pobreza y/o la exclusión social en la que se contabiliza la población que se encuentra en riesgo de pobreza, con carencia material o con baja intensidad en el empleo.

mujeres registran tasas más elevadas en AROPE en comparación con los hombres (27% vs. 25,1%). Según este informe, el 50% de los hogares monoparentales/monomarentales se situaría en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Respecto a la edad, destaca que el 33,8% de los y las jóvenes entre 16 y 29 años se encuentran en esa situación frente al 17,6% de las personas mayores de 65 años.

En nuestro contexto social inmediato, teniendo en cuenta los datos del informe de la *Exclusión y desarrollo social en España* de la Fundación FOESSA (2019), se observa que, en 2018, las personas en situación de exclusión social representaban el 15,2% de la población de Euskadi, lo que implica que una de cada siete personas (aproximadamente 334.000 personas) estaba en 2018 en una situación de exclusión, ya sea moderada (6,4%) o severa (8,8%).

Puede hablarse en Euskadi de una cierta polarización social, ya que tienden a crecer tanto las situaciones de integración plena como las de exclusión severa, disminuyendo claramente las categorías intermedias.

Siguiendo con los datos territoriales, en la *III Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa* (EPESG, 2019) se recoge que el 19,2% de la población se encuentra en situación de exclusión social y que las situaciones de exclusión no afectan por igual a todos los grupos de población: mientras que en el caso de las personas nacidas en Euskadi un 13,8% se encuentra en situación de exclusión severa o moderada, en el caso de las personas nacidas en el extranjero el porcentaje de personas en situación de exclusión es casi cuatro veces mayor, pues afecta al 60,9% del colectivo. Las situaciones de exclusión también son más frecuentes en las mujeres (19,7%) en comparación con los hombres (18,7%) y entre la población joven (20,6%) comparándola con las personas mayores de 65 años (13,5%).

Las desigualdades de género en los procesos de exclusión social

Damonti (2014) encontró diferencias de género en tres ejes básicos de los procesos de exclusión (económico, político y socio-relacional) que se concretaban en las dimensiones de exclusión del empleo, del consumo, de la participación política, de la educación, de la vivienda, de la salud, del conflicto social y del aislamiento social.

En cuanto a la dimensión laboral, Pérez (2014) señala que teniendo en cuenta que en la sociedad actual el empleo constituye uno de los factores de integración más importantes y sabiendo que es un sector donde las diferencias entre hombres y mujeres perduran en toda su intensidad, es imprescindible comprender las relaciones de género para entender el funcionamiento del sistema económico y sus consecuencias en los procesos de exclusión. Se ha observado que el riesgo de exclusión social en el 14% de hogares en los que la persona empleada es una mujer se duplica en comparación con ese 30% de hogares donde sólo tiene empleo el varón (41,3% frente a 20,9%). Esto se explica, por la brecha salarial entre mujeres y hombres, y porque las motivaciones que llevan a ciertos hogares a ser sustentados únicamente por una persona suelen ser distintas según ésta sea un varón -el modelo del varón proveedor (Izquierdo, 2010)- o una mujer -situación provocada por la pérdida de empleo por parte del varón- (Damonti, 2014).

Un reciente trabajo realizado por Santibáñez, Flores y Martín (2018), indica que la situación de monomarentalidad no escogida es especialmente relevante dentro de la exclusión social, lo que pone de manifiesto la importancia de la perspectiva de género en este tema. Con relación al binomio monomarentalidad y exclusión social, se debe aludir al concepto de «feminización de la pobreza» o como se ha sugerido más recientemente «feminización de la exclusión» (Damonti, 2014). Este término, desarrollado por Pearce en 1978, describe un conjunto de situaciones con mayor presencia, intensidad y riesgo de pobreza y/o exclusión entre las mujeres en comparación con los hombres. Alter y Geldstein (2008; citados en Santibáñez et al., 2018) añaden que el aumento de la pobreza y/o exclusión social se encuentra en relación directa con el aumento de la pobreza de los hogares monomarentales, dado que éstos son un grupo diana para la pobreza, refiriéndose sobre todo a la monomarentalidad no elegida. Las causas que conllevan a los hogares monoparentales y monomarentales a la exclusión social, el tipo de situaciones vividas y los mecanismos para salir de ella son diferenciables por género. Mientras que las causas identificadas en los hombres tienen que ver con el desempleo, la discapacidad o las drogodependencias, en las familias monomarentales aparecen como factores de riesgo los problemas procedentes de su carga en la reproducción doméstica y social y por su consecuente dependencia afectiva-económica.

En el trabajo de Santibáñez et al. (2018) se señala cómo cuando las mujeres se encuentran inmersas en procesos de exclusión se produce la denominada «doble discriminación», que se relaciona directamente con una sociedad patriarcal en donde las mujeres se dedican no sólo a la reproducción sino también a la crianza y cuidado de la prole y la familia. Como consecuencia aparecen dos manifestaciones: una primera más visible y material se refiere a que las mujeres han accedido a posiciones subordinadas en los trabajos productivos, y la segunda manifestación se refiere al estigma social, cuando una mujer no cumple con las expectativas sociales establecidas.

En este punto, tal y como señala Tortosa (2009), la vulnerabilidad de las mujeres es el resultado de una posición en la estructura social que facilita recibir los efectos negativos del funcionamiento de la sociedad, sea en términos de pobreza/exclusión (feminización de la pobreza/exclusión), sea en términos de violencia (violencia machista). A esto se une la idea de discriminación e interseccionalidad, que hace referencia al análisis de cómo las diversas discriminaciones y opresiones que padece una persona interactúan de manera simultánea, configurando su identidad. Es decir, las desigualdades por razón de género interaccionan con otras circunstancias que generan procesos de exclusión como la edad, la étnia, la raza o la clase, entre otras. En este sentido, más que de una discriminación doble habría que hablar de una discriminación múltiple, en la que combinando las diferentes categorías se podría crear un índice de vulnerabilidad: a mayor acumulación de situaciones de desigualdad (mujer, no blanca, inmigrante, edad avanzada, sin estudios, de clase socio-económica baja, etc) mayor vulnerabilidad.

En esta línea, desde la perspectiva de género, los procesos de exclusión social se vienen analizando a través del enfoque de la interseccionalidad. En este punto, se puede concluir que entre las mujeres, existen ciertos grupos que por sus características, tienen algunos de estos factores causantes de la exclusión social, y que darían lugar a situaciones de discriminación múltiple: mujeres con problemas de adicción; mujeres reclusas y ex-reclusas; mujeres con difícil acceso al mercado laboral; mujeres responsables de núcleos familiares (familias monomarentales); mujeres que ejercen la prostitución; mujeres víctimas de violencia machista; mujeres inmigrantes; mujeres con discapacidad; madres adolescentes y otros colectivos de mujeres como las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, las mayores de 45 años con una baja formación o cualificación, las desempleadas de larga duración, en situación de

dependencia etc., se encuentran en los umbrales de la exclusión social (Ministerio de Igualdad, 2010).

Análisis de la exclusión en clave feminista

Según Carrasco (2017), para analizar la realidad en clave feminista, se deben tener en cuenta tres elementos importantes. En primer lugar, la multidimensionalidad desde la que se plantea la pobreza y exclusión social de las mujeres. En segundo lugar, la interseccionalidad como elemento para entender las diferentes situaciones de discriminación y los diferentes roles asignados a hombres y mujeres en nuestra sociedad, y que se trasladan a las situaciones de pobreza y exclusión social. En tercer lugar, la diferente posición que tienen hombres y mujeres en la sociedad es otro elemento de análisis clave. Esta posición alude a la desventajosa ubicación social, económica, política y cultural que tienen las mujeres respecto a los hombres, y que se traduce en menores oportunidades de empleo y salario, y en mayor vulnerabilidad frente a la pobreza y la violencia, entre otras cuestiones.

Carrasco (2017) afirma que la pobreza y la exclusión social no siempre se han analizado desde una perspectiva de género, esto provoca que la información sobre ambos fenómenos esté incompleta y cuente con sesgos, puesto que oculta realidades como las distintas situaciones de vulnerabilidad o los distintos factores de riesgo que afectan a las mujeres. Esta autora considera que el análisis de los procesos de empobrecimiento y exclusión social de las mujeres y el diagnóstico de las causas y factores que lo provocan, son prioritarios para plantear políticas de lucha contra la pobreza eficaces para la población, así como la creación de medidas preventivas y específicas de carácter integral, que aseguren la igualdad de oportunidades de las mujeres, garantizando el reconocimiento de sus derechos humanos y promoviendo su desarrollo e inserción social.

En la CAE algunos colectivos reciben proporcionalmente una menor cobertura, entre ellos, las mujeres, cuya situación económica está amenazada por factores como la posición en el mercado laboral, el escaso acceso a la protección contributiva y la posición en el trabajo reproductivo y de cuidados (Brunet, 2009; Laparra, 2010).

Para poder realizar un análisis de la exclusión social desde la visión de género, Carrasco (2017) sugiere que se deben delimitar las diferentes dimensiones y ejes que conforman los procesos de exclusión social. Para ello, los factores de exclusión pueden clasificarse dentro de los cuatro ámbitos o ejes señalados previamente: económico, laboral, sociorrelacional y personal (Subirats, 2004; Laparra, 2010).

El impacto de la violencia de género en la exclusión social

Como se recoge en el informe sobre la evaluación de impacto en función del género en la exclusión social y la pobreza elaborado por Emakunde (2018), otro de los colectivos a los que es necesario aludir por sus particulares características es el de las mujeres en situación de violencia de género, ya que dicha situación supone una clara limitación de opciones sociales y laborales que puede conducir a exclusión social o pobreza. Si bien la condición de las víctimas (baja autoestima, peores niveles de salud, miedo, etc.) trasciende la posición social, las situaciones en las que se carece de recursos materiales y de carácter social, dificultan aún más los procesos de inclusión. La dependencia económica, muy frecuente en entornos de exclusión o pobreza, supone un elemento más de vulnerabilidad para las víctimas. Puede ralentizar el complicado proceso de salir de una relación de violencia e implica una dificultad añadida para encontrar un empleo (por ejemplo, si nunca se ha trabajado antes), aún más si se tienen hijos o hijas a cargo.

Conocer la influencia de la violencia de género en diferentes ámbitos de la vida de las víctimas permitiría identificar las necesidades concretas de este colectivo en materia de inclusión social y lucha contra la pobreza. El impacto específico en el ámbito del empleo y en indicadores concretos sobre la vivienda, adquieren especial relevancia entre las mujeres con menos recursos.

En este sentido es interesante la propuesta de 2015 elaborada en el marco del proyecto GVEI (Gender Violence Effects Indicators/Indicadores de los Efectos de la Violencia de Género), que identifica las siguientes dimensiones y exponen los indicadores para medir el impacto de la violencia de género en cada uno de ellos:

- *Dimensión de la Salud.* Además de físicas, las relacionadas con afecciones psicológicas y emocionales.

- *Dimensión Laboral.* Las consecuencias en el ámbito laboral tienen que ver con ausencias en el puesto de trabajo, pérdida de empleo, bajas, cambios de domicilio.
- *Dimensión Económica.* Especialmente si la víctima carece de recursos propios y/o si tiene menores a cargo.
- *Dimensión de relaciones y vida social.* La violencia de género fomenta el aislamiento, lo que supone debilitar las relaciones sociales y familiares.
- *Dimensión de la vivienda.* El abandono del hogar, la residencia en centros de acogida u otros recursos, las dificultades para acceder a una vivienda, tiene un fuerte impacto en las víctimas y condiciona a su vez otras dimensiones como la del empleo.
- *Dimensión legal.* Existen obstáculos para el acceso a la justicia por parte de las víctimas. El sentimiento de culpa, la vergüenza o la falta de un entorno seguro en el que no se sientan cuestionadas inciden en la interposición de las denuncias.

En el caso de las mujeres sin hogar, hay un porcentaje elevado que llega a esta situación a causa de la violencia de género. También en el caso de mujeres con discapacidad, o mujeres migrantes, los índices de violencia son mayores.

Conceptualización de la soledad

En el estudio de las necesidades interpersonales básicas se define al ser humano como un ser hecho para la vinculación y el contacto social, donde satisfacer las necesidades afectivas o de pertenencia es tan importante como satisfacer las necesidades fisiológicas, tan necesarias para la supervivencia y el bienestar del individuo (Pinedo y López, 2015; Weiss, 1973). El término soledad, cuando surgió por primera vez en torno al siglo XIII, no se asociaba a un significado negativo, sino que representaba la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociado al aislamiento, al estado de abandono y a la separación (Seidmann y Muchnik, 1998). Esta concepción entendía que los estados de soledad no sólo evocaban tristeza, pérdida o sufrimiento, sino que respondían también al disfrute y a la satisfacción de poder experimentarla.

Teniendo en cuenta estos aspectos, parece importante distinguir entre la soledad elegida o voluntaria, y, la soledad no deseada o aislamiento obligado. La primera puede ser una fuente de felicidad, autonomía, libertad, mientras que la segunda, altera la calidad de vida y la salud psicológica y física de un individuo (Pinedo y López, 2015; Riso, 2003). Para muchas personas es bueno quedarse solas, sin embargo, para otras, sentirse solas puede convertirse en una experiencia dolorosa cuando sus relaciones sociales no son adecuadas, ni en calidad, ni en cantidad. Lo que denota también una diferencia entre momentos de soledad, que todos y todas tenemos, y sentimiento de soledad (Valente y Aoyama, 1993).

Diferentes autores afirman que la soledad como sentimiento es un fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad, segmento social u otra característica sociodemográfica (Rubio, 2004; Weiss, 1973).

La soledad es entendida como un sentimiento complejo ligado a múltiples aspectos, causas y significados, que han ido variando en el espacio, en el tiempo e incluso en los diferentes contextos en los que se ha podido manifestar. Es una experiencia vivida en forma de múltiples realidades (Victor, Scambler y Bond, 2009; Victor y Sullivan, 2015), que son experiencias personales únicas, distintas y cambiantes que el individuo construye y reconstruye en el contexto de su vida e historia de vida, cuyos matices cambian a lo largo del tiempo. La soledad es algo dinámico y exige intervenciones capaces de asumir eso.

Antes de profundizar en el concepto de soledad, se considera importante recoger lo que Niklas Luhmann aportó con su Teoría de Sistemas Sociales (Luhmann, 1990, 1995). Desde esta perspectiva, la soledad sólo puede ocurrir en el contexto de una sociedad (Westberg, 2012), y es necesario comprender la sociedad y las relaciones sociales en general (Victor et al., 2009). Además, se trata con el mundo del significado, la interpretación y la comunicación, por lo tanto, no se estudia la soledad en sí, sino el significado que se da en la comunicación a la soledad. El significado que las personas atribuyen a la soledad está fuertemente relacionado con las concepciones más o menos explícitas del contexto social dentro del cual se identifica la soledad. Supone abordar la soledad, sus causas y sus consecuencias recurriendo a una epistemología construccionista.

Un aspecto central de la teoría de Luhmann (1995) es la idea de que la comunicación debe ser la unidad de cualquier realidad social. La diversidad de comunicación que se produce en la sociedad está estructurada por sistemas sociales de diferentes tipos (sistemas de funciones, organizaciones, interacciones cara a cara). Según Luhmann (1990), los sistemas sociales y, por lo tanto, la comunicación utiliza distinciones para observar el mundo y darle sentido. Ejemplos de tales distinciones son presente/pasado, solo/unido, o joven/viejo. Este enfoque es construccionista en la medida en que no observa el mundo o los fenómenos (como la soledad) en el mundo, sino cómo los sistemas sociales (o las personas dentro de la comunicación) construyen descripciones de estos fenómenos de una manera particular y le dan significado utilizando ciertas distinciones y no otras. Observar la soledad con la distinción presente/pasado crea un significado diferente a si se observa desde la distinción de joven/viejo: el primero lo convierte en un problema que podría haber cambiado con el tiempo, mientras que el segundo se convierte en una cuestión referente a los grupos de edad.

Soledad y el aislamiento social

La distinción entre soledad y aislamiento social es especialmente relevante, ya que a menudo se han utilizado de forma indistinta (De Jong Gierveld, Van Tilburg y Dykstra, 2006). Si bien la soledad es una experiencia negativa que sólo puede ser evaluada por el individuo, el aislamiento social se refiere al número de contactos sociales que tiene un individuo, o la condición de no tener vínculos con otras personas, que pueden medirse objetivamente (De Jong Gierveld, 1998, 2006; Luanaigh y Lawlor, 2008). Así, lo opuesto al aislamiento social sería la participación social, y lo opuesto a la soledad sería el sentimiento de pertenencia o de estar integrado/a socialmente (De Jong Gierveld y Havens, 2004).

“Estar solo/a”, “vivir solo/a” y “sentirse solo/a”

Respecto a las diferencias entre “estar solo/a” o “vivir solo/a” y “sentirse solo/a”, Luanaigh y Lawlor (2008) afirman que mientras la experiencia de sentirse solo/a siempre está asociada a algo no deseado, estar solo/a puede ser una experiencia deseada para fomentar la creatividad, facilitar la auto-reflexión, la auto-regulación, la

concentración y el aprendizaje. El sentimiento de soledad surge en los casos en los que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/estar sola en contra de sus deseos, pero cuando el aislamiento social es algo voluntario no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro, 2010; Rubio, 2004).

Con respecto a los conceptos de vivir solo/a o estar solo/a, mientras que el primero es simplemente una unidad de medida de la forma de convivencia, el segundo se refiere a la cantidad de tiempo que la persona pasa sin compañía (Victor, Burholt y Martin, 2012). Según investigaciones de Cacioppo y Patrick (2008), no hay diferencias significativas entre las personas que se sienten solas y las que no se sienten solas en cuanto a la cantidad de tiempo que están efectivamente solas. Es decir, la cantidad de horas que una persona esté sola no influye directamente sobre la presencia o ausencia de sus sentimientos de soledad.

Por lo tanto, tener sentimiento de soledad ni es sinónimo de estar solo/a ni va siempre unido a estar solo/a, pero tampoco el hecho de estar acompañado/a garantiza una protección contra la soledad (Castro, 2010; Hawkey y Cacioppo, 2009). Quizás por esto, añade Castro (2010), resulta más difícil asumir y comprender el sentimiento de soledad en aquellas personas que están acompañadas justamente porque parece, tanto para quien se siente solo/a como para los demás a su alrededor, que no hay una causa real que justifique dicho sentimiento.

Soledad social y emocional

Weiss (1973) fue el primer autor en observar la naturaleza multidimensional de la soledad. Tomando como base una taxonomía de las relaciones que distingue entre relaciones de apego y de pertenencia, distingue entre dos tipos de soledad: soledad social y soledad emocional. La soledad social es una carencia de relaciones de pertenencia, y cuando existe, produce un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado/a por los/as demás, aislamiento y aburrimiento. En cambio, la soledad emocional es una ausencia de relaciones de apego, es decir, relaciones especialmente significativas para la persona y que proporcionan una base segura (Bowlby, 1982). La ausencia de este tipo de relaciones está asociada con sensaciones de vacío, y el deseo de alguien especial con quien compartir la vida. La soledad emocional no se refiere tanto a la carencia de gente, sino a la desvinculación afectiva.

El tema en cuestión sería la intimidad, el amor, el afecto de la pareja o de las amistades especiales. Podemos encontrarnos en medio de mucha gente, pero sentirnos emocionalmente solos/as.

En 1997 DiTommaso y Spinner reevaluaron la soledad emocional y social de Weiss, y además de reafirmar esta distinción, propusieron que la soledad emocional podría dividirse en soledad romántica y familiar.

Diversas concepciones de la soledad

Autores como Cacioppo y Patrick (2008) definen la soledad como un dolor social comparable al dolor físico. Así, si los dolores físicos surgen para protegernos de los peligros físicos, la soledad se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados/as. Sería un modo de despertar nuestra atención hacia la importancia de las conexiones sociales, de estimularnos a tener contacto con las personas y a renovar nuestros vínculos sociales débiles o rotos. Sin embargo, el instinto de autoprotección nos despierta al mismo tiempo un sentimiento inconsciente de hipervigilancia ante posibles amenazas sociales para protegernos de quien pueda aprovecharse de nuestra necesidad de compañía. Esta situación, que tiene una justificación evolutiva, dificulta el objetivo de conseguir una adecuada conexión con otras personas y perjudica la salud y el bienestar a largo plazo (Cacioppo y Cacioppo, 2014). Para algunos autores/as, la soledad es una experiencia transitoria y sólo se convierte en un estado persistente si tiene un efecto perjudicial (Tijhuis, De Jong Gierveld, Festas y Kromhout, 1999).

Hawkey y Cacioppo (2009) diferencian entre la soledad experimentada de forma aguda y la soledad crónica. La soledad aguda es un estado temporal que se extingue cuando se reparan las circunstancias que la causaron. Y la soledad crónica es un rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia a experimentar sentimientos de aislamiento.

El concepto de soledad se ha diferenciado de otros conceptos como el apoyo social y aislamiento. Con relación al apoyo social, estudios como los de Expósito y Moya (1999), han concluido que la soledad tiene relación con aspectos muy particulares de las relaciones (y del apoyo social), concretamente con aquellos que son más subjetivos, emocionales, relacionales, globales y profundos. Se trata de una

experiencia que sobreviene a la persona cuando ésta percibe la ausencia de un tipo muy específico de relación, estrechamente vinculado a la persona, o fuente que hace posible esa relación o suministra el apoyo social.

La autoestima ha sido asociada a los estudios de la soledad, como lo reporta el estudio de Expósito y Moya (1999), donde señalan la existencia de tres fuentes de las que procede la autoestima y que interesan por la importancia que otorgan al aspecto valorativo e interpersonal y por lo tanto, por su relación con la experiencia con la soledad y son: reflejarse en el otro; comparación social, y evaluación de aspectos colectivos o sociales. Así, se plantea una relación inversa entre la soledad y la autoestima (Dahlberg y McKee, 2014; Expósito y Moya, 1999; Peplau y Perlman, 1982). De este modo, cuanto mayor es el sentimiento de autoestima menos probable es que se sientan solas a lo largo de su vida.

De acuerdo a Expósito y Moya (1999) la soledad está relacionada con aspectos subjetivos/cualitativos, emocionales, relacionales, globales y profundos, que describen de la siguiente manera:

- 1) Subjetivos/cualitativos: la soledad refleja 'una percepción subjetiva del individuo de deficiencias en sus relaciones'.
- 2) Emocionales: la soledad es un estado subjetivo que resulta no tanto del aislamiento físico de los demás, como de la ausencia de dosis suficientes de significatividad (contacto emocional) en las relaciones.
- 3) Relacionales: “...la soledad parece ser más una cuestión de ausencia/pérdida de conexiones o relaciones íntimas que la ausencia/pérdida de contacto social en general”.
- 4) Globales: “...la experiencia de la soledad afecta de manera general la vida de la persona y estará, por tanto, relacionada con índices globales de bienestar (como la calidad de vida percibida)”.
- 5) Profundos: La soledad, se trata de un sentimiento profundo y difícilmente apreciable por un observador externo, causado principalmente por la ausencia de personas especiales, con las que se mantienen relaciones íntimas, lo cual impide o dificulta experimentar sentimientos de seguridad, reconocimiento, cuidado, afecto y valía.

Para finalizar, y utilizando lo que Montero, López y Sánchez (2001) proponen sobre la soledad, se podría sintetizar lo expuesto hasta ahora diciendo que la soledad, a) es multidimensional, porque involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognoscitivas, antecedentes de desarrollo afectivo y autoestima), de interacción social y de habilidades conductuales; b) es subjetiva y potencialmente estresante, ya que depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación que está viviendo para que la carencia afectiva-social y/o física que identifique sea evaluada como una situación negativa, o bien, como una oportunidad de autoconocimiento; y c) es secuencial y multicausal, ya que puede estudiarse como un proceso que tiene antecedentes, manifestaciones y consecuencias, que varía en intensidad y duración a través de factores contribuyentes físico-situacionales, socio-culturales y de personalidad (Montero et al., 2001).

Perspectivas y modelos en el estudio de la soledad

Con el propósito de conocer algunos de los componentes psicológicos vinculados con la experiencia de la soledad, Montero et al. (2001) hacen un análisis exhaustivo de la bibliografía científica vinculada con este fenómeno. Entre las perspectivas conceptuales que han abordado el estudio de la soledad se destacan la filosófica, la social-antropológica y la psicológica.

Perspectiva filosófica: Desde este punto de vista, la soledad es entendida como una condición inescapable en la búsqueda de la autoconciencia. Está arraigada en la realidad primaria del individuo, inmanente y subjetiva.

Perspectiva socio-antropológica: En contraste con la perspectiva filosófica, la aproximación social-antropológica está representada por estudios antropológicos y culturales que analizan las manifestaciones de la soledad en diversas actividades artísticas, tales como la literatura, la poesía, la pintura, la música, entre otras. Puede encontrarse conceptualizaciones de la soledad, donde ésta es vista como un proceso de retroalimentación adaptativo, utilizado por el individuo para informarse del nivel de estimulación e interacción social, al que está expuesto, en términos de cantidad y de forma.

Perspectiva psicológica: desde la perspectiva psicológica, existen diversas definiciones para la soledad, tal vez, la más antigua sea la de Sullivan quien la concibió como una

experiencia displacentera, asociada con la carencia de intimidad interpersonal. En esta línea, Young (1982, 1990) concibió la soledad como la ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, que pueden ser acompañadas por manifestaciones de “distress” psicológico.

Una de las teorías utilizadas para estudiar la soledad es la Teoría de la Discrepancia Cognitiva, la cual considera la soledad como una discrepancia entre los niveles deseados y alcanzados en la calidad y cantidad de las relaciones sociales (Peplau y Perlman, 1982; De Jong-Gierveld, 1987). Refiere al déficit percibido por la persona, que puede ser cuantitativo (e.j. no tengo amigos/as o no tengo los/as que quisiera) o cualitativo (e.j. siento que mis relaciones son superficiales o no tan satisfactorias como quisiera). Tiene un carácter subjetivo, ya que es la propia persona la que decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no.

El concepto de soledad puede agruparse en dos esquemas conceptuales básicos, el fenomenológico y el cognoscitivo:

El esquema fenomenológico, agrupa varios postulados conceptuales, que conciben la soledad como “una forma de autoconciencia, y parten de la idea de que el ser humano tiene como necesidad básica el afecto, mientras que la soledad es el resultado de la insatisfacción de este requerimiento básico” (Montero et al., 2001).

Como pioneros y representantes de este esquema, se encuentran: Sadler y Johnson (1980), con un modelo de cuatro dimensiones de la soledad (ver Figura 2); y Rokach (1988), quien propuso un Modelo Multidimensional de Antecedentes de la Soledad (ver Figura 3).



Figura 2. Dimensiones de la soledad: Sadler y Johnson (1980)

Fuente: Montero et al. (2001)

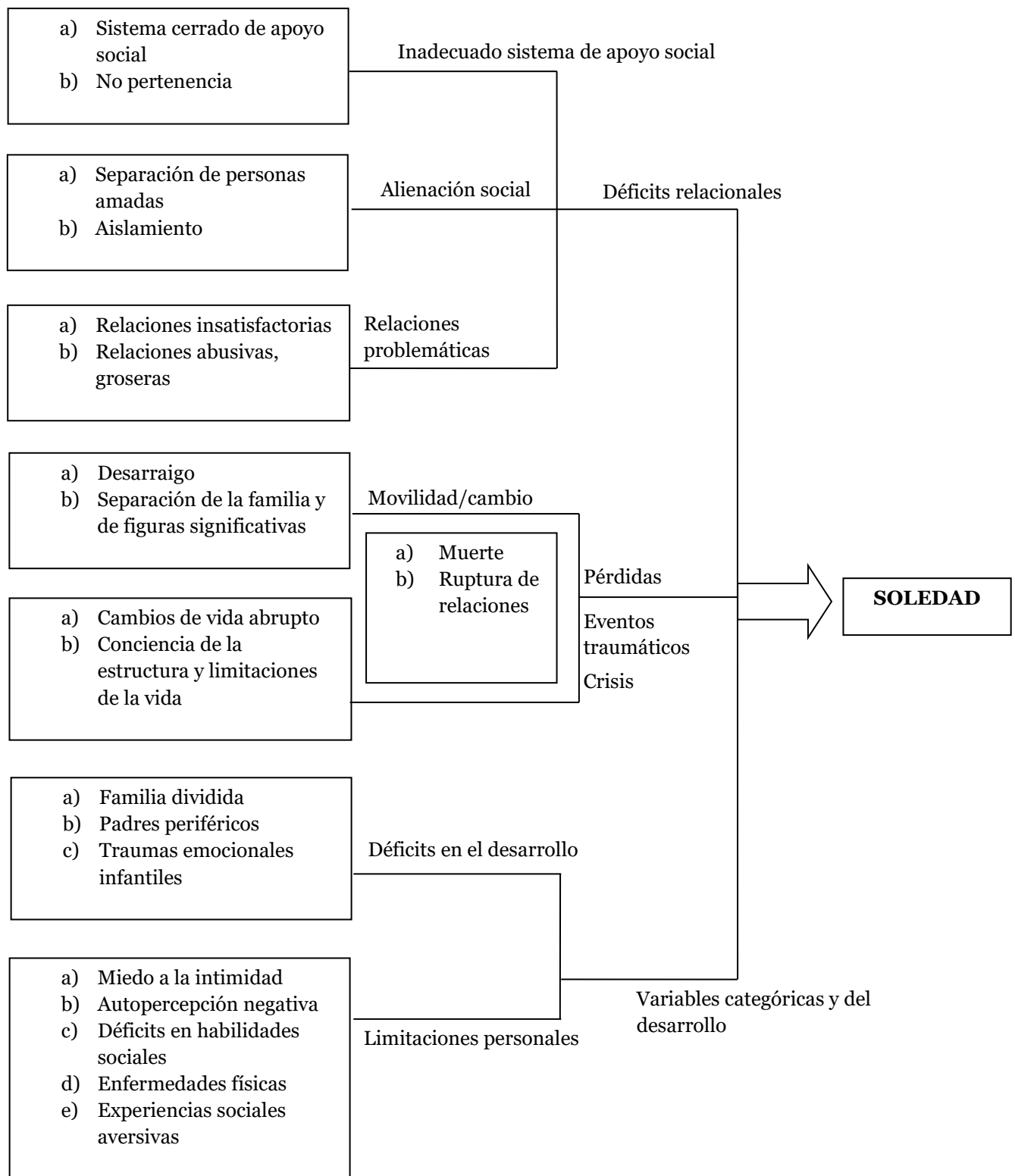


Figura 3. Modelo Multidimensional de antecedentes de la soledad: Rokach (1988)

Fuente: Montero et al. (2001)

El esquema cognoscitivo, está caracterizado por el postulado fundamental, que es la evaluación subjetiva que hace personas de la situación interpersonal en la que se encuentra. Esta evaluación es multideterminada, por algunos factores que pueden predecir, con mayor precisión en magnitud y frecuencia, la experiencia de soledad (Montero et al., 2001). En este esquema, se concibe la soledad como el resultado de dos tipos de déficits, uno asociado con la carencia de una red de apoyo social y otro, vinculado con la falta de una figura de apego particular. Ambos tipos de soledad son provocados por “disrupciones en el sistema de apego” (Crandall y Hojat, 1989). Como principal representante de este esquema se encuentra Weiss (1973), quien hace énfasis en el déficit relacional, para él (ver Figura 4):

La soledad de aislamiento emocional ocurre ante la ausencia de un apego emocional cercano y solamente puede remediarse por la incorporación de otro apego emocional o por la reintegración del que se había perdido; en contraste, la soledad de aislamiento social está vinculada con la ausencia de una red social y ésta sólo puede remediarse por el acceso a dicha red.



Figura 4. Esquema bidireccional de la soledad: Weiss (1973)

Fuente: Montero et al. (2001)

Peplau y Perlman (1982), indicaron que cada persona tiene un nivel óptimo de interacción social. Cuando las relaciones sociales de un sujeto son subóptimas, éste experimenta soledad. En contraste, cuando el sujeto se enfrenta a un contacto social excesivo, puede experimentar “hacinamiento” o sentir “una invasión de privacidad”. Las evaluaciones de las relaciones sociales de un sujeto están influidas por las comparaciones con la experiencia pasada del mismo sujeto y con las experiencias de otras personas (ver Figura 5).



Figura 5. Esquema de disonancia cognitiva: Peplau y Perlman (1982)

Fuente: Montero et al. (2001)

De Jong-Gierveld (1987), pone énfasis en los procesos cognoscitivos que median entre las características de la red social y la soledad. Define la soledad como una experiencia personal y subjetiva, y propone un Modelo Multidimensional de Soledad, donde hace énfasis en la “importancia de las percepciones e interpretaciones personales de la red de relaciones sociales”. Este modelo considera cuatro factores:

- 1) las características descriptivas de la red social,
- 2) las evaluaciones subjetivas de la red social,
- 3) las variables sociodemográficas,
- 4) las características de la personalidad (ver Figura 6).

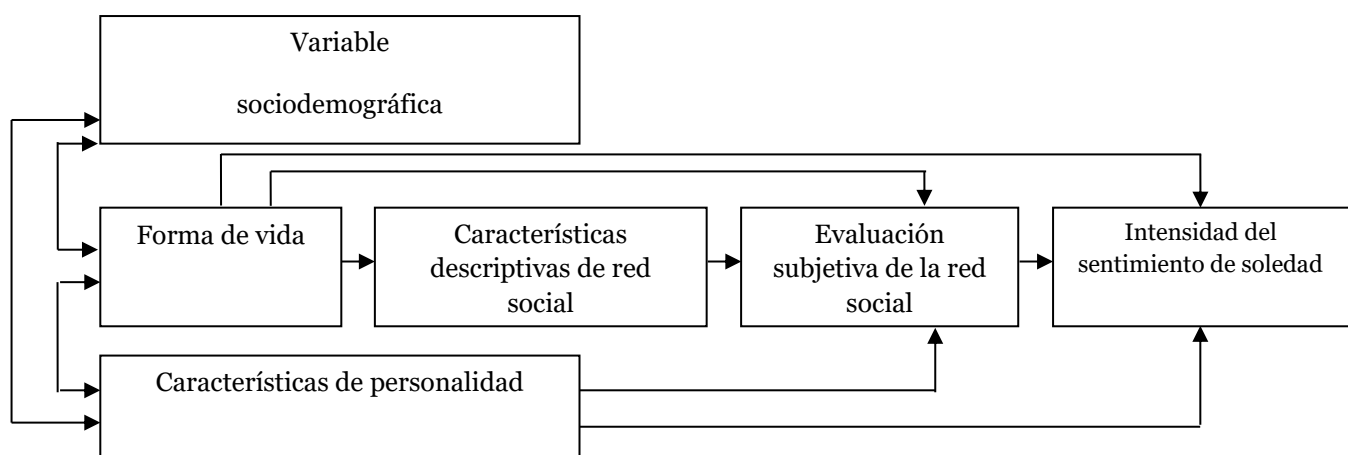


Figura 6. Modelo multidimensional de la soledad: De Jong-Gierveld (1987)

Fuente: Montero et al. (2001)

De Jong-Gierveld (1987) considera tres dimensiones de la soledad: a) Evaluación por parte del sujeto de la situación social donde se encuentra, b) el tipo de déficit social que experimenta y c) la perspectiva temporal asociada con la soledad.

Young (1982), identificó tres tipos de soledad: a) crónica, de larga duración, donde la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias; b) situacional, vinculada usualmente con situaciones estresantes como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos; y c) transitoria, es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad.

Prevalencia de la soledad

En lo que se refiere a los datos de prevalencia respecto a la soledad hay que aclarar que al tratarse de un concepto de percepción subjetiva y teniendo en cuenta que principalmente ha sido estudiada en población mayor de 65 años, la literatura y los informes apenas recogen datos sobre la población en su totalidad. Existe algún estudio, como uno recientemente elaborado en Inglaterra (Pyle y Evans, 2018), donde se encontró que un 5% de las personas adultas refirieron sentirse solas “a menudo” o “siempre”. Pero en general, las investigaciones de las que se dispone se centran en las personas adultas mayores. En el estudio de Ferreira-Alves, Magalhães, Viola y Simoes (2014) el 26% de las personas mayores informaron sentirse a veces solas.

Según estos primeros datos, podría parecer que existe más soledad en las personas mayores, sin embargo, la literatura científica sobre la influencia que tiene la edad en la prevalencia de sentir la soledad es inconclusa, ya que los resultados que se obtienen en distintas investigaciones difieren entre ellas. Mientras una serie de estudios apoyan la idea de que con la edad hay más personas que sienten soledad (p.e., Victor, Scambler, Bowling, y Bond, 2005; Fokkema, De JongGierveld y Dykstra, 2012), hay otros estudios que demuestran que es un sentimiento que afecta a todos los rangos de edad (p.e., Victor et al., 2005; Fokkema et al., 2012).

En España, Victor et al. (2005) y Fokkema et al. (2012), han comprobado que las personas mayores y las mujeres, en situaciones socioeconómicas desfavorables y mala salud, presentan una mayor prevalencia de soledad. También Coll-Planaset al. (2017) han visto que la soledad aumenta con la edad. Así, la tendencia al envejecimiento actual implica un mayor número de personas mayores que sufren de soledad.

Por otro lado, hay investigaciones que señalan que el lugar o país en el que uno/a vive tiene un mayor impacto que la edad en la soledad (Yang y Victor, 2011). Encuestas transversales repetidas europeas, como el estudio SHARE, proporcionan datos comparativos transnacionales. Según este estudio, la prevalencia de la soledad (es decir, sentirse solo/a de forma continuada) entre las personas mayores de 65 años varía en Europa del 4% en Suiza al 20% en Grecia, con España en el 14% (Sundström, Fransson, Malmberg y Davey, 2009). Esto confirma un gradiente norte-sur, con mayor índice de soledad en los países del sur, al contrario de lo que generalmente se supone. Este gradiente parece estar relacionado con una menor integración y participación

social y mayores expectativas de los miembros de la familia (Van Tilburg, De Jong Gierveld, Lecchini, y Marsiglia, 1998; Dykstra 2009; Litwin 2009).

Sin embargo, hay más estudios que demuestran que la edad no tiene tanta relación con la soledad como socialmente se piensa.

Uno de los trabajos que demuestran que la soledad no es exclusiva de la vejez es el realizado por Dykstra (2009) que encontró que también afecta a una cantidad significativa de personas en otros grupos de edad. De hecho, aproximadamente el 30–50% de los/as adultos/as jóvenes (entre 15 y 24 años) informan sentirse solos/as.

En esta misma línea de trabajos, el estudio de Pyle y Evans (2018) que analizó entre 2016 y 2017 las características y circunstancias asociadas a la soledad en Inglaterra, vio que, en comparación con los demás grupos, a excepción de las personas entre 25 y 34 años, los/as jóvenes entre 16 y 24 años refirieron sentirse solos/as ‘a menudo/siempre’ con más frecuencia. También fueron el grupo que señaló sentirse solo ‘parte del tiempo’ más a menudo, junto con las personas de más de 75 años. En consonancia con esto, el grupo de 16-24 fue el que menos señaló que ‘nunca’ se sentía solo.

Estos últimos datos, en contra de la creencia popular de que las personas mayores son las que más solas se sienten, ponen de manifiesto que las jóvenes sufren la soledad a menudo. Uno de los mitos más frecuentes sobre la vejez, transmitido por el pensamiento común y los medios de comunicación, es que la soledad prevalece en la vejez (Dykstra, 2009; Ferreira-Alves y Novo, 2006). Por ejemplo, tanto en 1982 como en 2005, la gran mayoría de los/as encuestados/as en una encuesta de población sueca creía que casi la mitad de las personas jubiladas a menudo se sienten solas (Tornstam, 2007). Estas suposiciones son reforzadas tanto por las imágenes de las personas mayores que sufren de soledad difundidas en los medios de comunicación (Ferreira-Alves et al., 2014), como por el resultado de los cambios en los patrones familiares, como el tamaño de una familia más pequeña, el aumento de las tasas de divorcio, una mayor distancia geográfica entre los miembros de la familia (Dykstra, 2009) y transiciones hacia sociedades más individualistas.

En el contexto español, los resultados de la encuesta telefónica elaborada por Obra Social “La Caixa” sobre la soledad y riesgo de aislamiento social en personas mayores (Yanguas, 2018) muestran que el riesgo de aislamiento por pérdida de la red

social de amigos/as es superior en los hombres que en las mujeres. Para los hombres, el riesgo incrementa a partir de los 40 años, mientras que en las mujeres es un poco más tarde, a partir de los 65 años. Asimismo, se ha visto que independientemente del género y la edad, la red familiar aporta un mayor apoyo. En cambio, el riesgo de aislamiento se vincula más a la red de amigos, puesto que, a partir de los 65 años, la red de amistades se empieza a romper (27,7 %), lo que se acentúa a partir de los 80 años (45,5 %).

Al analizar la soledad, es de remarcar que aparece en todas las edades (20 y 39 años, 34,36 % soledad emocional y 26,78 % soledad social), sobre todo para personas mayores de 65 años, que la situación se vuelve aún más aguda (39,81% soledad emocional y 9,14 % soledad social) y de 80 o más años (48 % soledad emocional y 34,83 % soledad social), ya que afecta a una parte muy importante de la población (Yanguas, 2018).

La prevalencia de la soledad emocional es mayor que la de la soledad social, con independencia de la edad, el género y el nivel educativo. No hay diferencias significativas en la soledad social entre mujeres y hombres. Sin embargo, la soledad emocional es un 5 % mayor en los hombres que en las mujeres (Yanguas, 2018).

Variables asociadas y consecuencias de la soledad

La soledad depende de la interacción mutua de diversas variables, algunas propias de la persona y otras externas al individuo (algunas bajo su influencia y otras que no dependen en absoluto de su voluntad) en mutua interacción (Victor et al., 2009; Victor y Sullivan, 2015):

- Factores intrapersonales: personalidad y “estilos” cognitivos (expectativas, evaluación de la situación por parte de la persona, etc.).
- Factores extrapersonales, como el “engagement interpersonal” (el funcionamiento social de la persona a lo largo de todo su ciclo vital); los eventos vitales que les suceden a las personas tanto relativos a su salud (enfermedades, etc.) como sociales (jubilación, viudez, pérdidas, marcha de los hijos/as a otros países, etc.); factores socioeconómicos (renta, existencia o no de servicios de atención); el “ambiente social” en el que viven (vivienda, barreras

arquitectónicas, equipamientos, tipo de comunidad más individualista o colectiva, ámbito rural versus urbano), etc.; estilos de vida (uso del tiempo libre, aficiones, etc.); factores culturales, estereotipos sociales (edadismo), etc.

Edad, nivel educativo y económico

En la sociedad, las características estructurales y sociales influyen en las oportunidades que tienen las personas para crear y mantener una red óptima de relaciones sociales (De Jong Gierveld, 1987). Sin embargo, los estudios empíricos sobre la soledad se han centrado fundamentalmente en los determinantes individuales, prestando mucha menos atención a las variables sociales. Así, la edad, el sexo, el estado civil y la salud son las principales variables utilizadas en los estudios sobre la soledad.

Con relación a la edad, como ya se ha mencionado anteriormente, existen datos contradictorios. Aunque existen datos objetivos que constatan que las personas mayores presentan mayor soledad (Coll-Planas et al. 2017; Victor, Scambler, Bowling y Bond, 2005; Fokkema et al. 2012), parece que existe mayor evidencia a favor de que la soledad es un sentimiento que está presente en todas las franjas de edad (Pyle y Evans, 2018; Yanguas, 2018).

El bajo nivel socioeconómico es otro factor sociodemográfico asociado con la soledad. La educación y los ingresos se han utilizado a menudo como indicadores del nivel socioeconómico. Se ha encontrado que estos dos indicadores están asociados con la soledad, en parte debido a las menores posibilidades de participación social y a que las redes sociales son más pequeñas entre las personas con bajos ingresos y educación (Jylhä y Saarenheimo, 2010; Pinquart y Sörensen, 2001; Routasalo y Pitkala, 2003; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg y Pitkala, 2005).

Estado civil, apoyo social y contactos

Entre los otros factores que influyen en la soledad se incluyen, por ejemplo, el estado civil, el apoyo social y los contactos sociales. Existe una gran cantidad de

investigaciones que muestran una asociación entre el estado civil y la soledad. Más específicamente, la pérdida de pareja es un predictor clave de la soledad en la vejez (Aartsen y Jylhä, 2011; Dahlberg y McKee, 2014; Dahlberg, Andersson, McKee y Lennartsson, 2015; Dykstra, Van Tilburg y De Jong Gierveld, 2005; Jylhä y Saarenheimo, 2010). A medida que las personas envejecen y se enfrentan a problemas de salud, los contactos sociales pueden enfocarse más en la necesidad de apoyo, y se ha encontrado que las personas con redes de apoyo social más grandes reportan menos soledad (Dahlberg, Andersson, y Lennartsson, en prensa; Dykstra y Fokkema, 2007). Los niveles bajos de contactos sociales también aumentan el riesgo de soledad (Ayalon, Shiovitz-Ezra y Palgi, 2013; Victor et al., 2009).

Problemas de salud

La soledad, es un potente pero poco conocido factor de riesgo que se asocia con morbimortalidad. Entre sus efectos hay que mencionar repercusiones en la salud física (enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación, problemas de sueño), y alteraciones en la salud mental (depresión, suicidio y abuso de alcohol y drogas, por ejemplo). Se sugiere que el aislamiento social, que a menudo se da a la vez que el sentimiento de soledad puede estar asociado a un aumento en la mortalidad general.

Se ha encontrado que las dificultades de movilidad están asociadas con la soledad (Aartsen y Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield, Shmotkin y Goldberg, 2009; Heikkinen y Kauppinen, 2011; Luanaigh y Lawlor, 2008). Es decir, las personas con un bajo funcionamiento físico tienen más probabilidades de experimentar la soledad (Aartsen y Jylhä, 2011; Honigh-de Vlaming et al., 2014; Jylhä, 2004; Routasalo y Pitkala, 2003), ya que las dificultades de movilidad pueden ser una barrera para el compromiso social (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007).

La mayoría de las personas experimentan la soledad en algún momento de sus vidas y aunque para la mayoría la soledad sea una experiencia transitoria sin consecuencias negativas duraderas, para algunas personas es una experiencia prolongada y dolorosa, con efectos perjudiciales para la salud mental y física (Cacioppo, Grippo, London, Goossens, y Cacioppo, 2015; Van Dulmen y Goossens, 2013). Si bien diversos estudios sobre la soledad con personas adultas han señalado una asociación positiva entre la soledad y sintomatología depresiva y ansiosa (p.e.,

Cacioppo y Patrick, 2008; Chang, 2018) no se puede saber si uno predice al otro o viceversa, y, por tanto, sería más adecuado hablar de la cocircunstancialidad de los fenómenos.

En un estudio reciente se analizaron datos de 20.503 personas de entre 16 a 74 años que vivían en Inglaterra (Jacob, Haro y Koyanagi, 2019). Buscaron vínculos entre vivir solos y las enfermedades mentales en general, e investigaron qué factores parecían estar influyendo en la relación. Su análisis mostró que el número de personas que viven solas ha crecido constantemente y que en todos los grupos de edad y género había una asociación significativa entre vivir solos/as y tener un trastorno mental. Cuando los/as científicos/as profundizaron en la relación entre los trastornos mentales y vivir solos/as, encontraron que la soledad explicaba el 84% de la asociación.

Variables sociales asociadas y la soledad

Una vez mencionados los factores principales que inciden en el sentimiento de la soledad, a continuación, se pasará a profundizar en aquellas variables que según la literatura científica se asocian significativamente con la exclusión social y/o la soledad. Cabe mencionar que hoy por hoy son escasos los estudios que recogen información acerca de la relación de dichas variables y aunque existan, están principalmente enfocados en personas mayores.

a) Género

La literatura científica no es concluyente en cuanto a los hallazgos que relacionan la soledad y el género. Una serie de estudios actuales señalan diferencias en la vivencia de la soledad entre los hombres y las mujeres. En esta línea, se comprueba que las mujeres en comparación con los hombres son significativamente más propensas a manifestar que se sienten solas (p.e., Víctor y Yang, 2012) y que realmente la soledad está más presente en ellas que en ellos (Aartsen y Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield et al., 2009; Dykstra, Van Tilburg, y De Jong Gierveld, 2005). Incluso, se ha llegado a constatar que la prevalencia de soledad entre las mujeres llega a ser más del doble que la de los varones (Holwerda et al., 2012).

Pero no todos los estudios confirman dichas diferencias. En concreto, en la revisión de Pinquart y Sörensen (2001) se halló que las diferencias de soledad en función del género explicaban tan solo el 0,6% de la varianza. Trabajos recientes realizados con personas mayores (Pinazo y Donio, 2018) y con población general (Castro, 2016; Dahlberg et al., 2015) han constatado que la variable género no tiene capacidad de predecir la soledad por sí sola.

Profundizando en los motivos que pueden explicar que en ocasiones las mujeres manifiesten más soledad, mientras que en otras no haya diferencias o los hombres puedan ser más propensos, hay que tener presente cuestiones como los instrumentos de medida utilizados, las circunstancias desfavorables asociadas a la condición de mujer y las diferentes formas de relacionarse que tienen hombres y mujeres y su repercusión en la soledad.

Respecto al tipo de instrumento utilizado, se ha observado que determinadas prácticas metodológicas pueden estar contribuyendo a esas diferencias de género. Cuando se pregunta sobre la soledad con preguntas directas, bien con una única pregunta (Jyhlä, 2004) bien con varias preguntas (Nicolaisen y Thorsen, 2014; Perlman, 2004), los hombres parecen estar menos dispuestos a expresar sus sentimientos. En cambio, cuando se utilizan escalas en donde no aparece escrita la palabra “soledad”, los efectos de género disminuyen o incluso desaparecen (Adams, Sanders y Auth, 2004). Por otro lado, Steed, Boldy, Grenade y Iredell (2007) hallaron que al utilizar la Escala de Soledad De Jong Gierveld, los hombres puntuaron menos en soledad emocional y más en soledad social que las mujeres (Dykstra y De Jong Gierveld, 2004).

En cuanto a las circunstancias desfavorables asociadas a la condición de mujer, tal y como se explicaba en el apartado de exclusión social, las diferencias podrían ser explicadas no simplemente como una cuestión exclusiva del género en sí, sino por el cúmulo de circunstancias que se pueden asociar a la condición de ser mujer y, además, madre soltera, o migrante, o sin trabajo, o sin estudios, etc. Por ejemplo, en el caso de las mujeres mayores, como señalan Pinazo y Donio (2018), las mujeres suelen ser más longevas que los hombres, estando más predispuestas a vivir solas cuando se hacen mayores, ya sea por viudedad o por la pérdida de otras personas de su generación.

Y con relación al tipo de interacción, se han identificado claras diferencias de género en la forma en que las personas se relacionan con las demás, lo que podría contribuir a aumentar la probabilidad de que los hombres se sintieran más solos. Mientras las mujeres suelen contar con redes sociales más diversas que incluyen relaciones cercanas con familiares, amigos y vecinos/as, los hombres tienden a centrarse más en las relaciones de intimidad con su pareja (Antonucci et al., 2002). Otra investigación sugiere que las mujeres mayores perciben más cercanía en sus relaciones sociales que los varones y que es más frecuente que tengan en su red social a un miembro cercano aparte de sus cónyuges (Green, Richardson, Lago y Schatten-Jones, 2001). Asimismo, la soledad de los hombres depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se asocia más con la falta de relaciones cercanas (Buz y Prieto, 2013). Todo ello pondría a los hombres mayores en una posición más vulnerable al sentimiento de soledad en los casos en que falten sus cónyuges y se vean obligados a vivir solos.

b) Áreas rurales y urbanas

El estudio sobre la soledad en áreas rurales y urbanas se ha centrado especialmente en las personas adultas mayores, lo que impide saber qué es lo que ocurre en otras franjas de edad.

Datos recientes del INE (2019) (Abellán et al., 2019), muestran que en España el mayor número de personas de edad se concentra en los municipios urbanos, sin embargo, el envejecimiento (proporción de personas mayores respecto al total) es mucho más acentuado en el mundo rural. Por ejemplo, en zonas urbanas residen más de 6 millones de personas mayores mientras que en zonas de menos de 10.000 habitantes viven 2 millones de personas. Sin embargo, mientras que en las primeras representan el 18,3% de la población urbana total, las segundas representan el 28,4% de la población rural.

Las áreas rurales, en comparación con las urbanas, tienen determinadas características que pueden poner a sus residentes en riesgo de disminuir las oportunidades sociales, con la repercusión que ello tiene en la soledad y/o el aislamiento social a medida que envejecen. Estas características hacen alusión, entre otras cosas, a un servicio de transporte público menos accesible, mayores dificultades

para el mantenimiento de las instalaciones públicas (por ejemplo, caminos y aceras), recursos limitados o inexistentes relacionados con los puntos de venta comerciales, servicios de salud, asistencia social (Age UK, 2013; Le Mesurier, 2003; Philip y Gilbert, 2007).

A pesar de que algunas investigaciones muestran que los adultos mayores que viven en áreas rurales en comparación con la que viven en áreas urbanas tienen más probabilidades de experimentar la soledad (Drennan et al., 2008) y el aislamiento social (Jivraj, Nazroo y Barnes, 2012), pocos estudios se han dedicado a comprender la soledad y el aislamiento social en una población rural (Burholt y Dobbs, 2012).

En un estudio realizado con adultos mayores británicos en el entorno rural (De Koning, Stathi y Richards, 2017), se encontró que el 49% se sentía aislado/a de su familia y el 9% de su comunidad, pero al preguntar por el sentimiento de soledad se observó que el porcentaje era menor al del aislamiento familiar, el 13% de los/as participantes refirieron sentirse solos/as. En este estudio, comprobaron que lo que precedía la soledad era la viudez, las dificultades económicas, la privatización de áreas y las deficiencias referidas en la salud física y mental. Un factor importante de esta investigación fue que hallaron que el único predictor común tanto para la soledad, como para el aislamiento de la familia y la comunidad era el “ageing in place” (envejecer en la casa propia/lugar de siempre). Se resalta así, la importancia de poder envejecer en el lugar de siempre con respecto a las conexiones sociales, ya que el desplazamiento a una nueva área a una edad más avanzada puede poner a los individuos rurales y urbanos en riesgo de soledad y/o aislamiento social.

En una comparación cualitativa de estudios de caso entre personas adultas de habla inglesa de entornos urbanos y rurales, se encontró que la presencia de contactos sociales locales de apoyo fue beneficiosa para mantener una participación activa en sus comunidades (De Koning, Stathi y Fox, 2015). Sin embargo, las personas adultas mayores que viven en zonas rurales pueden ser particularmente propensas a reubicarse a una edad mayor y perder el contacto con la comunidad de su vecindario. Además, se ha observado que los/as adultos/as mayores que viven en áreas rurales tienen más de un 30% de probabilidades de mudarse (ya sea a zonas rurales o urbanas) que aquellos/as que viven en las principales conurbaciones (Wu, Prina, Barnes, Matthews y Brayne, 2015).

Cabe señalar que la investigación no es concluyente sobre si es más probable que los/as adultos/as mayores en áreas rurales refieran sentirse más solos/as en comparación con las personas que residen en zonas urbanas (Iparraguirre, 2017; Víctor et al., 2012). De hecho, algunos trabajos han informado que los/as adultos/as mayores que viven en áreas urbanas tienen un mayor riesgo de soledad (Ferreira-Alves et al., 2014; Gené-Badia et al., 2019; Milbourne, 2012; Routasalo Savikko, Tilvis, Strandberg y Pitkälä, 2006; Savikko et al., 2005). Por ejemplo, Gené-Badia et al. (2019) observaron que un tercio de las personas mayores de 65 años del área urbana de Barcelona se encuentran en riesgo de aislamiento social y se sienten solas, una proporción similar a la de los entornos urbanos de países desarrollados (Beutel et al., 2017).

c) Vivienda y el entorno ambiental

Tal y como ocurre con otras situaciones, la mayoría de los estudios realizados en cuanto a la relación que tienen las condiciones de la vivienda, el entorno, la accesibilidad y la convivencia con la soledad, están hechos con población mayor.

El último informe realizado por el IMSERSO sobre las personas mayores en España (2016) (Vidal et al., 2017) pone de manifiesto que el 22,37% de las personas mayores viven solas en España. En general, esto se debe a que, tras perder a la pareja, la permanencia en el hogar propio es la opción cada vez más preferida por las personas mayores en España, tanto en el ámbito rural como en el urbano, y esta preferencia se mantiene por encima de los 80 años. Las mujeres tienen una probabilidad 2,4 veces superior de encabezar un hogar unipersonal que los hombres debido a su mayor supervivencia y a la tendencia tradicional de formar pareja con hombres mayores que ellas (Vidal et al., 2017). El hogar se presenta como el lugar donde mejor se manejan, ya que dispone del orden que ellos/as han creado, por ello se manifiestan reticentes a abandonarlo (Alonso, 2008).

Hay que tener en cuenta que vivir solo/a no conlleva que las personas sean autónomas. De hecho, en la población general española se sabe que la mitad de las personas mayores de 74 años tiene algún tipo de discapacidad, y a partir de los 85 años, tres de cada cuatro personas manifiestan verse limitadas por algún problema de salud. Por otro lado, para poder financiar la soledad residencial es necesario disponer

de medios económicos, sin embargo, la renta de las personas mayores por lo general es baja, especialmente en los hogares unidimensionales (Vidal et al., 2017).

La situación en cuanto a número de hogares unipersonales, limitaciones de salud y de recursos económicos, ponen en evidencia la necesidad de generar medidas dirigidas a las actuales familias y a las personas cuidadoras que aseguren la continuidad de los cuidados y faciliten la integración de las personas mayores en la sociedad mediante la creación de espacios amigables (Marin y Zaidi, 2017). Otro factor clave sería disponer de una red de cuidados formales e informales, así como de una red de amistades y familiares con quienes poder contar y tener acceso a los servicios de salud primarios (Rolls, Seymour, Froggatt y Hanratty, 2010). Igualmente, para la adaptación de la vivienda, es necesaria la provisión de ayudas destinadas a habilitar la realización de actividades de la vida diaria en el hogar (Alonso, 2008).

Además de la vivienda, es importante que el entorno ambiental sea accesible, limpio, iluminado, comunicado y con mobiliario urbano utilizable (Casas et al., 2001). De hecho, la configuración de la ciudad es un elemento para explicar la soledad, ya que el entorno de la vivienda tiene que asegurar condiciones para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria con total normalidad, aunque sea inevitable contar con algunos apoyos. Sin embargo, cuando el ambiente resulta un espacio hostil, existe riesgo de aislamiento (Gallo y Molina, 2015).

En cuanto a los recursos sociosanitarios existentes en la comunidad, las personas mayores y sus familias no tienen el mismo conocimiento. Aquellas personas que tienen un nivel educativo bajo son muy mayores y requieren más ayuda se ha comprobado que poseen menos información (Ortiz, 2004), ya que les cuesta identificar los recursos que existen y el funcionamiento de los mismos. Además, a veces estas personas muestran resistencias a aceptar que necesitan apoyo. Por lo tanto, se puede decir que el desconocimiento y las barreras burocráticas o de accesibilidad impiden el uso de los recursos existentes, lo que pone de manifiesto la necesidad de impulsar redes de información sobre la disponibilidad de estos recursos o servicios y las actividades (Gallo y Molina, 2015).

Según Pinazo y Donio (2018) para que las personas mayores puedan seguir viviendo en su casa son necesarios al menos tres elementos: que las características del

entorno físico sean adecuadas (vivienda y entorno comunitario), que haya recursos materiales disponibles y que exista una red social que proporcione apoyo.

d) Sinhogarismo

Todo el mundo debería de tener el derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, pero esto en la práctica no se da. En el mundo se encuentran muchas personas en situación de calle por las múltiples razones como pueden ser la crisis financiera, violencia familiar, migración, una ruptura sentimental, las políticas urbanas, etc. Sinhogarismo sería el término que encasilla a las personas que no tienen un lugar propio donde vivir, a consecuencia de ello, esta población se ve obligada a quedarse por un periodo de tiempo en espacios privados (por ejemplo, edificios abandonados); espacios públicos como pueden ser parques, plazas y calles, y en viviendas institucionales como albergues temporales (Ortega, Ramírez y Simmonds, 2019). De ahí que para estas personas el espacio público sea tan importante en sus vidas diarias, especialmente para aquellas personas que pernoctan en la vía pública o en albergues temporales y se ven obligadas a vivir mucho tiempo en esos espacios. Es claro que las personas necesitamos un espacio físico adecuado, seguro y estable para poder desarrollarnos y cubrir nuestras necesidades básicas, que serían dormir, asearnos o socializarnos. Se ha visto que en las sociedades occidentales el derecho a la vivienda es necesario para garantizar otros derechos y satisfacer las necesidades básicas. Por consiguiente, no poder acceder ni mantener una vivienda digna lleva a las personas sin hogar a utilizar el espacio público como vía para cubrir sus necesidades (Ferrerías y Evangelista, 2018).

Además, cabe añadir a todo lo comentado que se ha generalizado un estigma social hacia estas personas. Según Bachiller (2010), el origen de los estigmas que sufren las personas sin hogar responde a verse obligada a desarrollar en el espacio público las actividades que la sociedad ha designado al ámbito privado. También se ha entendido que toda persona que está en la calle es por culpa de drogas y alcohol (Ortega et al., 2019). El hecho de que estén estigmatizados/as les condiciona las sociabilidades (Snow y Anderson, 1993). Asimismo, los vínculos que establecen las personas que si gozan el derecho de una vivienda digna con quienes viven en las calles

de sus barrios suelen delimitarse bajo una lógica jerárquica, paternalista, marcada por el estigma y el asistencialismo (Bachiller, 2010).

En cuanto a la salud mental y personas sin hogar, Panadero y Vázquez (2012) afirman que estas personas tienen mayor prevalencia de sufrir enfermedades mentales que la población general e incluso también a la de otros grupos económicamente desfavorecidos. Las cifras de personas sin hogar en España con trastornos psicológicos o psiquiátricos se sitúan entre el 20% y el 52% (Cabrera y Rubio, 2008; Lucas et al., 1995; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995). Dentro de los problemas de salud mental que afectan a las personas en esa situación se encuentran la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Muñoz, Pérez y Padero, 2004). Mientras que diferentes autores/as comentan que las personas que padecen enfermedades mentales, debido a la escasa red social de apoyo que poseen, pueden terminar en la calle (Muñoz et al., 2004); también existen reflexiones (FEAFES, 2014) que afirman que a causa de la situación de exclusión extrema que sufren las personas sin hogar, son más propensas a sufrir problemas psiquiátricos y que los/as que ya los/as padecen tengan altas posibilidades de agravar su padecimiento.

e) Personas migrantes

Las múltiples y diversas situaciones y cambios que las personas viven y afrontan al cambiar de país, son las que pueden provocar que las personas migrantes se sientan solas y/o tengan riesgo de vivir situaciones de exclusión.

Intentando reducir todos los condicionantes de la migración, se podría decir que hay dos hechos que pueden vincular la migración con la soledad, y son el duelo migratorio y la adaptación sociocultural a la sociedad receptora.

La salida de sus países de origen y la separación de su entorno conlleva un proceso de duelo migratorio por la “pérdida” de la familia y amigos, de la lengua, de la cultura, de la tierra, del estatus social, del contacto con el grupo étnico, y, de la percepción de integridad física (Achotegui, 2004). En esta situación aparecen emociones de tristeza, soledad, nostalgia e incertidumbre, que son propias del proceso migratorio y sólo son preocupantes cuando superan las capacidades adaptativas de las personas (Achotegui, 2008).

La expresión del duelo se produce antes en las mujeres migrantes que, en los hombres migrantes, lo que posibilita su rápida elaboración (Achotegui, 2002). La socialización de género en cuanto a la expresión emocional facilita que las mujeres muestren más fácilmente emociones como la tristeza o la soledad (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006). Por otro lado, la cultura influye en la interpretación del dolor en la forma de afrontarlo, y en cada sociedad existen reglas culturales que regulan lo que es o no es apropiado expresar (Diener, 1984). Esto puede influir en la mayor o menor expresión de las emociones, que no debe confundirse con lo que realmente sienten esas personas. Por lo general, existe mayor expresividad emocional en las culturas individualistas, femeninas, con gran control de la incertidumbre y de baja distancia jerárquica (Hofstede, 1999).

Al llegar a la sociedad receptora, las personas migrantes se encuentran con nuevos códigos culturales y de comunicación, unidos a la necesidad de asegurarse los recursos mínimos de supervivencia (Berry, 2006). Entre otras, la búsqueda de alojamiento, de empleo, la regularización de los permisos, etc. Este proceso puede estar lleno de dificultades y ser muy estresante (p.e., Berry, 2006; Singh, McBride y Kak, 2015), y las personas migrantes tienen el riesgo de padecer situaciones de gran vulnerabilidad y/o exclusión social como no encontrar alojamiento o vivir en el hacinamiento, estar desempleadas o tener una situación laboral precaria, no tener permiso de residencia y/o trabajo, no dominar el idioma, vivir situaciones de rechazo y discriminación, ausencia de apoyo social, etc. En general, las mujeres migrantes (p.e., Isaakyan y Triandafyllidou, 2016) y las personas con mayor distancia cultural (p.e., Wilson, Ward, Fetvadjiev y Bethel, 2017) respecto a la sociedad receptora se enfrentan a mayores dificultades socioeconómicas y culturales y a más situaciones de rechazo y discriminación. La persona migrante, al verse alejada de cosas y personas con las que tenía una gran vinculación, intenta crear nuevas relaciones. Sin embargo, el establecer nuevas relaciones no resulta tan fácil, ya que el problema del idioma, la pobreza de redes sociales y el desconocimiento de las maneras de “ser y estar” de la sociedad de acogida lo hacen más complicado. La falta de los recursos fundamentales para establecer vínculos, especialmente la familia (a través de la cual se articulan muchos de los contactos sociales) y los compañeros/as de trabajo, pueden generar una enorme sensación de soledad. También es frecuente buscar la soledad como refugio y como conexión con lo perdido (aflicción) (Calvo, 2003).

Una investigación realizada en Alemania con mujeres árabes mostró que la soledad que sufrían porque su pareja pasaba mucho tiempo en el trabajo y porque su círculo de amistades era pequeño, provocaba niveles altos de estrés (Irfaeya Maxwell y Krämer, 2008).

En algunas investigaciones llevadas a cabo en Reino Unido sobre la soledad en personas mayores y las minorías étnicas (Antrobus et al., 2014), se ha visto que una característica demográfica relevante es que las personas mayores negras y de minorías étnicas tienen muchas más probabilidades de vivir en la pobreza. Al igual que con las minorías étnicas en general, esto se explica tanto por sus salarios más bajos como por su mayor probabilidad de desempleo. Como consecuencia, mientras menos del 18% de las personas jubiladas blancas viven en la pobreza, casi la mitad de los/as pensionistas pakistaníes y bangladesíes son pobres, y aproximadamente el 30% de las personas indias, caribeñas negras y chinas viven en la pobreza. Cabe señalar que existe un alto nivel de correlación entre la soledad y la pobreza (Antrobus et al., 2014).

También se puede observar que algunos grupos de personas mayores pertenecientes a minorías étnicas experimentan niveles de soledad mucho más altos que los/as británicos/as blancos/as: 24% a 50% de las personas nacidas en China, África, el Caribe, Pakistán y Bangladesh informa que están solas. Los nacidos en la India informaron tasas mucho más bajas con alrededor del 8-10% de las personas mayores que se sienten solas, un nivel similar al de las personas mayores blancas británicas (Victor et al., 2012).

En nuestro contexto social inmediato, en un estudio realizado con 65 personas migrantes de primera generación residentes en Gipuzkoa (Salaberria y Sánchez, 2017), se ha puesto de manifiesto que la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática son afecciones que se dan entre los/as migrantes con mayor frecuencia que entre la población española, y se pueden articular con el desarraigo, la soledad, la discriminación y la marginación (Cerezo, 2016; Olivos, 2010). Las personas migrantes del estudio de Salaberria y Sánchez (2017) presentan intensos sentimientos de soledad, de tristeza, de sentirse atrapados/as, desesperanzados y con la sensación de que todo requiere un gran esfuerzo, su nivel de autoestima es bajo.

En otros dos estudios también realizados en Gipuzkoa con población latinoamericana, magrebí y de Europa del Este (Elgorriaga, Martínez-Taboada y

Arnosó, 2008; Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga, 2006), se comprobó que entre el 40-45% de las personas migrantes sentía soledad. Cuando se analizaba esta emoción en función de su situación socioeconómica (en acogimiento o dependientes de instituciones, de Adaptación o con apoyo puntual de instituciones, y, de Autonomía social) se comprobaba que las emociones de soledad estaban más presentes en las personas en una situación de Acogida, y descendían por debajo del 10% en las personas con autonomía social.

f) Personas que se identifican como LGBTIQ+

Hay diversos estudios que señalan que las personas que se identifican como LGBTIQ+ tienden a sentir con más frecuencia la soledad (p.e., Anderson y Thayer, 2018; Fokkema y Kuyper, 2009).

Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos (Anderson y Thayer, 2018), afirma que aquellas personas que se identifican como LGBTIQ+ tienen un mayor riesgo de soledad crónica. Dicho estudio incluyó una muestra representativa de personas LGBTIQ+ para explorar en qué medida la orientación sexual y la identidad de género podrían afectar a la prevalencia de la soledad en adultos de 45 años o más. Los resultados muestran que la soledad es más frecuente en la comunidad LGBTIQ+. La mitad (49%) de los adultos mayores y de mediana edad que se autoidentifican como LGBTIQ+ se clasifican como solitarios, en comparación con el 35% de los individuos que no se identifican como LGBTIQ+, y en comparación con los adultos de 45 años o más en general.

Otros estudios recientes realizados en Holanda mostraron que los adultos LGB holandeses de más edad estaban más solos que sus pares heterosexuales (Fokkema y Kuyper, 2009). Además, existe cierta evidencia empírica de que las personas mayores LGB holandesas son generalmente más propensas a la soledad que los adultos mayores heterosexuales en términos tanto emocionales como sociales (Fokkema y Kuyper, 2009).

Fokkema y Kuyper (2009) estudiaron si las diferencias en la soledad podrían atribuirse a diferencias en la integración social (por ejemplo, tener pareja, tener contacto frecuente con otras personas o visitas a la iglesia) u otros factores no sociales

(salud, condiciones de vida, autoestima y estatus socioeconómico). Aunque ambos tipos de factores fueron importantes predictores, un porcentaje sustancial de la variación en la soledad quedó sin explicación. Por lo tanto, parecía plausible que los factores específicos de LGB (como los estresores de las minorías) también contribuyan a niveles más altos de soledad entre los LGB de mayor edad.

Entre 2010 y 2011, en Inglaterra, Escocia y Gales, Guasp, Statham y Jennings (2010) compararon las experiencias de vida de más de 2.000 personas lesbianas, gays y bisexuales mayores de 55 años con las experiencias de las personas heterosexuales. Los resultados mostraron que, en comparación con las personas heterosexuales, las personas mayores lesbianas, gays y bisexuales tienen más probabilidades de ser solteras, más probabilidades de vivir solas y menos probabilidades de ver a un miembro de la familia biológica de forma regular. En cierto modo, estos hallazgos no son sorprendentes, ya que muchos encuestados crecieron en un momento en que era ilegal ser gay, cuando a los maestros se les prohibía mencionar la orientación sexual en el aula, y cuando era muy común que enfrentaran el rechazo de sus familias solo por amar a quienes amaban.

Instrumentos para medir la soledad

Son diversos los instrumentos de medida que se utilizan para medir la soledad. Los instrumentos más conocidos y utilizados en diferentes investigaciones son: la Escala de la Soledad de De Jong Gierveld (1980), la Escala de la Soledad UCLA (1970; 2004), el instrumento de medida de ‘The Campaign to End Loneliness’ (2014), y la ‘Escala’ de un solo ítem (1948). En la siguiente tabla se recogen las principales características de cada una de las escalas, así como sus fortalezas y debilidades (ver Tabla 2).

Tabla 2. Características de las diferentes escalas para medir la soledad

	Instrumento de medida de ‘The Campaign to End Loneliness’ (2014)	Escala de la Soledad de De Jong Gierveld (1980)	Escala de la Soledad UCLA (Versión original, 1970; Escala reducida, 2004)	‘Escala’ de un solo ítem (1948)
Resumen	<p>Longitud: 3 preguntas Lenguaje: Lenguaje positivo Creado para: Proveedores de servicios No menciona la soledad Adecuada en caso de: querer una herramienta breve y de simple redacción, fácil de usar</p>	<p>Longitud: 6 preguntas Lenguaje: Combina lenguaje positivo y negativo Creado para: Investigadores No menciona la soledad Adecuada en caso de: querer una herramienta académicamente rigurosa que distinga entre diferentes causas de la soledad</p>	<p>Longitud: 3 preguntas Lenguaje: Lenguaje negativo Creado para: Proveedores de servicios No menciona la soledad Adecuada en caso de: querer una herramienta breve y académicamente rigurosa, con un método de puntuación simple</p>	<p>Longitud: 1 pregunta Lenguaje: Lenguaje negativo Creado para: Investigadores Sí menciona la soledad Adecuada en caso de: querer alcanzar el corazón de la cuestión con solo una pregunta</p>
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje positivo sobre un tema difícil: poco intrusivo y poco probable que genere angustia • Práctico • Co-diseñado • Breve y fácil de puntuar • Validado 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes tipos de soledad: emocional y social • Diseñada para personas mayores y validada con muestras extensas de personas +18 • Ampliamente utilizada y probada • Evita respuestas automáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente utilizada: La escala original ha sido citada más de 1,500 veces • Se puede utilizar de varias formas: cuestionario autocumplimentado o mediante entrevista telefónica • Permite comparabilidad con estudios nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Breve y permite empezar una conversación más profunda • Apropia para personas mayores • Se utiliza frecuentemente en investigaciones • Desafía el estigma
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El más reciente • Solo utiliza lenguaje positivo • No es una herramienta de cribado 	<ul style="list-style-type: none"> • Longitud: puede dificultar su inserción en el monitoreo y la evaluación existente al ser diseñado inicialmente para investigadores/as y su uso con población más amplia • Dificultad para hacer preguntas de manera negativa sobre un tema sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Originalmente elaborada con estudiantes de EE.UU • Sólo utiliza lenguaje negativo • Fácil distorsión de los resultados • Dificultad para hacer preguntas de manera negativa sobre un tema sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser fiable • ¿Ignora el estigma? • Puede resultar demasiado abierto o puede hacer que sea más difícil captar gradaciones más pequeñas de cambio en la soledad • Limitaciones al agregar un periodo de tiempo

Elaboración propia a partir de Goodman, Wrigley, Silversides y Venus-Balgorin (2015)

Revisión de los programas de intervención para reducir la soledad que se han mostrado eficaces

La mayoría de las intervenciones y programas evaluados orientados a hacer frente a los sentimientos de la soledad están enfocados para las personas mayores. Por este motivo, en este apartado se recogen los hallazgos más relevantes y recientes en cuanto a las características y temáticas de las intervenciones que han resultado ser eficaces para el logro de la disminución de la soledad en personas mayores, fundamentalmente. A continuación, se presentan los principales resultados de las revisiones consultadas acerca de las intervenciones para reducir la soledad.

a) Metaanálisis sobre intervenciones para reducir la soledad (Masi, Chen, Hawkley y Cacioppo, 2011)

El metaanálisis llevado a cabo por Masi et al. (2011) acerca de las intervenciones para reducir la soledad comprueba que desde 1984, seis artículos han revisado la literatura sobre estrategias para reducir la soledad, el aislamiento social o ambos. De estas revisiones, todas son cualitativas y discuten cuatro estrategias principales de intervenciones de reducción de la soledad: (a) mejorar las habilidades sociales, (b) mejorar el apoyo social, (c) aumentar las oportunidades para la interacción social, y (d) actuar sobre los pensamientos sociales maladaptativos.

A continuación, se presentan las conclusiones más relevantes extraídas de esas seis revisiones.

La primera revisión citó más de 40 intervenciones de reducción de la soledad que se remontan a la década de 1930 (Rook, 1984). La mayoría de estas intervenciones se enfocaron en las cuatro categorías descritas anteriormente. Dependiendo del estudio, las intervenciones para mejorar las habilidades sociales enfatizaron uno o varios de los siguientes: habilidades de conversación, hablar por teléfono, dar y recibir cumplidos, el manejo de períodos de silencio, la mejora el aspecto físico, los métodos de comunicación no verbales y el abordaje de la intimidad física.

Una intervención para mejorar habilidades sociales entre estudiantes universitarios/as que se sentían solos/as se asoció con una disminución de la soledad, la autoconciencia y la timidez, en comparación con dos grupos de control (Jones, Hobbs y Hockenbury, 1982). Las primeras intervenciones que buscaban mejorar el

apoyo social se pusieron en marcha para los más afectados (Vachon, Lyall, Rogers, Freedman-Letofsky y Freeman, 1980), para los/as ancianos/as cuyas redes personales habían sido interrumpidas por la reubicación (Kowalski, 1981) y para los/as niños/as cuyos padres y madres se habían divorciado (Wallerstein y Kelly, 1977). Todas demostraron ser efectivas para reducir los sentimientos de soledad. Se ha visto que el aumento de oportunidades para la interacción social también reduce la soledad (Pilisuk y Minkler, 1980). Son ejemplo de ello las redes informales de apoyo que se forman al trabajar en interacción con otras personas.

Finalmente, los programas que se enfocaron en la cognición social inadaptada o los pensamientos sociales maladaptativos a través de la terapia conductual cognitiva (TCC) parecieron tener cierto éxito en la reducción de la soledad (Young, 1982). La clave de esta intervención fue enseñar a las personas a identificar los pensamientos negativos automáticos y a ponerlos en duda.

Una segunda revisión realizada en 1990 también identificó la capacitación en habilidades sociales, las oportunidades para la interacción social y la TCC como potencialmente eficaces para reducir la soledad (McWhirter, 1990). El autor señaló que, aunque el entrenamiento en habilidades sociales se desarrolló inicialmente para reducir la ansiedad y la timidez, se ha adaptado con éxito para tratar la soledad (Twentyman y Zimering, 1979). Otros programas han logrado el éxito al brindar a las personas la oportunidad de encontrar a otros con objetivos comunes y al organizar actividades de interés para pequeños grupos de personas que se sienten solas (Cutrona y Peplau, 1979). Algunos estudios demostraron que combinar la TCC con el entrenamiento en habilidades sociales fue más efectivo que cualquiera de las intervenciones por separado (Glass, Gottman y Shmurak, 1976; Rook y Peplau, 1982).

Una tercera revisión examinó 21 intervenciones diseñadas para reducir la soledad entre las personas mayores (Cattan y White, 1998). Aunque no se proporcionaron referencias a las intervenciones específicas, los autores las agruparon en cuatro categorías: (a) actividades grupales, (b) intervenciones individuales, (c) prestación de servicios y (d) enfoques comunitarios.

La cuarta revisión recogida identificó 17 intervenciones publicadas entre 1982 y 2002 (Findlay, 2003) que buscaban reducir los sentimientos de soledad. Este informe utilizó un esquema de clasificación similar al de Cattan y White (1998),

(intervenciones grupales, intervenciones individuales, provisión de servicios y uso de Internet). Aunque esta tipología no coincide perfectamente con la de Rook (1984) o McWhirter (1990), la mayoría de los estudios abordaron las habilidades sociales, el apoyo social, las oportunidades para la interacción social o la cognición social. Por ejemplo, las intervenciones individuales incluyeron programas telefónicos y de portero diseñados para mejorar la interacción social y el apoyo social, respectivamente. De manera similar, las intervenciones grupales incluyeron teleconferencias, grupos de apoyo y entrenamiento del enriquecimiento de la amistad, que también fueron diseñados para mejorar la interacción social y las habilidades sociales. Las intervenciones de prestación de servicios se centraron en el apoyo social, mientras que los programas de Internet representaron un enfoque para aumentar las oportunidades de interacción social.

La quinta revisión corresponde a Cattán, White, Bond y Learmouth (2005) que realizaron una revisión cualitativa de los estudios publicados entre 1970 y 2002 y encontraron 30 artículos que evaluaron las intervenciones de prevención de la soledad entre las personas adultas mayores. En esta revisión, se utilizó la tipología anterior (actividades de grupo, asesoramiento individual, prestación de servicios y desarrollo comunitario). Estas categorías fueron refinadas para incluir actividades grupales con un componente educativo; intervenciones grupales para brindar apoyo social; visitas domiciliarias para proporcionar evaluaciones, información o servicios sociales; visitas domiciliarias o contacto telefónico para proporcionar asistencia directa o resolución de problemas; e intervenciones individuales para proporcionar apoyo social.

La última revisión que contempla este metaanálisis examinó 36 estudios y se centró en personas con enfermedad mental grave, una población cuya prevalencia de soledad es aproximadamente el doble que la población general (Perese y Wolf, 2005). Las intervenciones para reducir la soledad en este grupo fueron similares a las desarrolladas para la población general. Se observó que los grupos de apoyo eran el método principal para la capacitación en habilidades sociales en esta población. En un estudio, este enfoque se asoció con una disminución de las necesidades que se generan por las insatisfacciones en la red de amistades (Perese y Wolf, 2005). Aunque pocos estudios han evaluado este enfoque, un estudio encontró que los grupos de ayuda mutua redujeron los síntomas psiquiátricos, las hospitalizaciones y el aislamiento social entre los enfermos mentales (Galanter, 1988).

Según Perese y Wolf (2005), una forma de aumentar las oportunidades para la interacción social es entablar amistades, que “apunta a desarrollar una relación entre individuos que sea diferente de las relaciones profesional/cliente” (Cox, 1993). Originalmente desarrollado para reducir la soledad, sus objetivos han crecido para incluir mejorar la calidad de vida, reducir el aislamiento social, ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades emocionales y promover y mantener la salud mental (Andrews, Gavin, Begley y Brodie, 2003). Aunque la amistad parece reducir el aislamiento social, los estudios hasta la fecha no han evaluado el efecto de la amistad en la soledad entre las personas con enfermedades mentales o la población general. Finalmente, los déficits en la cognición social se abordaron a través de grupos de autoayuda, que intentaron cambiar el pensamiento de negativo y temeroso a positivo y autosuficiente (Murray, 1996). La revisión observó que es escasa la investigación ha evaluado la eficacia de este enfoque. Sin embargo, un estudio encontró que los miembros de la familia que asistieron a grupos de autoayuda informaron mejoras en sus relaciones con los miembros de la familia con enfermedades mentales (Heller, Roccoforte, Hsieh, Cook y Pickett, 1997).

En la siguiente tabla se presentan las principales estrategias de intervención para la reducción de la soledad: a) mejorar las habilidades sociales; (b) mejorar el apoyo social; (c) aumentar las oportunidades para la interacción social y (d) actuar sobre los pensamientos sociales maladaptativos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Estrategias de intervención para reducir la soledad

Autores/as y año	Herramientas	Efecto beneficioso
Rook, 1984	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de conversación, hablar por teléfono, dar y recibir cumplidos, el manejo de períodos de silencio, la mejora el aspecto físico, los métodos de comunicación no verbales y el abordaje de la intimidad física. • Ofrecer oportunidades para la interacción social • Terapia Cognitiva Conductual (TCC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad • Mayor autoconciencia • Creación de redes de apoyo informales • Reducción de los pensamientos automáticos maladaptativos
McWhirter, 1990	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en habilidades sociales • Oportunidades para la interacción social • Terapia Cognitiva Conductual (TCC) • Encuentros con personas con intereses similares 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad • Reducción de la timidez y la ansiedad
Cattan y White, 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades grupales: grupos de autoayuda o grupos específicos dirigidos • Intervenciones individuales • Prestación de servicios • Enfoques comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad
Findlay, 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones grupales • Intervenciones individuales • Provisión de servicios • Uso de Internet 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad
Cattan, White, Bond y Learmouth, 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de grupo con componente educativo o grupos específicos dirigidos • Asesoramiento individual • Prestación de servicios: visitas domiciliarias o contacto telefónico • Desarrollo comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad
Perese y Wolf, 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de apoyo • Grupos de ayuda mutua • Capacitación en habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la soledad • Satisfacción de necesidades sociales y emocionales • Reducción de los síntomas psiquiátricos, las hospitalizaciones y el aislamiento social • Mayor calidad de vida • Mejoras en los pensamientos maladaptativos • Mejoras en las relaciones familiares

Fuente: Masi et al. (2011)

b) Metaanálisis sobre la efectividad de las intervenciones sobre la soledad (Poscia et al., 2018)

Un metaanálisis reciente (Poscia et al., 2018) realizado con el objetivo de actualizar el conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a aliviar la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores, basándose en estudios

cuantitativos concluyó que seis de las once intervenciones grupales (55%), una de cada cuatro intervenciones mixtas (25%) y tres de las tres intervenciones individuales (100%) tuvieron un efecto significativo sobre el aislamiento social o la soledad. Estas cifras son algo diversas a los resultados de revisiones anteriores publicadas en este campo (ver Tabla 4).

Tabla 4. Estrategias de intervención para reducir la soledad

Autores/as y año	Tipo de Intervención	Intervención	Efectos
Bøen et al., 2012	G	Programa preventivo para centros de personas mayores, que aborda problemas psicosociales. Se incluyeron grupos de discusión y entrenamiento físico.	Aumento no significativo en el apoyo social en ambos grupos (intervención y control), pero fue mayor en el grupo de intervención.
Perkins, 2012	G	Programa estructurado de terapia hortícola que consiste en: 1) Herb of the Day (Planta del Día), 2) Aprender una técnica de siembra, 3) Actividad principal y 4) Cocinar un snack.	Los resultados indican que no hay diferencias significativas en las puntuaciones previas y posteriores a la prueba entre los dos grupos (intervención y control) para el bienestar, la experiencia en el jardín y la conexión social. Se encontró una diferencia significativa entre los grupos en la autoestima y el conocimiento del jardín.
Saito et al., 2012	G	Programa de apoyo educativo, cognitivo y social enfocado en mejorar el conocimiento de la comunidad y establecer contactos con otros/as participantes.	El programa de intervención fue efectivo para mejorar el bienestar subjetivo, el apoyo social informal y la familiaridad con los servicios en la comunidad y para reducir la soledad entre las personas mayores que experimentaron una reubicación residencial reciente.
Van Der Heide et al., 2012	I	La red de voz / video dúal CareTV con las siguientes aplicaciones: (1) Servicio de alarma (2) Servicio de atención (3) Servicio de buenos días / buenas tardes (4) Bienestar y vivienda y (5) Contacto familiar.	A nivel de grupo, los sentimientos de soledad disminuyeron significativamente, así como las puntuaciones de soledad emocional y soledad social. Individualmente, la soledad total disminuyó entre el inicio y el final del estudio en 54 de los/as 85 participantes (63%).
Bartlett et al., 2013	G	Servicios de voluntariado culturalmente apropiados (CAVS): actividades sociales y de ocio y servicios de biblioteca para migrantes mayores a través de dos organizaciones comunitarias étnicas.	La soledad al final de la intervención fue significativamente menor que en el inicio. El apoyo social al final del programa fue significativamente mayor.
Gaggioli et al., 2014	G	Programa de recuerdo intergeneracional dirigido por un psicólogo. Compartir recuerdos personales con los/as participantes más jóvenes.	Las personas mayores informaron una disminución en los sentimientos de soledad después de la intervención (la soledad emocional disminuyó significativamente, pero la soledad social no lo hizo).
Nicholson y Shellman, 2013	I	Modelo de intervención asistencial con alumnado universitario. Variedad de técnicas (reminiscencia, ejercicios de discusión y conversación, discusiones dirigidas a la participación social, entrenamiento, modelado).	Los/as participantes del grupo de control tenían casi 12 veces más probabilidades de estar aislados/as socialmente (los resultados fueron estadísticamente significativos).

Estudios cuantitativos

Robinson et al., 2013	G	Interacción con un robot avanzado que ofrecía compañía responde al contacto y otros estímulos en su entorno moviéndose o imitando los ruidos de una foca. Los grupos de discusión se llevaron a cabo durante las sesiones.	Disminución significativa en la soledad en el grupo de intervención, en comparación con el grupo control. Se notó el impacto del perro residente y el robot social en el entorno social. Los/as residentes hablaron y tocaron al robot significativamente más que el perro.
Davidson et al., 2014	G	Sesiones de canto semanales impartidas por un músico profesional.	No hay beneficios medibles de la intervención. Las medidas específicas del estudio indicaron que muchos participantes tuvieron ganancias positivas.
Mulry y Piersol, 2014	M	Let's Go, programa de movilidad comunitaria: presentaciones didácticas, intercambio de compañeros/as, experiencia directa, reflexión personal, exploración de opciones de transporte alternativo y aprendizaje experiencial.	La mayoría de los/as participantes mantuvo o mejoró la subescala de vida social y participación al final de la intervención. En el seguimiento, las puntuaciones sobre la vida social y las relaciones eran iguales o mejores.
Alaviani et al., 2015	G	Programa multi-estratégico basado en constructos del modelo de Promoción de la Salud de Pender (Beneficios percibidos, barreras, autoeficacia, influencias interpersonales, comportamientos).	El puntaje promedio de soledad en el grupo de intervención fue significativamente menor después del estudio. Las herramientas de actuación para detener la soledad, la autoeficacia social percibida y las influencias interpersonales aumentaron.
Jones et al., 2015	I	Uso básico de ordenadores, cómo conectarse y buscar en Internet, compras online, correo electrónico, Skype o Face Time, y noticias y entretenimiento online.	La intervención afectó significativamente las redes sociales de los participantes.
Jones et al., 2015	G	Uso básico de ordenadores, cómo conectarse y buscar en Internet, compras online, correo electrónico, Skype o Face Time, y noticias y entretenimiento online.	La intervención en grupos pequeños aumentó significativamente los contactos sociales, redujo la soledad y mejoró el bienestar psicológico de las personas mayores.
Low et al., 2015	M	El Programa de Actividades de Participación en el Estilo de Vida (LEAP): Capacitación y cambio de práctica para el/la responsable de casos y trabajadores/as de atención domiciliaria para incorporar apoyo social y actividades recreativas como parte de la atención domiciliaria.	Los participantes informaron un aumento significativo en el compromiso autoinformado o familiar y una disminución significativa en la apatía, disforia y agitación. No hubo diferencias significativas en las medidas de soledad de los participantes.

Estudios cualitativos	Moody y Phinney, 2012	G	Programa comunitario de arte para adultos/as mayores que viven en la comunidad que participan en el programa Arts, Health and Seniors.	<p>Apoyar la inclusión social de las personas mayores que viven en la comunidad se puede lograr a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expandir las conexiones de la comunidad. - Desarrollar un papel significativo a través del arte. - Trabajando juntos/as dentro de un grupo hacia objetivos compartidos.
	Newall y Menec, 2013	I	Programa social comunitario en Senior Center Without Walls que ofrece oportunidades sociales y educativas por teléfono.	<p>Los/as participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informaron no tener dificultades para usar el sistema telefónico. - Estuvieron muy satisfecho/a con el programa. - Informaron que la intervención tuvo varios efectos positivos (por ejemplo, conectarse con la comunidad en general, afectando el bienestar mental). - No se informaron barreras para la participación.
	Teater y Baldwin, 2014	G	The Golden Oldies: un programa de arte que proporciona un entorno y recursos para que las personas adultas mayores se reúnan y canten canciones durante 1 hora a la semana.	Se observó: (i) reducción del aislamiento social y aumento del contacto social; (ii) una fuente terapéutica; y (iii) un nuevo aliciente para la vida.
	Vogelpoel y Jarrold, 2014	G	Un programa de artes y servicios en un taller para adultos/as mayores con discapacidades sensoriales que experimentan aislamiento social.	Se identificó el desarrollo de relaciones de apoyo entre los/as participantes donde se compartieron habilidades, consejos prácticos y apoyo mutuo. Se observó una mayor confianza en sí mismos/as, nuevas amistades, un mayor bienestar mental y una reducción del aislamiento social.
	Milligan et al., 2013	G	Los talleres en las cabañas proporcionan un espacio para que las personas mayores se reúnan, socialicen, enseñen y aprendan nuevas habilidades y participen en actividades de bricolaje o similares con otras personas mayores. Para personas que se sienten solas y socialmente aisladas de áreas desfavorecidas.	Se proporcionó un ambiente de apoyo, influyendo positivamente en el bienestar; para aliviar el aislamiento a través de conexiones importantes desarrolladas entre las personas mayores y para proporcionar estimulación mental. Se observó que los talleres estimulaban mayores niveles de actividad física y buscaban fomentar una mayor conciencia de la salud entre las personas mayores, a través de mecanismos formales e informales.

Fuente: Poscia et al. (2018)

c) Revisión sobre los programas dirigidos a disminuir la soledad y la exclusión social en personas mayores (Gardiner, Geldenhuys y Gott, 2018)

El análisis temático de un reciente estudio (Gardiner et al., 2018) cuyo objetivo fue realizar una revisión integradora para identificar el alcance de las intervenciones orientadas a disminuir el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores, identificó seis categorías de intervención en función de su propósito, sus mecanismos de acción y los resultados previstos.

Las categorías encontradas fueron: intervenciones de facilitación social, terapias psicológicas, servicios de salud y asistencia social, intervenciones con animales, intervenciones orientadas a hacer amistades y desarrollo de habilidades de ocio. Si bien muchas intervenciones utilizaron mecanismos de más de una categoría, la mayoría tenía un enfoque principal en una de estas seis áreas.

- Intervenciones de facilitación social

Las intervenciones de facilitación social generalmente suponen un grado de reciprocidad y se esfuerzan por proporcionar beneficios mutuos a los y las participantes involucrados/as. Se observó que las intervenciones eficaces fueron aquellas que incluyeron actividades basadas en grupos, por ejemplo, clubes de amistad financiados por organizaciones benéficas (Hemingway y Jack, 2013), grupos temáticos de intereses compartidos (Cohen-Mansfield et al., 2007) y programas orientados al enriquecimiento de la amistad (Alaviani et al., 2015; Stevens, Martina y Westerhof, 2006). Además, se vio que las intervenciones enfocadas a trabajar la identidad cultural (Cant y Taket, 2005) y las nuevas tecnologías usando redes sociales y videoconferencias resultaron efectivas (Ballantyne, Trenwith, Zubrinich y Corlis, 2010; Tsai, Tsai, Wang, Chang y Chu, 2010; Tse y Linsey, 2005).

- Terapias psicológicas

La revisión identificó esta categoría de intervención por tener la evaluación más sólida realizada hasta la fecha. La terapia del humor (Tse, 2010), la atención plena y la reducción del estrés (Creswell et al., 2012), la terapia grupal de reminiscencia (Liu, Lin, Chen y Huang, 2007) y las intervenciones de apoyo cognitivo y social (Saito et al., 2012) tuvieron éxito reduciendo significativamente la soledad y con un impacto positivo en una variedad de resultados, tales como el apoyo social, la felicidad y la satisfacción con

la vida. Una característica común de estas intervenciones fue que todas involucraron actividades grupales facilitadas.

- Prestación de asistencia sanitaria y social

Estas intervenciones se caracterizan por la participación de profesionales de la salud y asistencia social en un programa formal de atención, ya sea en una residencia de personas mayores (Bergman-Evans, 2004; Loek, Willems, Spreeuwenberg, Rietman y De Witte, 2012) o en un entorno comunitario (Bartsch, Rodgers y Strong, 2013; Nicholson y Shellman, 2013; Ollonqvist et al., 2008). Se identificó una amplia gama de modelos de intervención, incluida una red comunitaria de personas entrenadas (Bartsch y Rogers, 2009) y rehabilitación geriátrica dirigida por personal clínico y de salud (Ollonqvist et al., 2008). Nicholson y Shellman (2013) evaluaron el programa CARELINK, donde estudiantes universitarios/as de enfermería visitaron a las personas mayores para ayudar en la socialización. Un estudio posterior a la prueba reveló que las personas que recibieron la intervención tenían 12 veces menos probabilidades de reportar aislamiento social que las de un grupo de control.

- Intervenciones con animales

Varios estudios describieron y evaluaron las intervenciones con animales caninos o felinos, que se centraron principalmente en la terapia asistida por animales. En un estudio transversal, Krause-Parello (2012) entrevistó a las dueñas de las mascotas, y concluyeron que el apego al animal doméstico podría aliviar la soledad actuando como un mecanismo de afrontamiento, posiblemente brindando apoyo social y compañía. Banks y Banks (2005) intentaron determinar si es la conexión entre el animal y el/la humano/a o una subsiguiente conexión entre humanos/as la responsable de una reducción de la soledad. Llegaron a la conclusión de que la terapia asistida por animales era más efectiva en el entorno individual y, por lo tanto, la interacción entre humanos y animales es la más responsable de reducir la soledad.

- Intervenciones orientadas a hacer amistades

Las intervenciones de amistad se definen como una forma de facilitación social con el objetivo de hacer nuevas amistades. Se llevaban a cabo de persona a persona y con frecuencia involucraban voluntarios/as. Por ejemplo, está el programa de acompañamiento para mayores (Butler, 2006) y el programa "Call in Time" (Cattan,

Kime y Bagnall, 2011), programa piloto nacional de contacto telefónico en todo el Reino Unido. Una evaluación de métodos mixtos encontró que los proyectos basados en el contacto telefónico fueron exitosos para aliviar la soledad al hacer ver que la vida valiera la pena, generando un sentido de pertenencia y "sabiendo que hay un amigo ahí fuera" (Cattan et al., 2011).

- Intervenciones para el desarrollo de habilidades de ocio

En esta categoría de intervención se incluyen un curso de capacitación de habilidades informáticas de 3 semanas y un programa de préstamo de ordenadores e Internet, los cuales fueron eficaces para reducir algunos aspectos de la soledad (Fokkema y Knipscheer, 2007; Blažun, Saranto y Rissanen, 2012). También se descubrió que un mayor uso de Internet predice niveles más altos de apoyo social y disminución de la soledad (Heo, Chun, Lee, Lee y Kim, 2015).

Dos estudios evaluaron programas de jardinería para ancianos que permanecen en residencias (Brown, Allen, Dwozan, Mercer y Warren, 2004; Tse, 2010), observándose que uno de ellos tuvo un efecto significativo en la disminución de la soledad (Tse, 2010). Los resultados de un estudio cualitativo fueron útiles para identificar cómo las actividades de ocio redujeron la soledad, por ejemplo, al mantener contactos sociales, pasar el tiempo de manera constructiva y tener interacción con otros (Pettigrew y Roberts, 2008). Toepoel (2013) distinguió entre actividades productivas que se asociaron con una reducción de la soledad (por ejemplo, leer o participar en pasatiempos) y actividades de consumo pasivo que no lo hacían (como ver televisión o escuchar la radio).

La mayoría de las evaluaciones de las intervenciones de la soledad han analizado los servicios individuales, los grupos o las actividades específicas, y han tratado de evaluar si asistir, o ser atendido/a por estos servicios, conduce a una reducción de la soledad. Sin embargo, para elaborar la guía de la reducción de la soledad y el aislamiento en Inglaterra (Campaign to End Loneliness, 2015), consultaron a varias personas expertas en la materia y profesionales del sector, las cuales vieron los mayores desafíos y las mayores innovaciones que tienen lugar en áreas de operación más amplias. Los enfoques que identificaron con mayor frecuencia fueron aquellos diseñados para abordar tres desafíos clave: (1) identificar y alcanzar a las personas que se sienten solas; (2) comprender la naturaleza de la soledad de una persona y

desarrollar una respuesta personalizada; y (3) apoyar a personas que se sienten solas para acceder a servicios apropiados. Se ha denominado a estos “servicios básicos”.

Además de identificar estos “servicios básicos”, fueron asimismo relevantes los enfoques que tenían como objetivo crear el entorno adecuado para reducir la soledad. Se han caracterizado estos enfoques como “habilitadores estructurales”, ya que apoyan el desarrollo de nuevas estructuras dentro de las comunidades, incluidos no sólo grupos y servicios específicos, sino también los servicios básicos. Incluyen los siguientes: enfoques vecinales, desarrollo comunitario, voluntariado y envejecimiento positivo.

Basándose en los conocimientos de De Jong Gierveld, Fokkema y Van Tilburg (2011) en los mecanismos para reducir la soledad, se han identificado tres categorías principales de intervención directa: (1) servicios para apoyar y mantener las relaciones existentes; (2) servicios para fomentar y habilitar nuevas conexiones y (3) servicios para ayudar a las personas a cambiar su forma de pensar acerca de sus conexiones sociales.

La mayoría de las personas expertas destacaron las intervenciones basadas en grupos como las más prometedoras, y muchas respaldaron los criterios establecidos por Cattan et al. (2005) en su revisión sistemática para intervenciones efectivas de soledad, es decir, que las intervenciones deberían llevarse a cabo en grupos y centrarse en los intereses compartidos.

Al considerar los servicios que podrían reducir la soledad reavivando y/o mejorando la calidad de las relaciones existentes, se señalaron el transporte y la tecnología. Estos servicios pueden desempeñar un papel más amplio como facilitadores de la intervención efectiva. Sin embargo, se reconoce que cuando el transporte y la tecnología no están disponibles, o no son accesibles, pueden actuar como “deshabilitadores”, haciendo que los intentos más amplios de reducir la soledad sean ineficaces. Por lo tanto, se han caracterizado como “servicios de puerta de enlace”, que desempeñan un papel fundamental para permitir directamente las relaciones existentes y un papel de apoyo vital en aquellas intervenciones diseñadas para respaldar nuevas conexiones sociales.

En la Figura 7 se resume el marco de acción multidimensional explicado en este apartado.

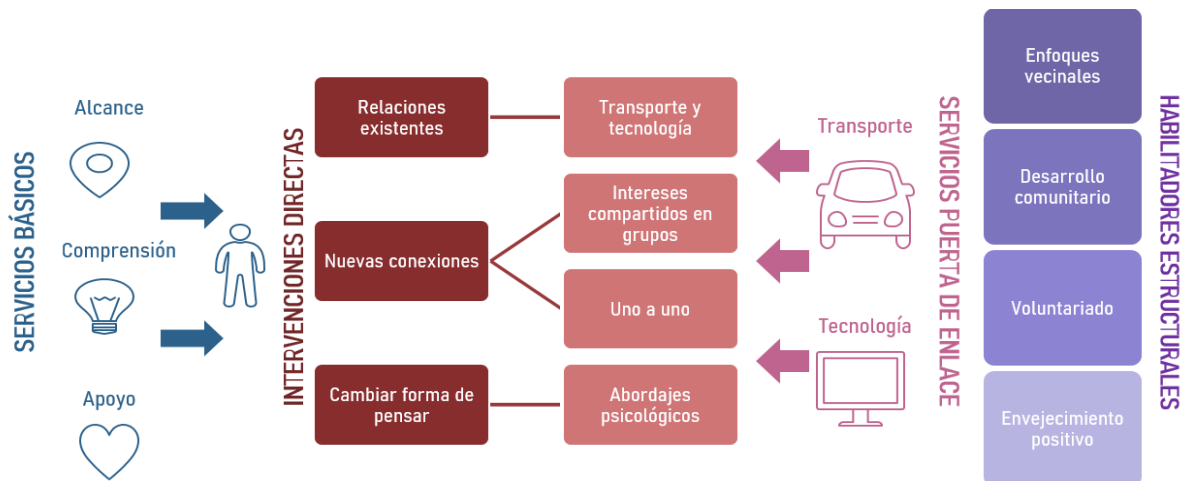


Figura 7. Marco de acción multidimensional (Jopling, 2015)

A modo de conclusión, se ha visto que la cantidad de amigos/as o interacciones sociales que tiene una persona no predice la soledad como lo hace la calidad de sus relaciones. El aumento de oportunidades para la interacción social y la mejora del apoyo social pueden abordar el aislamiento social más que la soledad. En contraste, mejorar las habilidades sociales y abordar los pensamientos sociales maladaptativos se centran en la calidad de la interacción social y, por lo tanto, aborda la soledad de manera más directa. Todas las revisiones del metaanálisis de Masi et al. (2011) identificaron estrategias de reducción de la soledad exitosas y no exitosas, y cinco de las seis revisiones concluyeron que la soledad puede mitigarse con intervenciones específicas. Sin embargo, todas ellas concluyeron que siguen existiendo preguntas sobre la eficacia de las intervenciones y que se necesita una investigación más rigurosa en esta área.

En la revisión de Cattán y White (1998) se observó que las intervenciones más efectivas incluían actividades grupales, autoayuda o apoyo para el duelo, grupos específicos dirigidos (p. ej., Mujeres o viudo/as), utilizaron más de una estrategia de intervención, tuvieron una evaluación positiva y dieron a los participantes algún grado de control. El único estudio que evaluó un enfoque comunitario se consideró no concluyente debido a un diseño de estudio deficiente.

De acuerdo con su revisión anterior, Cattán et al. (2005) concluyeron que los programas más efectivos eran las intervenciones grupales que incluían un componente educativo o una actividad específica, grupos específicos dirigidos (por ejemplo, mujeres, personas cuidadoras, viudas, inactivas físicamente o con problemas de salud

mental graves), aquellas intervenciones que evaluaron una muestra representativa del grupo objetivo previsto, y permitieron cierto nivel de control a los participantes y/o facilitadores. En contradicción, en su revisión de 2015, Cohen-Mansfield y Perach (2015), observaron que las intervenciones grupales se evaluaban con menos frecuencia como efectivas en comparación con las intervenciones individuales.

Existen numerosas explicaciones posibles para la variabilidad de los efectos de intervención. Por ejemplo, las intervenciones grupales pueden proporcionar efectos beneficiosos y crear un sentido de seguridad y pertenencia, pero el verdadero efecto de la intervención podría estar enmascarado por la naturaleza del formato grupal de la intervención (Masi et al., 2011). Las intervenciones individuales, por otro lado, podrían ofrecer una mayor calidad de los vínculos creados e influir en el empoderamiento para comprometerse socialmente. Si bien los resultados sugieren que tanto los formatos grupales como los individuales podrían valer la pena para enfrentar la soledad y el aislamiento social entre los individuos mayores, sería una presunción determinar firmemente la superioridad de uno sobre el otro.

En cuanto al modelo de actuación descrito en la guía de la reducción de la soledad y el aislamiento de la Campaign to End Loneliness en Inglaterra (Jopling, 2015), los tres desafíos principales a abordar son la identificación y alcance de las personas que se sienten solas; la comprensión del sentimiento subjetivo y posterior desarrollo de una respuesta personalizada; y el apoyo a dichas personas para acceder a servicios adecuados. Para ello, se señala la importancia de nuevas estructuras en las comunidades, tales como los enfoques vecinales, el desarrollo comunitario, el voluntariado y el envejecimiento positivo. Asimismo, se valoran de forma positiva las intervenciones directas orientadas a apoyar las relaciones existentes, fomentar nuevas conexiones y cambiar los pensamientos desadaptativos acerca de sus conexiones sociales. Esto es especialmente relevante si consideramos los hallazgos de Qualter et al. (2015) al señalar que las personas que se sienten solas tienen poca confianza en las demás personas y tienen estilos de atribución específicos que no son propicios para el cambio. Destacan las intervenciones grupales y las que se centran en los intereses compartidos como las más adecuadas para afrontar la soledad (Cattan et al., 2005). Por último, señalar que el transporte y la tecnología pueden desempeñar el papel de facilitar el apoyo a las nuevas relaciones y a las ya existentes.

SECCIÓN 2: ESTUDIOS EMPÍRICOS

**ESTUDIO 1:
SOLEDAD DE LAS PERSONAS EN RIESGO
O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

Introducción

Existe una preocupación por parte de las y los profesionales en cuanto a una mayor prevalencia de los sentimientos de soledad en las personas que están en riesgo o en situación de exclusión social, si bien no se disponen de datos fidedignos, debido a la dificultad que entraña su medición y localización.

Los estudios empíricos disponibles se han centrado en determinantes individuales de la soledad y se ha prestado mucha menos atención a las formas en que el aislamiento social y la soledad se modelan socialmente. La revisión de De Jong Gierveld et al. (2006) sobre soledad y exclusión social muestra la relevancia de variables contextuales y estructurales tales como la integración en la comunidad, la cohesión grupal, las desigualdades socioeconómicas, el factor cultural y el género entre otras. Otros aspectos que se tienen en cuenta son el soporte familiar, la calidad de las redes sociales y el contacto con las amistades, la salud mental y la violencia machista.

Con esta investigación se pretende visibilizar cómo la soledad es vivenciada por las personas en riesgo o en situación de exclusión social residentes en el territorio de Gipuzkoa. En una primera parte, se describen las características sociodemográficas y el diagnóstico social, así como los niveles de soledad (mediante la escala de soledad UCLA) y la calidad de vida de los/as participantes (escala Gencat).

Posteriormente, se presenta el análisis de contenido de las 15 entrevistas en base a temas comunes que aparecen con relación a la soledad. Se analiza cómo las personas que se encuentran en riesgo o en situación de exclusión o asimilada a la exclusión que son atendidas por distintos servicios y programas de atención en el territorio de Gipuzkoa, viven el fenómeno de la soledad, qué variables se atribuyen a su emergencia y desarrollo, así como qué factores agravan o alivian la influencia de la soledad sobre sus vidas. Entre otras, se explora la intersección de la soledad con variables sociales como el género, la situación de extranjería, la desigualdad socioeconómica, residencial y/o problemas de salud física o mental.

Para finalizar, se realiza un análisis léxico mediante el método Reinert para extraer sus estructuras más importantes con el fin de aprovechar la información esencial contenida en los datos textuales de las entrevistas.

Objetivos

- Describir las características sociodemográficas y diagnóstico social de las personas en situación de riesgo o en exclusión social de diferentes servicios de inclusión en Gipuzkoa.
- Estudiar las tasas de prevalencia de la soledad y calidad de vida de las personas usuarias, en función de la situación de riesgo o situación de exclusión social, el género, edad y origen cultural.
- Conocer, cómo las personas en riesgo o situación de exclusión social experimentan la soledad y qué aspectos de la percepción subjetiva de la soledad interactúan con determinadas variables estructurales (como el género, situación de extranjería), y/o problemas de salud física o mental.
- Realizar un análisis léxico de las percepciones subjetivas de la soledad, así como de sus estructuras más importantes.

Método

Población y participantes

Según los últimos datos del informe sobre el estado de la pobreza y exclusión social en España (EAPN, 2019) en el año 2018, un total de 12.188.288 personas (el 26,1 % de la población española) estaban en riesgo de pobreza y/o exclusión social.

Las tasas de exclusión resultan en Gipuzkoa más reducidas que las que se registran a nivel del Estado español, con un 19,2% de la población en riesgo de pobreza y/o exclusión. Tanto para el Estado español como para Gipuzkoa el porcentaje de las mujeres que se encuentran en esta situación es más elevada en comparación con la de los hombres. En el Estado español 27% frente a 25,1%, y en Gipuzkoa 19,7% frente a 18,7%.

Asimismo, es la población de origen extranjero la que muestra un mayor índice de riesgo de pobreza y/o exclusión (60,9%) respecto a la de la población autóctona (13,8%).

En referencia a la edad, las tasas son del 20,6% en la población joven-adulta (18-44 años) y del 13,5% en la población mayor (+65 años).

Participantes

Participaron en este estudio 15 personas (8 son mujeres y 7 hombres) usuarias de cuatro entidades que desarrollan programas de intervención psicosocial: 8 participantes son personas usuarias de la Fundación Emaús, 3 del Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa, 3 de Cáritas de Gipuzkoa y 1 de SOS Racismo Gipuzkoa. Las entidades se rigen por acuerdo de colaboración y/o contratos de gestión de centros y de la intervención con la Diputación Foral de Gipuzkoa.

El rango de edad es entre 22 y 61 años, con una media de edad de 45,33 años ($DT = 12,90$). El 66,66% son personas autóctonas y el 33,33% personas extranjeras procedentes de Marruecos y Bolivia. El 60% de las personas entrevistadas están valoradas en riesgo de exclusión social y el 40% restante en situación de exclusión social o situación asimilada a la exclusión (ver Tabla 5). Esta información ha sido proporcionada por los/as profesionales de los servicios y centros de inclusión, en base a su conocimiento y la información que reúnen a través del Instrumento de Valoración de la Exclusión, instrumento de evaluación utilizado por la Diputación Foral de Gipuzkoa para evaluar el grado de exclusión social, y elaborar el plan de atención personalizada de usuarios/as del Servicio de Inclusión Social (Decreto 385/2013).

El 73,33% reside en viviendas colectivas institucionales, mientras que el 26,66% viven en sus propias viviendas y/o en alquiler.

En cuanto al estado civil, el 66,66% está soltero/a y el resto está separado/a o divorciado/a de la pareja. De las personas entrevistadas el 46,66% es padre o madre. Por último, el 57,14% presenta alguna enfermedad mental, y el 53,33% muestra algún tipo de enfermedad física.

Tabla 5. Datos sociodemográficos

Código	Edad	Género	Origen	Situación de necesidad	Vivienda	Entidad
1	57	Mujer	Autóctona	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Isla- Centro UBA-Emaús
2	53	Hombre	Autóctono	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Isla- Centro UBA-Emaús
3	25	Hombre	Extranjero	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Cáritas
4	22	Hombre	Extranjero	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Hotzaldi-Cáritas
5	51	Mujer	Autóctona	Exclusión social	Vivienda colectiva institucional	Itsas-Etxea-Emaús
6	26	Mujer	Extranjera	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Itsas-Etxea-Emaús
7	40	Mujer	Autóctona	Exclusión social	Vivienda colectiva institucional	Itsas-Etxea-Emaús
8	46	Mujer	Autóctona	Riesgo de exclusión	Vivienda colectiva institucional	Itsas-Etxea-Emaús
9	39	Hombre	Extranjero	Exclusión social	Vivienda colectiva institucional	Isla- Centro UBA-Emaús
10	57	Hombre	Autóctono	Exclusión social	Vivienda colectiva institucional	Cáritas
11	55	Hombre	Autóctono	Exclusión social	Vivienda o alojamiento particular	Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa
12	61	Mujer	Autóctona	Riesgo de exclusión	Vivienda o alojamiento particular	Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa
13	42	Mujer	Autóctona	Riesgo de exclusión	Vivienda o alojamiento particular (alquiler)	Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa
14	46	Mujer	Extranjera	Riesgo de exclusión	Alojamiento particular (alquiler)	SOS Arrazakeria
15	60	Hombre	Autóctono	Exclusión social	Vivienda colectiva institucional	Emaús

Técnicas de intervención

Se ha utilizado una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa). Con el objetivo de captar y reconstruir el significado de soledad, las técnicas de investigación utilizadas en este estudio parten de la metodología de investigación social cualitativa. Así, se ha recurrido a la entrevista en profundidad semiestructurada como mejor opción para profundizar en los objetivos propuestos y estudiar los significados intersubjetivos, situados y construidos en el propio marco natural de las personas entrevistadas. Taylor y Bogdan (1992) definen la entrevista en profundidad como encuentros reiterados, cara a cara, entre el/la investigador/a y los/as informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen las personas informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, y el modo en el que estas cuestiones las expresan con sus propias vidas.

Las entrevistas se realizaron de modo individual, focalizadas en la vivencia de la soledad y situación de exclusión, siguiendo un esquema general y flexible de preguntas en cuanto orden, contenido y formulación de las mismas. El guion de la entrevista fue diseñado por el equipo investigador teniendo en cuenta las variables sociales que se consideran relevantes en el campo de la soledad.

Mediante un abordaje cuantitativo, el estudio se complementa con una explotación estadística de la información disponible del diagnóstico social, así como de la escala de soledad (escala UCLA, autores/as) y calidad de vida (escala GENCAT, autores/as).

Instrumentos y variables

La entrevista fue estructurada en 4 partes: 1) Datos sociodemográficos y algunos referidos a indicadores incluidos en el diagnóstico social; 2) Calidad de vida; 3) Soledad; y 4) Entrevista semiestructurada por bloques temáticos.

Características socio-demográficas. *Identidad de género* (Hombre, Mujer, No binario);

Edad; Estado civil (soltero/a, casado/a, viviendo en pareja, separado/a-divorciado/a y viudo/a); *Hijos/as a su cargo* (Sí, No, Cuántos); *Nacionalidad; Creencias religiosas* (Sí, No, Especificar); *Diversidad funcional* (Sí, No, Especificar).

Diagnóstico social. Incluye 23 ítems que se han clasificado en cinco apartados en base al diagnóstico social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en referencia a diferentes ámbitos vitales: 1) *Económico-Laboral Residencial* (Disponibilidad de ingresos de la persona; Ocupación y el empleo; Situación de alojamiento); 2) *Convivencial* (Disponibilidad de relaciones y vínculos afectivos; Recepción de apoyo social; Apoyo social de redes primarias: familiares y no familiares; Apoyo social de redes secundarias comunitarias; Apoyo de redes secundarias institucionales; Situación relacional en el ámbito de la convivencia; Situación de las relaciones con familia extensa; Situación de las relaciones vecinales; Historia de las relaciones de convivencia personal y familiar; Figuras de protección acordadas para la guarda y protección); 3) *Personal* (Habilidades básicas de interacción y comunicación; Competencias cognitivas básicas; Habilidades para hacer amistades; Habilidades para la convivencia con otras personas; Nivel de estudios terminado; Estado de ánimo/humor; Percepción subjetiva de la situación relacional); 4) *Salud* (Situación actual del estado de salud); y 5) *Social* (Convivencia cotidiana comunitaria; Estado de satisfacción de la necesidad de relaciones y vida social).

Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta (situación social adecuada; situación social de vulnerabilidad o riesgo; situación social deficitaria o de exclusión).

Calidad de vida. Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) para la evaluación objetiva de la calidad de vida. Fue creada con la intención de realizar posteriormente planes de apoyo individualizados y adecuados a las necesidades de los/as usuarios/as de los servicios sociales y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Está compuesta 69 ítems que evalúan ocho dimensiones que en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida:

1) *Bienestar emocional (BE)*. Compuesta por 8 ítems y se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos (p.e., “Se muestra satisfecho/a con su vida presente”).

2) *Relaciones interpersonales (RI)*. Incluye 10 ítems con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados,

relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad (p.e., “Se queja de la falta de amigos estables”).

3) *Bienestar material (BM)*. Constituida por 8 ítems, con los siguientes indicadores: vivienda, lugar de trabajo, salario, posesiones y ahorros (p.e., “El lugar donde vive está limpio”).

4) *Desarrollo personal (DP)*. Incluye 8 ítems con diversos indicadores: limitaciones/ capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo y habilidades funcionales (p.e., “Tiene acceso a nuevas tecnologías -Internet, teléfono móvil, etc.”).

5) *Bienestar físico (BF)*. Compuesta por 8 ítems e incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación (p.e., “Tiene problemas de sueño”).

6) *Autodeterminación (AU)*. Compuesta por 9 ítems con los siguientes indicadores: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones (p.e., “Otras personas deciden sobre su vida personal”).

7) *Inclusión social (IS)*. Evaluada por 8 ítems mediante los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos (p.e., “Sus amistades le apoyan cuando lo necesita”).

8) *Derechos (DE)*. Se concreta en 10 ítems que evalúan diversos indicadores: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos (p.e., “En el servicio al que acude se respeta su intimidad”).

Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con un formato declarativo y las respuestas están planteadas en una escala de frecuencia de cuatro opciones (‘nunca o casi nunca’, ‘a veces’, ‘frecuentemente’ y ‘siempre o casi siempre’). Las puntuaciones altas en las puntuaciones estándar como en los percentiles de las dimensiones denotan una mayor calidad de vida.

Soledad. Versión reducida de la Escala de soledad UCLA (Hughes, Waite, Hawkle y Cacioppo, 2004) que incluye tres ítems de la escala original de la soledad UCLA (Russell et al., 1980) de la Universidad de California, Los Ángeles. Se basa en la teoría de la discrepancia cognitiva de la soledad, es decir, se entiende que la

soledad ocurre cuando hay una brecha entre la cantidad y la calidad de las conexiones que tenemos y deseamos tener. Consta de tres preguntas que sirven para medir los sentimientos subjetivos de soledad, así como el aislamiento social percibido (*¿Con qué frecuencia siente usted que le falta compañía?; ¿Con qué frecuencia se siente usted excluido/a?; ¿Con qué frecuencia se siente usted aislado/a de las demás personas?*). Los/as participantes califican cada pregunta mediante un sistema cerrado de respuestas (“1- *Casi nunca*”; “2- *Parte del tiempo*” y “3- *A menudo*”). El rango de puntaje va de 3 a 9 puntos, considerando que a mayor puntuación la soledad será mayor. Investigaciones previas (p.e., Steptoe, Shankar, Demakakos y Wardle, 2013), agruparon a las personas que obtuvieron un puntaje de 3 a 5 como “*personas que no se sienten solas*” y las personas con un puntaje de 6 a 9 como “*personas que se sienten solas*”.

Guion de entrevista semi-estructurada. Las entrevistas realizadas se han llevado a cabo siguiendo un guion que se diseñó con la finalidad de ser utilizado como herramienta que facilitara recogerla información pertinente. Dicho guion consta de tres partes: el inicio, las preguntas de los bloques temáticos y el cierre.

La primera parte, el *Inicio*, tiene como finalidad establecer el primer vínculo entre la persona entrevistadora y la entrevistada, así como proporcionar al/la entrevistado/a la información acerca del objetivo del estudio, la confidencialidad y el anonimato. A su vez, en este momento se le solicita la autorización para grabar la entrevista para el uso exclusivo del estudio.

La segunda parte, reúne la mayor parte del guion y está compuesto por siete *Bloques temáticos* que siguen una estructura similar: Soledad; Situación económica y laboral; Alojamiento y vivienda, Salud, Ámbito social, Competencias y habilidades sociales; Vínculos afectivos y recepción de apoyo social. El primer bloque es el único que sigue una estructura un tanto diferente y hace referencia al significado de soledad. Su finalidad es conocer qué significado se le atribuye a la soledad, qué sentimientos provoca y con qué situaciones se asocia. En cuanto a la estructura de las siguientes seis dimensiones (situación económica y laboral, el alojamiento y la vivienda, la salud, el ámbito social, las competencias y habilidades sociales y por último los

vínculos afectivos y recepción de apoyo social), en primer lugar se pregunta acerca de la situación general respecto al ámbito señalado, comprender los sentimientos que provoca, indagar en los apoyos que la persona entrevistada tiene en cuanto al tema y conocer si la situación se ha mantenido estable durante su vida o en cambio ha ido cambiando (ver Anexo 1).

En la tercera parte de *Cierre*, se ofrece un espacio de reflexión o la posibilidad de ampliar algún tema en particular, realizar comentarios y/o sugerencias. Asimismo, se agradece su participación.

Procedimiento

Se trata de un muestreo no aleatorio, donde la búsqueda de las participantes se da de forma intencional en relación con las características de la investigación con el fin de garantizar la saturación y riqueza de la información. Se trata de una muestra de conveniencia, donde la elección de los sujetos se ha realizado en base a las posibilidades del equipo y accesibilidad de la muestra. La selección de los/as participantes estuvo a cargo de las entidades sociales colaboradoras en el estudio.

La cumplimentación de los cuestionarios se realizó mediante una entrevista semiestructurada, entre 1 hora y media y 3 horas de duración, según la persona entrevistada. Las entrevistas se realizaron en el propio centro de referencia durante el mes de julio y agosto, septiembre, octubre. La persona contratada para la realización de las entrevistas fue Montse Peris, doctora y psicóloga clínica. En el caso del Telesgi las entrevistas han sido realizadas por Maribel Pizarro, psicóloga y directora del Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa.

Se garantizó el anonimato de las personas que voluntariamente participaron en el estudio, quienes fueron debidamente informadas de los objetivos del mismo. Para ello se elaboró un documento de “consentimiento informado” asegurando así la confidencialidad de los datos (Anexo 2). Las entidades sociales colaboradoras se hicieron cargo de informar sobre la investigación a partir del consentimiento informado, que la persona firmara dicho documento, así como de acordar el día y la hora de la entrevista, y hacer toda la recogida de datos correspondiente a las características sociodemográficas y diagnóstico social.

Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativo se realizó aplicando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 23. En primer lugar, se obtuvieron las tablas de frecuencias de las características socio-demográficas analizadas (edad, género, origen) de las personas en riesgo o situación de exclusión, usuarias de diversos centros/programas de inclusión social de la Diputación de Gipuzkoa. En segundo lugar, se elaboró la tabla de frecuencias y porcentajes del diagnóstico social. En tercer lugar, se obtuvieron las puntuaciones medias de las escalas de calidad de vida y de soledad, teniendo en cuenta las variables de estudio (género, edad, origen y situación de exclusión).

Las entrevistas fueron registradas digitalmente y, después, transcritas textualmente por una integrante del equipo de investigación. Una segunda integrante del equipo de investigación repasó las transcripciones. Posteriormente, varias integrantes del equipo investigador examinaron las entrevistas y se realizó un análisis de contenido con acuerdo interjueces para asegurar la exactitud, la fiabilidad y la validez de resultados.

El sistema de categorización seleccionado fue probado con tres jueces “ciegos” e independientes. El grado de coincidencia inter-jueces encontrado permitió trabajar con un sistema de categorías altamente fiables que fueron apoyadas por las citas textuales de las entrevistas realizadas.

Posteriormente se utilizó el software Iramuteq basado en el método Reinert (1998) con el fin de evitar los problemas de fiabilidad y validez comunes en los análisis de texto (Klein y Likata, 2003; Reinert, 1996). El objetivo de este software es cuantificar un texto para extraer sus estructuras más importantes con el fin de aprovechar la información esencial contenida en los datos textuales. Se ha demostrado (Reinert, 1996) que estas estructuras están estrechamente vinculadas a la distribución de las palabras en un texto y que esta distribución rara vez se hace al azar. En primer lugar, el software crea un diccionario. El método Reinert analiza “palabras completas” (sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios), mientras que las "palabras" de herramienta (artículos, pronombres, conjunciones) se excluyen del análisis. El corpus inicial se divide en segmentos que tienen la longitud aproximada de una oración o dos (40 palabras) (Nicole Kronberger y Wolfgang Wagner 2000). El corpus se analiza en términos de la presencia de palabras completas en los segmentos. Los segmentos y las formas reducidas se utilizan para crear una tabla de contingencia, que muestra la

distribución del vocabulario por segmento. A partir de esta tabla de contingencia, el programa genera una matriz de distancias al cuadrado, lo que implica que dos segmentos están cerca si comparten algunas de las palabras analizadas (Reinert, 1996). Posteriormente, el software Iramuteq siguiendo el método Reinert, ejecuta un análisis de agrupamiento jerárquico descendente en esta tabla de distancia, que produce clases de segmentos que mejor diferencian el vocabulario. Al hacerlo, este software ayuda en la interpretación de textos.

Después de una investigación previa con el método Reinert (Brigido Vizeu y Andrea Bousfield 2009), los datos brutos se ingresaron en el software Iramuteq y el vocabulario más significativo en cada clase se seleccionó en base a tres criterios: 1) Un valor esperado de la palabra mayor que 3; 2) prueba de asociación del Chi-cuadrado probado contra la clase ($\chi^2 \geq 3,89$ ($p = ,05$); $df = 1$) y 3) el hecho de que la palabra aparece principalmente en esa clase con una frecuencia del 50% o más.

Resultados

Diagnóstico social de las personas en riesgo o en situación de exclusión

Observando la información recogida acerca de los indicadores del diagnóstico social, a continuación, se describe la situación social (situación social adecuada; situación social de vulnerabilidad o riesgo; o situación social deficitaria o de exclusión) de la muestra de estudio en referencia a los siguientes ámbitos vitales: 1) Económico - Laboral Residencial; 2) Convivencial; 3) Personal; 4) Salud y 5) Social (ver Tabla 6).

En cuanto al ámbito *Económico - Laboral Residencial*, el 63,6% de la muestra se encuentra en una situación de vulnerabilidad o riesgo en lo que a la disponibilidad de ingresos se refiere. Con relación a la ocupación y el empleo, casi la mitad (45,5%) se encuentran en una situación deficitaria, seguidos de los que se sitúan en una posición vulnerable (36,4%).

Con respecto al ámbito *Convivencial* cabe señalar que el 54,5% de la muestra se encuentra en una situación vulnerable en lo que a la situación de alojamiento se refiere. El 36,4% presenta una situación adecuada frente al 9,1% de la muestra que se encuentra en situación deficitaria. En cuanto a la disponibilidad de relaciones y vínculos afectivos, y la recepción de apoyo social, el 81,8% de las personas

entrevistadas se encuentran en una situación vulnerable. También en cuanto al apoyo social de redes primarias, el 81,8% vive en una situación vulnerable, y el restante 18,2% se encuentra en situación deficitaria. El 45,5% se encuentra en una posición deficitaria en lo que a apoyo social de redes secundarias y comunitarias se refiere. En cuanto a los apoyos de redes secundarias institucionales, predominan los/as que se encuentran en una situación adecuada (72,7%) seguido de los/as que se muestran una situación vulnerable (27,3%). En lo que concierne a la situación relacional en el ámbito de la convivencia, el 40% tiene una situación adecuada, otro 40% una situación de vulnerabilidad y el 20% restante muestra una situación deficitaria. Siguiendo con las relaciones con la familia extensa, la tasa de los/as que se encuentran en situación deficitaria se eleva al 63,6% y la de los/as que se sitúan en situación vulnerable es del 36,4%. En contra posición, en cuanto a las relaciones vecinales la realidad difiere de la anterior dimensión, en tanto que el 62,5% de la muestra se encuentra en una situación adecuada, seguido por el 25% en situación vulnerable. Se precisa señalar que únicamente residen en el hogar propio o alquilado el 26,7% de la muestra y que, por lo tanto, estos últimos datos les corresponden sólo a ellos/as y no a las personas que residen en viviendas colectivas institucionales. En lo que respecta a la historia de las relaciones de convivencia personal y familiar la mitad de la muestra (50%) se encuentra en situación de vulnerabilidad y la otra mitad (50%) en situación deficitaria. Respecto al indicador de las figuras de protección acordadas para la guarda y protección solo han respondido cuatro personas y todas ellas refieren encontrarse en situación adecuada.

En el plano del ámbito *Personal* se puede ver que el 54,5% de la muestra presenta situación adecuada respecto a las habilidades básicas de interacción y comunicación. En menor medida, les siguen los/as que se encuentran en una situación de vulnerabilidad (36,4%). La gran mayoría de la muestra (72,7%) indica competencias cognitivas básicas adecuadas, siendo el 27,3% restante los/as que se encontrarían en situación de vulnerabilidad y ninguno/a en situación deficitaria. En cuanto a las habilidades para hacer amistades, el 54,5% se sitúa en una posición vulnerable, mientras que el 27,3% muestra una situación adecuada. Con relación a las habilidades para la convivencia con otras personas, el 63,6% se encuentra en una situación vulnerable, seguidos de los/as que presentan una situación adecuada (36,4%). En referencia al nivel de estudios terminado, el 60% está en una situación adecuada, el 30% en situación de vulnerabilidad y el 10% en situación deficitaria. Respecto al estado

de ánimo o humor de las personas entrevistadas la mayoría (45,5%) se encuentran en situación de vulnerabilidad, seguidos por los/as que están en situación deficitaria (36,4%). Siguiendo con la percepción subjetiva de la situación relacional, el porcentaje de las personas que se encuentran en una situación vulnerable es del 63,6%, y el de los/as que se encuentran en situación deficitaria del 27,3%.

En lo que al ámbito de la *Salud* se refiere, el 45,5% está en situación de vulnerabilidad, seguido de los/as que tienen una situación social adecuada (36,4%) y en tercer lugar los/as que se encuentran en situación deficitaria (18,2%).

Por último, en el ámbito *Social* se observa que con relación a la convivencia cotidiana comunitaria el 63,6% se encuentra en situación de vulnerabilidad, el 27,3% en situación adecuada y el 9,1% en situación deficitaria. Finalmente, se ha visto que el estado de satisfacción de la necesidad de relaciones y vida social corresponde a una situación de vulnerabilidad para el 81,8% de la muestra.

Tabla 6. Indicadores del diagnóstico social

	Indicadores	Situación adecuada	Vulnerabilidad o riesgo	Deficitaria / Exclusión
1.1.	Disponibilidad de ingresos de la persona	18,2%	63,6%	18,2%
2.1.	Ocupación y el empleo	18,2%	36,4%	45,5%
4.1.	Situación de alojamiento	36,4%	54,5%	9,1%
5.1.	Disponibilidad de relaciones y vínculos afectivos	9,1%	81,8%	9,1%
5.2.	Recepción de apoyo social	9,1%	81,8%	9,1%
5.3.	Apoyo social de redes primarias: familiares y no familiares	0%	81,8%	18,2%
5.4.	Apoyo social de redes secundarias comunitarias	27,3%	27,3%	45,5%
5.5.	Apoyo de redes secundarias institucionales	72,7%	27,3%	0%
6.1.	Situación relacional en el ámbito de la convivencia	40%	40%	20%
6.2.	Situación de las relaciones con familia extensa	0%	36,4%	63,6%
6.3.	Situación de las relaciones vecinales	62,5%	25%	12,5%
6.4.	Historia de las relaciones de convivencia personal y familiar.	0%	50%	50%
T.8.	Figuras de protección acordadas para la guarda y protección	100%	0%	0%
9.A.1	Habilidades básicas de interacción y comunicación	54,5%	36,4%	9,1%
9.B.1.	Competencias cognitivas básicas	72,7%	27,3%	0%
9.C.1.	Habilidades para hacer amistades	27,3%	54,5%	18,2%
9.D.2.	Habilidades para la convivencia con otras personas	36,4%	63,6%	0%
10.1.	Nivel de estudios terminado	60%	30%	10%
11.2.	Estado de ánimo/humor	18,2%	45,5%	36,4%
11.6.	Percepción subjetiva de la situación relacional	9,1%	63,6%	27,3%
13.1.	Situación actual del estado de salud	36,4%	45,5%	18,2%
15.1.	Convivencia cotidiana comunitaria	27,3%	63,6%	9,1%
17.7.	Estado de satisfacción de la necesidad de relaciones y vida social	9,1%	81,8%	9,1%

Vivencia de la soledad: compañía, exclusión y aislamiento

En congruencia con el instrumento utilizado para evaluar la Soledad (UCLA), se entiende que la soledad ocurre cuando hay una brecha entre la cantidad y la calidad de las conexiones que tenemos y deseamos tener. Así, se evalúa la vivencia de la soledad

de los/as participantes a partir de la falta de compañía, el sentimiento de exclusión y aislamiento.

Los resultados sobre la vivencia de la soledad se presentan en la Figura 8. Los/as participantes sienten a menudo falta de compañía ($M = 2,31$; $DT = ,075$), sensación de sentirse excluidas ($M = 2$; $DT = ,577$) y aislamiento ($M = 1,85$; $DT = ,689$). Teniendo en cuenta estos tres indicadores, encontramos que el 76,9% de las participantes tienen altas vivencias de soledad ($M \geq 6$) y un 23,1% no se siente sola.

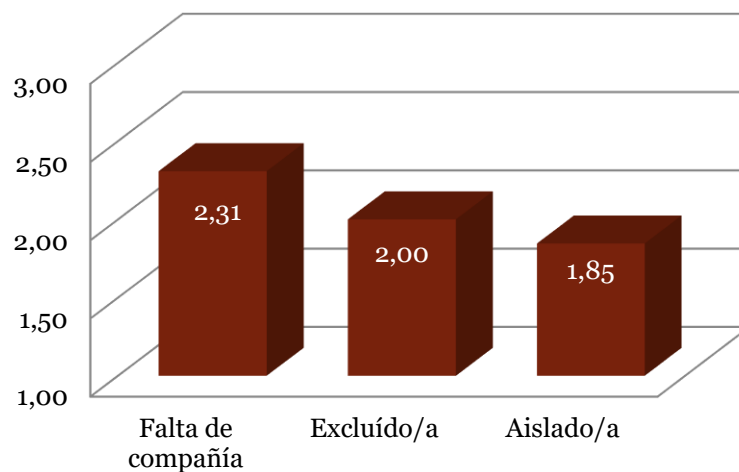


Figura 8. Frecuencia de la vivencia de soledad

Con respecto a la pregunta de con qué frecuencia sienten que les falta compañía, el 46,2% respondió sentirse así *a menudo*. Le siguen el 38,5% y el 15,4% que refirieron sentirse de esa manera *parte del tiempo* y *casi nunca*. A la pregunta ¿con qué frecuencia se siente usted excluido/a? la mayoría (69,2%) contestó sentirse así *parte del tiempo*, frente a los que refirieron sentirse excluidos/as *a menudo* (15,4%) y *casi nunca* (15,4%). Por último, ante la pregunta de con qué frecuencia se sienten aislados/as de las demás personas, el 53,8% de la muestra respondió que *parte del tiempo*, el 30,8% refirió no sentirse aislado *casi nunca* y el 15,4% contestó tener ese sentimiento *a menudo* (ver Tabla 7).

Tabla 7. Porcentajes de las respuestas en cada ítem

	A menudo	Parte del tiempo	Casi nunca
Falta de compañía	46,2%	38,5%	15,4%
Excluido/a	15,4%	69,2%	15,4%
Aislado/a	15,4%	53,8%	30,8%

No existen diferencias significativas en la soledad en función del género, edad, origen y situación de exclusión de las personas entrevistadas.

Calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de exclusión

Los resultados de la Escala de calidad de vida (GENCAT) muestran que el índice de calidad de vida promedio de la muestra es de 88,4 puntos ($DT = 14,03$) (ver Figura 9). Esto indica que la muestra del estudio se encuentra 11,6 puntos por debajo de la media de la población general ($M = 100$; $DT = 15$) (ver Tabla 8).

En un análisis por dimensiones de la calidad de vida, se puede observar que las puntuaciones más altas se recogen en las dimensiones de *Desarrollo Personal* ($M = 11,33$; $DT = 3,18$) y de *Autodeterminación* ($M = 11,27$; $DT = 1,49$). Les siguen la dimensión de *Derechos* ($M = 9,27$; $DT = 2,81$); *Bienestar Emocional* ($M = 9,07$; $DT = 2,60$); *Relaciones Interpersonales* ($M = 8,47$; $DT = 2,85$) e *Inclusión social* ($M = 8,13$; $DT = 3,74$). Por último, las puntuaciones más bajas se contemplan en la dimensión de *Bienestar Físico* ($M = 5,87$; $DT = 4,37$) y en la de *Bienestar Material* ($M = 4,93$; $DT = 4,32$).

Tabla 8. Puntuaciones de la escala de Calidad de vida

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil del índice de CV
E1	10	9	12	14	12	12	9	12	107	69
E2	9	8	11	14	14	13	13	12	106	65
E3	11	12	1	12	8	13	14	6	97	43
E4	12	10	1	14	2	10	11	11	92	29
E5	6	9	7	14	10	10	6	11	93	33
E6	7	9	7	12	2	10	9	12	89	23
E7	13	13	12	13	10	13	14	5	112	79
E8	7	10	2	16	2	13	10	9	90	25
E9	12	9	1	11	2	9	5	12	82	12
E10	9	11	1	12	1	13	6	4	78	8
E11	4	2	3	8	6	10	1	7	63	1
E12	10	7	1	6	6	12	6	12	81	11
E13	11	5	6	5	3	11	6	7	76	5
E14	9	8	8	10	9	10	7	10	92	29
E15	6	5	1	9	1	10	5	9	68	2
Media	9,07	8,47	4,93	11,33	5,87	11,27	8,13	9,27	88,4	28,93
DT	2,60	2,85	4,32	3,18	4,37	1,49	3,74	2,81	14,03	25,08

(M = 10; DT = 3)

(M = 100; DT = 15)

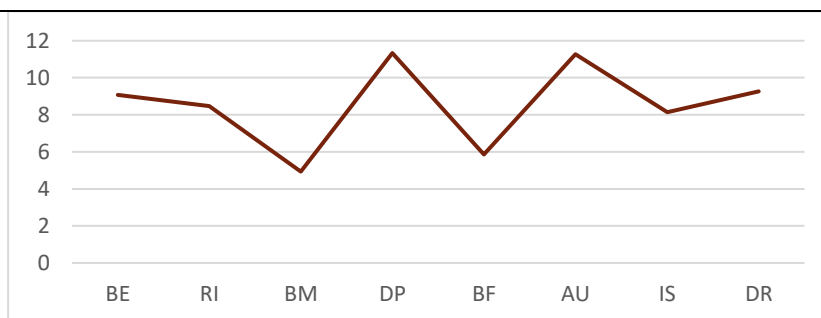


Figura 3. Perfil de calidad de vida (promedio)

En la siguiente tabla se puede observar la comparación de medias de las dimensiones en función de las diferentes variables de estudio (ver Tabla 9). Las diferencias no son estadísticamente significativas, menos en el caso de las mujeres que tendencialmente presentan puntuaciones más altas en *Bienestar Material* que los hombres [$t = -2,069$; $p = ,059$] ($M = 6,88$ y $M = 2,71$ respectivamente). También en el caso de los/as jóvenes-adultos/as (18 – 44 años) se observan tendencialmente puntuaciones más altas en la dimensión de *Bienestar Emocional* que los/as adultos/as, mayores de 44 años [$t = 2,906$; $p = ,012$] ($M = 11$ y $M = 7,78$).

Tabla 9. Puntuaciones de la escala de Calidad de vida en función de grupos sociales

		BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV
Género	Hombre	9,00	8,14	2,71	11,43	4,86	11,14	7,86	8,71	83,71
	Mujer	9,13	8,75	6,88	11,25	6,75	11,38	8,38	9,75	92,50
Edad	Jóvenes-Adultos/as (18-44 años)	11	9,67	4,67	11,17	4,50	11,00	9,83	8,83	91,33
	Adultos/as (>45 años)	7,78	7,67	5,11	11,44	6,78	11,44	7,00	9,56	86,44
Origen	Autóctono/a	8,50	7,90	5,60	11,10	6,50	11,70	7,60	8,80	87,40
	Extranjero/a	10,20	9,60	3,60	11,80	4,60	10,40	9,20	10,20	90,40
Situación de exclusión	Riesgo de ES	9,56	8,67	5,44	11,44	6,44	11,56	9,44	10,11	92,22
	ES	8,33	8,17	4,17	11,17	5,00	10,83	6,17	8,00	82,67
Enfermedad mental	No	10,20	9,60	2,40	10,80	5,20	11,60	8,80	8,60	88,00
	Si	8,50	7,90	6,20	11,60	6,20	11,10	7,80	9,60	88,60

Significados de la soledad: análisis de contenido a través de la voz de las participantes

Los resultados del análisis de contenido muestran cómo **la soledad se experimenta de forma diferenciada en la subjetividad e individualidad de cada persona** y cobra grados y matices diferenciados en función de su situación y experiencia vital. Las personas entrevistadas, reconocen las diferencias con relación a la percepción subjetiva de la soledad y su experiencia objetiva. Explican con claridad cómo, a pesar de tener contacto objetivo con distintas personas, la experiencia subjetiva de la soledad persiste en ellas de forma continuada, acompañándolos/as permanentemente y llegando en ocasiones a vivenciarse como una experiencia cronificada. Es esta subjetividad la que hace que una persona pueda **encontrarse rodeada** de una multitud **y sin embargo sentirse profundamente sola**.

“La soledad es una cosa, ves mucha gente que está al lado tuyo, pero al final no estás con nadie, estás solo. Mucha gente está al lado de ti, pero al fondo, dentro de ti hay algún vacío, ¿sabes? Te sientes sola”.

“A veces estás con mucha gente, pero al final te sientes al fondo que estás sola, ¿entiendes lo que quiero decir? Aquí hay mucha gente, pero al final te vas a tu cama y estás sola. Esa soledad está ahí contigo... Donde vas te acompaña”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“No me he sentido solo, aunque la soledad ha venido conmigo a todos lados, pero he tenido gente a mí alrededor. No es que he estado solo solo solo físicamente... es la soledad interna. Tener gente alrededor me ayuda, pero la soledad sigue estando ahí, es un continuo”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Yo me he sentido muchas veces sola, cuando he estado mal me he sentido sola, incluso cuando he tenido el apoyo me he sentido sola, me sentía sola por falta de comprensión, no sé. No me aporta tranquilidad, la soledad me aporta tristeza, para mí es eso”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

Soledad social y soledad emocional

En los testimonios de las participantes a la hora de conceptualizarla soledad, se hacen salientes definiciones como “la ausencia de personas queridas con las que tener contacto físico”, “no tener con quién hablar” o “no tener en quién refugiarse”. Asimismo, se realizan aproximaciones vinculadas a “no saber qué hacer en el tiempo de ocio”, lo que se asocia con desorientación o, en casos más extremos, con la pérdida del sentido de la vida. Estas vivencias se explican desde la **ausencia de redes**, la **falta de compañía**, así como con la **distancia o pérdida de personas significativas** para ellas y, en ocasiones, están relacionadas con **procesos de duelo latentes**.

“Para mí la soledad es no estar con la gente o no poder estar con la gente que de verdad quiero estar. No tener la presencia de la gente querida. Pero esa soledad me ataca mucho cuando no tengo a nadie, que he tenido esos periodos de no tener a nadie”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Antes vivía la soledad aislado, aislado de los demás. Siempre me faltaba algo y ahora me sigue faltando... la pareja, unos amigos... El año pasado tuve una pareja que me ayudó mogollón, pero luego se acabó y lo pasé fatal, pero bueno, una pareja y más amistades. Las amistades me aportan seguridad, bienestar, me aportan alegría, estar contento, disfrutar de la vida”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Es que estás solo, estás sola, no sabes qué vas a hacer...estás perdida en el mundo, no sabes lo que quieres...no sabes qué vas a hacer... no tienes alguien por quién luchar, no, no tienes ¿vale? Como que estás olvidada... Esos son para mí sentimientos”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Estar sola sin apoyo de nadie, sin apoyo y sin contacto con nadie, no sé. Sin contacto físico, ni hablar ni nada, la soledad es un vacío”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Yo creo que cuando eres mayor lo que quieres es compañía. Te gustaría encontrar a alguien y es por compañía. Luego lo mismo con las amistades hay que saberlas buscar. Me gustaría poder viajar, salir con él, comer, desayunar, contarle las cosas, tenerle para todo, para lo bueno y para lo malo. Me gustaría tener a alguien con quien salir, que te guste, alternar, hablar con otra persona que no le echas nada en falta a otra persona. Tienes a alguien que te gusta, y si es un hombre mejor todavía, yo lo veo así. Eso es difícil y más en las edades que estamos”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

En sus testimonios se refieren a la **soledad emocional, refiriéndose a la ausencia de relaciones de apego**, es decir, la carencia de **relaciones especialmente significativas para la persona** y que proporcionen una base segura. Este tipo de soledad se asocia con sensaciones de vacío, ansiedad y el deseo de tener a alguien especial con quien compartir la vida, aun cuando el contacto o las redes objetivas de la persona sean suficientes.

“¿Qué necesitaría? Me gustaría, por ejemplo, conocer una chica que me guste a mí pero que también le guste yo a ella claro. Y vivir con ella, estar con ella y volver otra vez a las andadas de antes, como estaba antes... Sé que es difícil. Y tener contacto con mis hijas, ¿Cómo estás? Bien, ¿Cómo te va? una vez al año, pues que sea un día o dos días verlas”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

“Me gustaría ser querida, tener alguien que se preocupase por mí, que me llamara para ver qué tal estoy, que pudiera hablar de mis cosas con alguna amistad o alguien cercano ¿me entiendes? Una persona que tenga afecto verdadero, que hable conmigo, que me pregunte por mí, que tenga interés en salir conmigo tranquilamente, dar una vueltecita tranquilamente o ir un día a pasear y tomar un café. Una persona un poco cercana conmigo, que me demuestre que tiene afecto hacia mí y que me diga cosas buenas, que me aporte cosas buenas. No tiene por qué ser un chico, puede ser una chica, una amistad, eso me haría sentir mejor. Suelen decir la soledad elegida y la soledad no elegida. Pues la soledad no elegida es malísima, yo creo que es mala para la salud”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

Así, la soledad se expresa en sentimientos de abandono, marginalidad, sensación de no ser aceptado/a por los/as demás. La soledad se vivencia junto con sentimientos de inseguridad, impotencia y tristeza que afectan a la calidad de vida de quienes la enfrentan. Entre los sentimientos que más se repiten en las respuestas proporcionadas por las personas entrevistadas se encuentran la **tristeza, la angustia, la impotencia, el dolor, la desesperación, la frustración, la ira y la rabia**.

“Con mi familia, mis sentimientos son negativos, de abandono, no creer en ti, pensar que tú no vales para nada. Porque al ser mi madre alcohólica, y mi madre se prostituía para alcohol, y entonces eso generó en mi familia no sé qué hostia. Y entonces a mí siempre me han dicho lo mismo, que acabaría como mi madre. No me preocupa”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“Te sientes impotente, te encuentras mal porque dices ¿qué hago?, ¿a quién llamo? y parece que cuando luego llamas a alguien, igual no es que te quieren escuchar, no te pueden escuchar, en el momento no tienes a nadie como para llamar. Te encuentras mal, como nerviosa angustiada, no sé cómo decirlo. Sobre todo, cuando tengo que tomar una decisión por algo”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

En menor medida, pero no por ello menos relevantes, algunas personas mencionan que su situación los ha llevado a **autolesionarse o tener pensamientos suicidas**.

“Rabia conmigo misma. Nadie me quiere, nadie tal... Bueno, me autolesiono. No sé para qué, necesito sacar esta cosa. Es una forma de sacar la rabia. También triste, me enfado contra mí, con uno mismo ¿Sabes? Te enfadas, dices que es una mierda, nadie me quiere, nadie quiere saber nada de mí... ¿Para qué valgo? Y te entran ahí ideas de muchas cosas. Y bueno, al final dices, es lo que hay y das la vuelta a todo, es lo que hay, no pasa nada ¿Sabes?”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Terminar... pensamientos de terminar con esto. Después pienso en mi hija, después me acuerdo de mi hermano, de mis sobrinos y digo: “no, no, no...” porque si pasa algo tampoco voy a poder hacer nada, buscas solución. A veces decía yo: ¿Por qué yo no me he muerto antes que mi hermano? Incluso esas cosas he llegado a decir “yo me debería de haber muerto antes que mis hermanos” les he dicho a mis hijos”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

La búsqueda de compañía, amistades, pareja o redes con las que ocupar el tiempo y compartir la cotidianidad es expresada por las participantes en términos de anhelo y nostalgia, especialmente cuando se activa el recuerdo de pasados donde la soledad no existía o cuando **se rememoran fechas significativas o rituales sociales** donde el **compartir con la familia o las amistades** tiene un valor social simbólico que funcionan como espejo de la soledad.

“Nos juntábamos antes mucho en familia los cuñados, hermanos, y todo, eso es algo que echo muchísimo de menos. Lo que más echo de menos. Para mí la familia ha sido todo, de hecho, siempre nos íbamos de camping, ahora en verano lo echo mucho de menos...”

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Yo la verdad, a veces he envidiado mucho que, en fiestas, Navidades, en cosas de esas, y estoy sola, no me encuentro con nadie, y acostumbrando a eso, pasan las cosas, pero no cuentes con que nadie venga”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

A veces, **el hecho de no crear vínculos consolidados en etapas previas de la vida o traslados de domicilio, han agravado o explican los sentimientos de soledad** que sienten en la actualidad. La falta de integración en el contexto local o comunitario es una de las razones que son expresadas a la hora de explicar por qué en la actualidad se encuentran en esta situación.

“Es que yo también he tenido relaciones... Yo me iba a Hernani, me iba a Andoain... Siempre me iba a donde el sitio de ellos. Y quieras o no, cuando se termina el asunto, pues te quedas un poco, como... Como que te has movido mucho y al final no has podido hacer mucho entorno, no sé cómo decirlo”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“No tengo muchas relaciones tampoco. Vivía en Bilbao y vine aquí. Entonces también empecé como de cero, no vas a estar con gente tan rápido y hacer amistades tan rápido. Las voces me dicen que tienes que ir a Donosti. No sé por qué, es lo mismo aquí o en Bilbao”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

“Si hubiera seguido en la izquierda abertzale hubiera estado siempre con esa gente y a lo mejor no me hubiera quedado solo, hubiera estado con esa referencia, y ya no te quedas nunca solo, ¿no? Pero entonces me alejé un poco y luego amigos o conocidos que nos juntábamos no eran gente consistente, eran tíos que quedábamos en un bar, por ejemplo, porque nos conocíamos de vista, pero la amistad no era consistente”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

Mencionan que, en la actualidad, a la hora de **afianzar relaciones, funcionan con el temor de ser abandonados/as y que, ante esa situación, terminan por abandonar ellos/as primero**. El miedo al abandono actúa como preventivo y obstaculizador de tejer nuevas redes y contactos, en tanto que, las inseguridades les conducen a relacionarse desde la desconfianza y el prejuicio hacia los y las demás.

“Mantener las relaciones me cuesta, me da la sensación de que cuando me conocen, me van a dejar de lado. Una sensación de que me van a abandonar, entonces ante eso abandono yo. Sentirme que no soy capaz de afrontar esas situaciones y por otro lado me margino, me abandono, me aílo y la tristeza, otra vez la tristeza, la pena, el vacío y volvemos a la misma rueda. No soy capaz de cortarlo, termino en el psiquiátrico, aquí, bebiendo y también pidiendo ayuda”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Si no conozco a la persona, primero la juzgo, y digo: “algo tienen, pero vamos a investigar un poco”. Yo siempre primero lo negativo y luego pues si sale bien, pues bien, digo “me equivoqué”, si sale mal digo “pues mira... hostia que no me he llevado.” Soy una persona que soy muy confiada, pero con el tiempo la vida te enseña a ser más, como yo digo, a protegerse. Aparte de ser una cabra loca, como yo digo, siempre lo voy a ser, eso no me lo va a quitar nadie, pero soy una persona que si tengo que ayudar a alguien soy la primera”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

Aunque en ocasiones se asumen las propias dificultades en el establecimiento del contacto, también se hacen presentes **reproches hacia los/as otros/as, a quienes se acusa de estar cerca cuando las condiciones son positivas y de desaparecer cuando emergen los problemas** (económicos, laborales, de salud, etc.). Este tipo de atribuciones suelen ir acompañadas de sentirse utilizadas por otros/as, lo que agrava el sentimiento de soledad y le añade un componente de injusticia respecto al trato recibido (y no merecido). Muchas de estas vivencias están relacionadas con los favores de tipo económico, lo que de alguna manera se expresa en una **asociación entre poder adquisitivo y relaciones sociales o falta de poder adquisitivo y exclusión y soledad.**

“Mucha gente cuando trabajas, y te ven bien se acercan mucho, pero cuando estás en una situación dura, se alejan. No vales para nada, es la realidad”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

“¿Las amistades por el dinero tal y cual? Si, repercute. Ya te digo, mis hermanos por ejemplo cuando estaba bien venían todos los días y aprovechaban de mí y cuando estaba mal, es cuando te dejan de un lado. Entonces te das cuenta de que no merece la pena”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

“Para mí sí, si tienes dinero eres alguien, si no tienes dinero no eres nadie, si vuelves a tener

dinero eres alguien, ya todo el mundo te saluda, están más contigo. Si no tienes dinero todo el mundo te da de lado. No es que te dejen de lado, pero es distinto, te preguntan de dónde recibes ayudas, cómo lo haces”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

Respuestas para afrontar la soledad

Por lo que se refiere a la sensación de vacío, las personas entrevistadas refieren distintas **estrategias de afrontamiento desadaptativas** que en sus palabras señalan **como formas de “taparla” o “llenarla”**. En concreto, hay quienes refieren ingestas descontroladas de comida, alcohol u otras drogas, así como otras personas que afirman **engancharse con facilidad a relaciones tóxicas** por el sólo hecho de estar con alguien, o **perder el control en el manejo del dinero**.

Frente a estas conductas desadaptativas, las participantes también identifican otras **estrategias más saludables como el deporte o la búsqueda de actividades** que les mantengan ocupados/as. Aunque estas estrategias puedan ser más adaptativas y se les atribuye la capacidad de ayudar a evadirse de los pensamientos destructivos, son leídas como una **forma de “escaparse” y de no afrontar la situación** en la que se encuentran. El **uso de las redes sociales como una forma de estar conectados/as**, tampoco acaba de ser satisfactoria para los/as participantes, quienes reconocen que suponen una forma de **contacto superficial y poco real**.

“Muchas veces hacerme daño. A beber hasta caerme seco, consumir speed... los porros no los considero como hacerme daño. Sobretudo, al beber. Es lo peor para mí. Estoy como siempre escapando, en deportes... siempre escapando. Haciendo las cosas a tope para olvidarme de esa soledad y ese vacío. Sin parar, sin parar. Siempre de expedición ohaciendo actividades de deporte. Sin parar en casa. A veces llegabacogía la mochila y a la semana ya estaba fueraotra vez. Es una forma de tapar, de conocer gente, de estar con gente, de estar ocupado”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Cuando te sientes sola, ¿Cómo explicar, siempre sientes que tienes que rellenarlo con algo, si fuera consumos, si fuera... sabes? Siempre quieres rellenar este vacío con algo. A veces me pasa con las parejas, te lo he dicho antes, no sé elegir bien, no es que no sepa elegir bien... lo que viene... me engancho. Siempre ha sido así, mi experiencia siempre ha sido así. Antes consumía más que ahora. Antes consumía coca, alcohol, he estado en Proyecto Hombre para dejar esto, y

ahora solo porros, cannabis y también estoy intentando dejar esto, pero es muy difícil. Y luego poco a poco estoy intentando dejar esto porque he estado con una pareja que tenía mucho “esto”, y me enganché mucho, me maltrataba y... para tapar este dolor y esto con estas cosas”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Había tenido ya problemas con el alcohol a la hora de beber y tal. Hasta entonces yo tenía un control. Pero cuando mi padre murió, me empezó a pasar una cosa que no me había pasado nunca, empecé a perder el sentido y la orientación. Salía un sábado, y venía un lunes a casa. Se deteriora tu imagen en la calle. La imagen social eso es. Entonces prácticamente no me empecé a mover con nadie y entonces cuando salía, salía solo. Bebía solo y más, porque estás solo y bebes más. Sí me quedó de referencia algún amigo, salimos alguna vez y tal pero se fue diluyendo. Ha habido gente que me ha dejado de saludar por el tema de verme ciego y tal, cuando me han visto ciego, que pierdo los papeles vamos”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

“Usamos los móviles, el Facebook para no estar solos muchas veces, las redes sociales ¿no? Para estar menos solos. Es para llenar un vacío, llenamos un vacío, la soledad es un vacío. También puede ser con comida, con vicios o con algo. No, yo no tengo, pero hay gente que sí, con drogas. Yo tengo con comida, por ejemplo, atracones”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“¡Uf! cuando empiezo a gastar siento como un relax, una cosa buena, porque cuando tienes dinero, estás bien, las cosas como son. Lo que gano, lo gasto. Si no tengo, pues me amoldo a lo que tengo, pues no tengo, pues no tengo y punto, y estoy mejor. No voy al bar, me vengo aquí, veo la tele, estoy más tranquilo, estoy esperando para cobrar, y tal, y luego cojo ansiedad, muchísima ansiedad, me pongo a beber y pierdo la cabeza. Y yo antes no era así, ni mucho menos, me junte con esta gente, te vas por ahí y de putas, pierdes la cabeza”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

La soledad como espacio positivo de independencia y libertad

Aun cuando los significados de la soledad se asocian con aquellos aspectos que originan más sentimientos negativos, las personas entrevistadas rescatan también **significados más positivos** en los que **asocian la soledad con la tranquilidad, el espacio propio, la paz o el disfrute**. Es decir, la soledad aparece vinculada a cierto nivel de independencia necesaria para funcionar adecuadamente dentro del mundo social y como una forma de enfrentarse con autonomía a los propios problemas.

Por otro lado, se expresa la capacidad desarrollada para estar solo/a, como un aprendizaje vital que las situaciones de falta de contacto objetivo les ha posibilitado. Así pues, para algunas entrevistadas, la soledad adquiere las dos caras del fenómeno.

“Hace muchos años sí que tenía cosas buenas. Hace mucho la soledad era otra cosa, estando bien pues era como relajante. Ahora, no tiene nada bueno para mí, todo lo contrario. No es malo estar sola a veces, pero depende también de cómo estés. Yo estuve pensando cuantas veces quería estar sola y no porque estaba mal y no quería que estuviera nadie a mi alrededor, a veces necesitaba estar sola. A veces, te apetece estar sola, pero de otra manera ¿no? Cuando estás bien te apetece un día de tranquilidad. De esta soledad que también se puede disfrutar. Hay veces también que, por ejemplo, estoy mal y me gusta estar sola. Yo creo que cada vez hace más daño, pero me recompongo algo, a veces necesito estar en lo mío. Espacio, tener espacio”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Hay veces que sí me gusta estar sola, otras veces no, pero cuando me ha tocado estar sola, pues sola. Bien, porque es mi escape, de estar bien, como liberada porque aprendes a estar con ella, yo he vivido con ella. La vez que quiero estar sola es cuando tengo que estar conmigo misma y pues si tengo algún problema, yo misma intento resolverlo. Porque como siempre ha sido así, yo siempre cuando me ha venido un problema, me he visto con el agua al cuello he intentado resolver el problema. Cuando estoy más eso... sí, prefiero estar sola, buscándome a mí misma, saber en mí lo que hago, lo que voy a hacer o lo que no debo hacer”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“Pero también a veces sola estoy a gusto eh. No por eso estoy mal, mal, mal del todo. La que uno elige, ¿no? La que uno decide estar solo en su espacio y está a gusto, eso es que está a gusto, una paz terrible, mucha paz, mucha paz y... no sé, muy a gusto. Estoy tranquila, nada me molesta, nada, nadie”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Ya estoy acostumbrado. A veces me gustaría estar solo-solo y a veces me gustaría hablar un poquito con gente y preguntar, bueno, sólo hablar, porque así no voy a estar aburrido, hablar un poco de la vida, de la política, poco más. Bueno, sí estoy solo no voy a tener problemas con nadie, ni discutir, ni solucionar ni nada. A veces estoy ahí solo un día tranquilo y bien. Pero a veces... muy malo, a veces muy malo la soledad. Por estar solo allí como loco, no. Yo prefiero que no. Estar solo, solo, solo, pues no sirve para nada”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

“La soledad es muy bonita porque, hay veces que tienes cosas muy bonitas, pues estás sola y por ejemplo quieres escuchar música, quiero pasear, mirar la televisión, estar tú tranquila, porque quieres estar así sola. A veces la gente no te dice nada, pero tú quieres estar sola. Sin más para

mí es eso, pensar tú, tus cosas, en todo”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

Soledad y variables sociales asociadas

En el desarrollo de la soledad concurren diversos factores. Algunas personas hacen referencia a los **factores individuales**, donde se hacen emergentes los **rasgos de personalidad** (timidez, falta de confianza en ellos/as mismos/as, etc.) y los **estilos cognitivos** (por ejemplo, evaluación subjetiva de la situación) de las personas entrevistadas.

“Pues yo creo que es porque soy tímido. Si no soy tímido yo voy a estar con más gente, pero como soy tímido me cuesta. Pues me falta confianza en mí mismo. Con el tiempo voy a mejorar”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

“Mi manera de, ¿hacer lo que yo he querido como yo he querido? siempre, creo que sí, sí. Desde los 25 por lo menos que yo me acuerde sí. Igual ahora por eso estoy sola, o no sé”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

El papel de la familia en la vivencia de la soledad

Entre los factores sociales, las personas entrevistadas hicieron referencia a situaciones de distinta índole donde la familia tiene una importancia especial. Situaciones de abandono, separaciones, pérdidas, situaciones de violencia como detonantes o más bien como factores explicativos de la soledad que viven.

De los testimonios de las personas participantes se observa el papel de la familia en las vivencias de la soledad, donde la sensación de abandono desde la niñez o la **falta de afecto familiar** que sintieron desde muy temprana edad por parte de sus hermanos/as o progenitores, se hace presente en las variables asociadas a esta experiencia.

“La familia es muy importante... la familia es todo ¿sabes? Cuando no hay la familia no hay nada”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Yo siempre me he sentido sola desde pequeña, siempre. El primer recuerdo de mi madre es con mi hermano que estaba enfermo de pequeño y entonces ella se volcaba más en él, con su cuidado. Entonces, yo me sentía desplazada. Lo ha hecho sin darse cuenta, porque ella, su niño, su niño, sin darse cuenta, entonces yo me he sentido desplazada”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Mis hermanos, a ver, me da igual, pero no sé cómo decirte. Parece como si fuéramos de distinto padre o madre. Porque, no tenemos nada que ver. Son malos mis hermanos, son unos cabrones. Mi hermana, no. Nunca he tenido esa protección de hermanos, nunca. Todo lo contrario. Mi padre y mi madre sí. Decir “vaya puta familia que tengo la verdad”. Por muchos hermanos que fueran a mí no me han ayudado en nada”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Mi familia creen que todo lo hago mal. Por ellos les daría igual, que yo muriese. Se quedarían más contentos, creo yo. Respirarían. Eso causa dolor, rabia, abandono, desesperanza. No tengo relación con nadie, vivo solo. A mis padres les da igual, piensan en ellos, mis hermanos igual. Con mi hijo bien y con mi mujer es la madre de mi hijo y punto. Solo me llaman cuando estoy mal. Cuando estoy mal siempre me llaman, cuando estoy bien nunca están. Me han hecho mucho daño. No se han quedado aquí. Nos han dejado sin vernos al crío y a mí y no les pienso llamar. Me hace sentir con mucha rabia, impotencia. se preocupan sólo de ellos. No son capaces de dar un poquito de nada a los demás, bueno a los demás sí. A mí y a mi hijo no. La familia cero, la familia no me aporta nada”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“He sufrido bastante en la vida, solamente por el mero hecho de comerme lo que me comí de niño por el tema político de mi padre. No sé exactamente qué trayectoria llevó en su vida, era un tío de extrema derecha. Aquí ocurrió lo que ocurrió en esos años y bueno, estábamos como tontos, porque estábamos defendiendo y te decían “tu padre es de Cristo Rey”. Probablemente no estaba organizado, no era miembro de nada, ni de Cristo Rey, pero se ha movido con esa gente, por la borrachera que llevaba, por lo que sea. Yo he echado en falta una figura de alguien, yo era un chaval. A ver, yo no quiero insultar a mi padre ni meterme con mi padre, pero si tengo que decir una verdad, mi padre era una persona irresponsable”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

También se ha visto que, en ocasiones, **conflictos familiares o problemas de convivencia familiar** (en algunas ocasiones son sentencias u órdenes de alejamiento) repercuten directamente en intensificar su sentimiento de soledad.

“Salí de casa cuando tuve una discusión bastante fuerte y ahora tenemos que trabajar mi hermana y yo para reunirnos, intentar, pero yo con mi madre no puedo, tengo una orden de alejamiento. Tristeza, no quiero ni pensarlo, los quito de la cabeza, pero el problema está ahí, el problema está en mi madre y en mi hermano, lo evito, o sea no lo pienso”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Yo a mi madre la quería mucho, pero como crié a mi hija en su casa, mi madre quería más como ejercer de madre que de abuela, y eso me sacaba a mí de quicio, discutíamos mucho... y cuando murió, murió de un ataque al corazón y mis hermanos me echaron la culpa a mí. Luego, al año o así de morir mi madre, mi padre se intentó suicidar, y también me echaron la culpa a mí, o sea yo he tenido la culpa de todo. En aquella época me sentía muy mal, decía, “mira que tener hermanos para esto”. Yo me sentía como el saco de las hostias de mis hermanos, el chivo expiatorio sí, ahí donde venían todas las frustraciones de ellos, venían a mí. Yo tenía culpa hasta de los problemas de ellos”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Mi madre y yo siempre hemos tenido muchos problemas de convivencia. En la adolescencia ya me pegó y todo y nunca ha sido una convivencia buena o sea que para convivir no. Tuve una crisis muy fuerte con 18 años de ansiedad, pues no le hablaba ni a ella ni a mis hermanos. Ahí es donde me mandó al psiquiatra y bueno empecé el periplo, tuvimos una discusión que vino la Ertzaintza y la jueza me indicó que saliese de casa, me dijo que solicitará la RGI y ahí yo no salí de casa. Mi madre me dijo que me fuera a un piso con gente que estuviese como yo, vamos, que no me iba a admitir en su casa tampoco. Al final me tocó la casa de Gobierno Vasco, de alquiler social”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

De esta manera, un elemento que se repite en las vidas de varias de las personas entrevistadas es el hecho de haber sido expuestas a **situaciones de abandono por parte de alguna de estas figuras de apego**. Cabe destacar que, al hablar de ello, las personas entrevistadas señalan de forma explícita y concreta los momentos de su infancia o adolescencia en los que se refleja la idea de haber sido abandonados/as. Ante estos hechos aparece el sentimiento de que no tienen a nadie o que nadie les espera, provocando un sentimiento de que “todo les de igual”.

“La soledad es un vacío, no conformarse nunca con las cosas, estar triste, siempre. Mucha angustia. A veces no, a veces soy una persona estupenda, pero siempre llevo eso dentro. Dentro, desde pequeño. Yo recuerdo con tres añitos agarrado a la barandilla del balcón solo, sin nadie a mi lado, sin pensar que mis padres estaban dentro. Abandonado. Me imagino que estarían dentro de casa. Era por la mañana, temprano, lo recuerdo perfectamente. Igual de mi madre no me acuerdo hasta los 14 años. No tenía ninguna relación, era más con mi vecina que con ella. Con mi vecina muy bien, se murió de cáncer de joven, además, se murió pronto con 50 por ahí. Fue como mi madre porque mi madre no me ha dado... ya te digo que de mi madre no me acuerdo de nada hasta los 14 o 15 años que empiezo con problemas y es cuando aparece ella, como figura de castigo más que de ayuda. La soledad es lo que te he dicho antes, vacío, no tengo un rumbo a seguir. Igual por temporadas muy bien, pero luego... sí, perdido. Necesito alguien que me ponga un poco el camino, porque si no, no sé qué hacer, por eso aquí estoy muy bien”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“La primera vez que me sentí sola fue el día que vine a España y mi padre me dejó aquí abandonada, ahí me entró, me entró esa cosa, ¿sabes? Como me han dejado en un centro de menores... Nadie viene a verte, nadie..., no sabía ni hablar en castellano ni nada, hablaba solo con gestos, intentaba...Y ahí en ese momento me entró esa cosa, solo sabes que te encuentras sola, sólo quería volver a mi casa y tal y nadie me ayudaba a volver. Quería volver a Marruecos cuando estaban vivos mis abuelos. Ahora no. Ahora ya están muertos. También cuando estuve en la calle, estuve en la calle cuando tenía 16 años, me echaron de un centro y me quedé en la calle. No me echaron, me llevaron a un centro muy duro. Mi madre se casó y se ha ido con su marido. Porque su marido le ha dicho, tu hija no puede venir a vivir contigo y eligió el marido, más que yo”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

Sin embargo, algunas personas también destacan el **apoyo recibido por parte de sus padres y madres**, señalando que han sido figuras imprescindibles a la hora de hacer frente a múltiples adversidades, como los ingresos hospitalarios en los momentos de crisis o los momentos económicos complicados.

“Yo no he tenido ningún apoyo laboral. Lo voy a decir tal y como me viene a la cabeza: A mí me soltaban del centro psiquiátrico y “ala, ahí te las apañas”. O sea, no sé cómo explicarlo muy bien la verdad. Era muy difícil retomar mi vida. Bueno, como he tenido siempre el apoyo de mis padres...y bueno, ya hace bastantes años que tengo la PNC. Pero me ha producido mucho dolor el estar tan enferma que no me ponía a pensar en mi situación económica, tenía a mis padres. No sé cómo explicarlo muy bien. Dentro de lo malo he tenido esa suerte”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

Un elemento recurrente en las entrevistas realizadas es la vida en pareja y la **separación o el divorcio**, que es vivida como **una situación vital clave que se relaciona con el sentimiento de la soledad**. En el marco de la vida en pareja, algunas personas refieren haber aguantado relaciones dañinas/tóxicas/sin futuro por la existencia de los/as hijos/as o por el miedo a perderlos/as, así como haber estado en relaciones donde fueron perdiendo el resto de su red social. En otros casos la separación o el divorcio los ha llevado a alejarse de los hijos/as y de toda la vida anterior (incluidas las redes que se sostenían a través de la pareja), perdiendo así el autocontrol y llegando a caer en las drogas y el alcohol.

“A raíz de casarme y de tener el crío, dejo de hacer cosas: el deporte, andar en moto, muchas cosas... hasta que me separé y de ahí caí en seco, en picado, en picado”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Me separé cuando tenía seis años, pero tenía miedo de que me la quitaran, no sé por qué, tenía una inseguridad y volví con él hasta que ya no pude más a los dieciocho años se acabó. Aguanté por la niña”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Yo he estado ingresada en centros psiquiátricos por las depresiones, la primera con 23 años. Mucho sufrimiento, porque yo era... en sí mi ser es así, como unas castañuelas: muy alegre, muy sociable, muy viva. El novio de toda la vida... Ocho años juntos y se terminó y para mí fue un golpe muy duro. Un golpe muy duro que me afectó demasiado, demasiado”

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“A raíz del divorcio, de la separación, ya me daba todo igual ya. Amistades no tengo. Bueno, de siempre no, a raíz del divorcio, pues, bebes, te tranquilizas y vas a tu bola. Te acuestas, duermes y al día siguiente te levantas y te vienen todos los problemas. Pues bueno, bajas abajo, te tomas un par de chupitos y así, lo que he hecho, hasta llegar aquí, más o menos. Eso ha sido la vida mía. Cuando estaba casado, tenía mi mujer, tenía mis hijas y tal, pues estaba bien, no tenía problema económico, estaba bien de salud, me llevaba bien con todo el mundo, y estaba muy enamorado de mi exmujer. Lo que tenía que haber hecho es centrarme en mis hijas”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

“Si tengo una hija, pero no quiere saber de mí. Me escribió una carta diciendo que era duro haberse quedado sin padre, fue a raíz de separarme y me enganché (a las drogas). Yo me enganché tarde, además. Tenía amigos cuando era pequeño...tenía unos aquí otros allí, jugábamos a fútbol, pero cuando yo me separo y eso pues... A raíz de separarme, lo único que hice fue tirar todo lo que había hecho”.

(E15: Hombre, autóctono, 60 años)

Otra consecuencia de la separación o el divorcio puede ser el hecho de **quedarse a cargo de los/as hijos/as** pasando a ser una **familia monomarental**. Esto mayoritariamente conlleva una crianza y educación en solitario.

“En la adolescencia muchos problemas, es duro a veces, ese barco con mucho... sola. Cuando mis hijos eran pequeños, era muy feliz pero ahora cuando son adolescentes es más difícil, es muy difícil. Siempre mis primas me decían “ay, no sé tú cómo te has arreglado con tus hijos” porque ellas tienen hijos pequeños. Mis primas a veces no pueden con los hijos... yo antes sí, pero ahora me sobrepasa”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Las **pérdidas de los progenitores o los familiares y amistades más cercanas** agudizan los sentimientos de soledad. Al mismo tiempo, el hecho de haber perdido la relación con los/as hijos/as por causa de enfados también tiene una implicación directa en sentirse más solos/as.

“Les echo mucho en falta a mis padres, es una mezcla, un popurrí de muchas cosas y pienso por qué lloro. Porque igual piensas que podía haber sido distinto cuando ellos estaban, las situaciones, las complicaciones, cómo hemos estado viviendo, te condicionan o te condicionas. Mi padre murió hace 11 años y mi madre va a hacer 3 años. El morirse un padre o una madre parece que no, pero es diferencia. Me afectó más mi madre”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

“Hay personas que ya no están, tengo personas que se me han muerto cercanas y claro eso ya es imposible, como mi madre, por ejemplo. Bueno, pues con mi hija desde los 14 años no nos hablamos, ahí tiene su historia claro, pero siempre hemos estado muy juntitas y muy unidas. Al principio no me lo podía creer que mi hija no me hablase. Como ahora no tenemos relación, ya me he hecho la idea, pero eso no quiere decir que no tenga ganas de espachurrarla. Lo he pasado muy mal estos cinco años que no estoy con ella, sobre todo al principio, lo pasaba fatal, no entendía el por qué”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Tenía unos amigos. Una cuadrilla, dos o tres amigos... uno se mató. Me afectó bastante, lo que pasa que tienes otros amigos y tal, pero me afectó bastante. Era muy amigo mío, era bueno, un

poco duro a la vez también en algunas cosas, pero a la vez muy buena persona, hacíamos migas”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

“La soledad empieza a aparecer con la muerte de mi padre, yo pienso que con la muerte de mi padre ahí se produce una soledad porque él por aquellas fechas sí que había rectificado, y era una persona normal, y acabó siendo buen marido y buen padre. Mi padre llenaba mucho la casa, tenía mucha energía, a veces demasiado. Sí que tenemos bastante mala suerte en el sentido de que muere cuando se estaba normalizando, cuando éramos una familia normal. Conociendo con sus límites, pero como todo el mundo. A mí me dio pena como pérdida como mi padre que era, con sus pros y sus contras, pero noté como una soledad en aquella fecha, o sea, como que coincidió en el tiempo, y a mí me da que coincidió en el tiempo porque la gente, bueno gente conocida empezó a hacer su vida, y yo me quedé ahí solo, y por ejemplo con mi padre ahí tenía una referencia o lo que sea, y esa soledad mi madre no la llenaba para nada”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

En varios casos, las personas entrevistadas refieren haber convivido con **figuras de apego y/o parejas que tenían problemas** de consumos y se movían en ambientes hostiles, generando miedo e inseguridad en sus hijos/as.

“Estuve saliendo con un chico tóxico...la relación tóxica. No le importaba nada porque bebía y empeoraba yo. Hace siete meses ya que no lo veo y parece que voy superando, pero hace poco fuimos a la isla y se le ocurrió a la educadora y dijo: ivamos a meternos por aquí! y lo vi, pero lo vi todo bebido. Me llevé un chasco que, aunque no lo quiera el corazón... me puse mal. Tuve que tomar la pastilla del rescate y esa es la realidad. Me hace daño, me entierra”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Mi padre por el tema del alcohol perdía los papeles y era un tío muy negativo y no voy a decir peligroso... pero de hacer sufrir. Yo he sido chaval y tengo unos recuerdos de mi padre de que me ha causado mucho sufrimiento, ya el desencuentro que había entre mi padre y mi madre, ya el hecho que venía a las doce, a la una, borracho... bueno borracho... colocado, pues mi madre ahí lo que me suponía eran gritos ¿no? Gritos de la mala leche que se llevaban, y yo recuerdo dentro de lo pobre, bueno pobre, de lo chaval que eres que le decía “oye, cuando venga el papá no le grites” porque me asustaba, ¿no?”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

Además de la vivencia de la soledad en sí misma, los testimonios introducen diversas situaciones que forman parte del sufrimiento que los acompaña. De este modo, hablar de soledad es también una forma de conectar con todas aquellas vivencias que forman parte de un recorrido o trayectoria vital dolorosa. Entre ellas, por ejemplo, una de las personas entrevistadas refiere haber sufrido **abusos sexuales por parte de una figura familiar** en la infancia, siendo esto un hecho que le ha marcado sobremanera.

“Cuando tenía 13-14 años tuve un problema bastante gordo. Mi madre trabajaba en un sitio y mi padre también y mis hermanos también, entonces me quedaba solo. Y mi madre me obligaba a que fuera a una prima de ella que era profesora, y claro, cuando tenía 13 años, pues esa persona, pues abusaba de mí, y claro, ella me compraba cosas y todas esas cosas. Cuando mis padres en aquella época tuvieron que marchar para Alicante, entonces vivíamos en Portugalete, en Bilbao, ya nos fuimos ahí y entonces yo se lo dije a mi padre y a mi madre lo que había pasado. Claro, mi madre no me creyó, pero mi padre sí, entonces, mi padre le llamó a la prima y le dijo que no se te ocurra venir aquí porque si vienes te mato. Al cabo de dos años o así, se ve que mi madre pues, vino a pedirme perdón. Pero no me valió a mí eso, no me creyó en su momento. A raíz de eso me costaba bastante”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

Igualmente, también se han registrado narrativas sobre situaciones de **violencia machista**, ya sea por haber sido expuesta a ella en la infancia o por haberla sufrido por parte de su pareja o algún familiar.

“Ahora ya estoy sin pareja, no estoy pensando en esto, acabo de salir de una relación muy mala ¿sabes? He estado con un chico un año y me ha pegado, siempre me insultaba. Como que no estoy preparada ¿entiendes? Bueno, intenté hacer relaciones, pero a la mínima, ya me entra iuff! Ya empiezan a decirme, no sé qué, el móvil y no sé qué... y digo “ya empieza como a controlarme...” ¿me entiendes? Yo no quiero que alguien me controle”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Es que yo he tenido también soledad impuesta. Pues yo tuve antes de entrar aquí, malos tratos de uno de mis hermanos, así de claro, que es por lo que estoy aquí, porque no tenía otro lugar donde ir que la casa de mis padres y me sentí destruida por él, por el hecho de no tener otro sitio donde ir y la casa era suya. Además, eso, yo era -la hermana de-, no era yo”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

La situación de calle, centros residenciales y su impacto en la soledad

Otro elemento que se asocia a la soledad está relacionado con la exclusión residencial y el sinhogarismo. Las personas entrevistadas sostienen que **“la calle” se caracteriza por un ambiente tóxico y salvaje**, que combina relaciones de competición y colaboración de forma simultánea. La lucha por la propia supervivencia dificulta el tejido de relaciones sociales de confianza, especialmente en las mujeres que acusan situaciones de **cosificación sexual o la demanda de favores sexuales** a cambio de apoyo. Sin embargo, de forma paralela también se producen vínculos de apoyo y ayuda mutua entre personas que se encuentran en la misma situación.

“Me escapé de Deba, y estuve en la calle meses, y me sentí muy mal, como tirada, nadie me hacía caso, eres menor y estás en la calle, tampoco es... no es algo agradable ¿sabes? Y ahí poco a poco empecé a meterme con gente que no debería andar, a conocer gente mala, y bueno no es mala la vida, la vida te pone mala... Las secuencias de la vida te llevan a este camino. En un momento te da igual ¿sabes? Te da igual todo. Dices, no me espera nadie, no tengo a nadie, me da igual todo... o lo que sea ¿sabes? Y por eso”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“La calle es muy... cómo decirte... la calle es una cosa... cómo explicarlo, cómo definirlo... espera... hay mucha gente salvaje en la calle, ¿sabes? La calle es así porque nadie se preocupa por el otro... porque es una situación tóxica, como se dice. Cuando estás en la calle siempre hay alguien que te ayuda, pero luego quieren algo a cambio, y si fueras chica más, ¿sabes?”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Yo rechazada he estado por mi familia, pero por lo demás... lo de estar en la calle y eso... he estado bien, he conocido un chico que sabía todo eso de... me ha ayudado mucho. Sigo hablando con él, él vive en Almería y sigo hablando con él. Ese me enseñó a mí en parte lo que era de verdad la calle, que es muy penoso, muy penoso. Duro y penoso”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“Cuando me quedé fuera de casa estaba más sola que la una. Mucha angustia, una angustia terrible. Me salía el corazón por la boca, porque luego además estuve en albergues, vienes a las siete te duchas, te dan de cenar y a las nueve ya a la calle, pero hasta las siete no entras y ¿qué haces en la calle, tantas horas? Yo cuando estoy acostumbrada a la casa tantas horas en la calle es terrible, y dices, ¿la gente como aguanta? Me miraba la gente que estaba conmigo y miradas tristes, unas miradas vacías, o desesperación. Había gente que estaba en la calle pues, algunos por alcohol, otros por trabajo, porque la mujer, se había separado y tal y mira que, ¿aquí hay vida? ¿Hay esperanza? Toda la vida así, no quiero vivir”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

Estas situaciones también se repiten en los **centros residenciales**, donde el tipo de alojamiento también afecta a las relaciones sociales que se establecen en ellos. A menudo, las **normas** que han de seguir en los centros residenciales, que normalmente tienen que ver con los horarios, la administración económica, el consumo de sustancias etc. **son percibidas por las usuarias como limitaciones para la conexión con otras personas o como pérdida de autonomía e intimidad.**

“El alojamiento afecta en las relaciones, de tanto de pareja, como de familiar, de amistades y de todo”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Es por la situación que estoy viviendo en este centro, horas de salida y a las ocho tenemos que estar todos. Hombre, si puedes pedir tener salidas, pero no es lo mismo que estar viviendo en tu piso”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Aquí no todo el mundo está libre en el centro, hay horarios, hay tareas que respetar, muchas cosas que hacer, muchas cosas, no estás como estás en tu casa, puedes hacer lo que quieras, no es lo mismo como vivir en el centro. Si aquí se come a la una y media y si llegas a las 2, ya no tienes comida, por eso hay que respetar los horarios. Si no respetas las normas del centro, te pueden echar”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

La vida en estos alojamientos supone enfrentarse a la convivencia con el resto de compañeros/as, donde las **diferencias individuales** son a menudo fuentes de conflictos ya sea por las causas por las que han accedido al recurso o por sus diferentes historias de vida que no permiten la conexión y relaciones entre ellos/as. De alguna manera, de las entrevistas se desprende que las personas entrevistadas quieren construir relaciones con personas “sanas” o que no se encuentren en situaciones de exclusión. Las relaciones deseables son aquellas que tienen que ver con la población que vive en situaciones “normalizadas” y la red social que posibilitan los centros residenciales o los distintos programas, suponen relaciones

con otros/as vulnerables con quienes **no necesariamente se entablan relaciones demasiado personales**. Se tratan, fundamentalmente, de **relaciones de respeto y convivencia**.

“¿Cómo definiría este lugar para mí? no apto para mi persona. Bueno, a ver en cuestión de sitio físico está genial. Tenemos cada uno en nuestra habitación con cuarto de baño, está muy bien, eso sí. Pero yo pedí ayuda por cuestiones de malos tratos, y bueno me metieron aquí. A ver, digamos que he sido una chica, una mujer, es que iba a decir normal pero tampoco es la palabra... Vamos, que no estoy en ese panorama de tener que rehabilitar. La diputación veía mucho que yo había estado en muchos centros psiquiátricos... más que nada por eso, pero con los compañeros, es más yo les llamo más vecinos que compañeros, porque no hay ningún tipo de feeling. Vamos, que son personas que han llevado un tipo de vida muy diferentes a la que he llevado yo”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Estamos aquí, pero al final cada uno tiene su historia. Convivimos aquí, pero esta cosa a nadie le va a llenar”

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“La primera vez que estoy en un recurso. Al principio extraña, mucho yonki, mucho alcohólico, es que era lo que veía, mucho vago y vaga, mucha guarra”

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Con los compañeros, cada uno respeta, y lo respeto, a veces hablamos, un poco de todo. Por ejemplo, estamos hablando de medios económicos, del dinero a veces. A veces chistes y un poco así, no es de vida personal cada uno. Se habla y se olvida. Porque ninguno me ha contado sus cosas personales, solo cosas así para pasar un rato y cada uno va corriendo a su habitación”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

A pesar de ello, los/as participantes que residen actualmente en estas viviendas institucionales, reconocen que tanto los y las compañeras como los equipos profesionales son figuras de apoyo para ellas, sintiéndose **respetadas, escuchadas e incluso queridas**.

“Me siento bien, a veces, bueno, a veces hay cosas, somos gente que somos distintas unas de las otras, quieras o no quieras hay voces... pero, cuando pasa algo, siempre estamos ahí una para la otra”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“En el centro, aunque tenga mis escapadas, confían en mí, mucho. Produce paz, felicidad, seguridad, apoyo. Me he sentido arropado me tratan muy bien, la verdad. Tener a gente me ayuda a superar eso. Da seguridad, estabilidad, felicidad, me lo paso bien. Estar aquí me ayuda a no guardarme las cosas, en ser más claro, en intentar sacar esa soledad, compartiendo con los demás el cariño. A veces me siento como dependiente, dependiendo de esto, que no voy a ser capaz de hacer la vida solo. Ahora me da miedo, quizás con la edad... me da miedo”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Porque hay mucha gente ahí y no estás solo. Y puedes hablar con trabajadores ahí también. Pueden escucharte si tienes problemas y te apoyan también. La mayoría es muy bien con ellos. Me siento bien, no tengo problemas con ellos y nada. Cuando entras saludas, hablar, reír... No son muchas cosas, pero bien. Cuando entras ahí ellos también te dicen que se sienten bien conmigo y... bien. Antes estábamos en una casa abandonada, pero ahora ya estamos en Hotzaldi. Pues mejor Hotzaldi. Porque el otro era un poco complicado con la policía y también la suciedad. Duele esa vida, mucho, mucho”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

“El apoyo que tengo ahora pues el chico este y no tiene nada eh, pero, nos apoyamos el uno al otro, nos damos consejos el uno al otro. Es la única persona en la que confío. La asistente social de salud mental también, las dos. Con ellas estoy encantadísima y ahora me han puesto una psicóloga, también. Estoy encantadísima con las tres. Siempre me recuerda lo tranquila que estamos aquí apoyando a seguir el camino, te apoyan, están contigo. No te dejan sola. Yo le doy gracias a mi psiquiatra, hace años que estoy con ella”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

Además, estar en el centro les **permite participar en actividades que se organizan** y de esta manera, aumenta la posibilidad de establecer nuevas relaciones de amistad.

“Muchas veces donde estoy estudiando la EPA, hacemos salidas a museos, pueblos. Son buenas experiencias, tenemos más relación con los compañeros cuando hacemos esas actividades, hablamos, reímos... es algo bueno. Conocer personas y ellas a ti, porque a veces ves una persona y no vas a saber nada de ella, pero cuando te acercas y hablas con él se cambia la idea de ti. Cuando acababa de llegar un poco no salía de las actividades no quería saber nada de eso, pero cuando empecé a salir de actividades o cualquier cosa que me dicen que puedo estar les dije que sí, porque conoces a más personas y ellos a ti”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

“Bueno pues como actividades no está mal, pues no vas a estar toda la semana solo, al menos vas a estar una hora hablando con gente, y haciendo cosas... Mejor que solo creo”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

Así, el discurso que se repite reiteradamente entre las personas entrevistadas es el del **carácter temporal/efímero/momentáneo del recurso del que participan**, destacando no quererse acomodar en él, ya que se entiende el recurso como una herramienta que les pueda proporcionar el impulso para mejorar su situación actual.

“Mis necesidades básicas están cubiertas, vamos a decirlo así, por lo que, comida sí, vale, techo para dormir, cama también. Espero que me sirva a mí como trampolín”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“¿Te digo la verdad? Es una ayuda, pero es un momento ¿sabes? Y se va a acabar esta cosa, no vas a tener todos los días esto, ¿sabes? Yo quiero buscar trabajo, para hacer mi vida yo. Te vas a enfrentar a la vida real, porque aquí no es una vida real, es temporal ¿sabes? Una cosa temporal. Esto es algo temporal, llegará un día y tienes que buscar tu trabajo, tienes que buscar tu casa, tienes que ahorrar un poco para tener un techo ¿sabes? Porque no podemos estar aquí toda la vida. Esto es un programa de seis meses a dos años y ya está”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Quiero más solvencia, porque yo no me quiero acomodar como gente que yo sé se acomodan en un recurso, de recurso en recurso. Yo pienso que un recurso está para la que necesita en ese momento, para dar un empujón para ese momento, pero no para acomodarse”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

En cuanto a los apoyos institucionales que existen en Gipuzkoa, las personas entrevistadas **valoran como positivo el trato recibido desde estos espacios**. Así, mencionan que el asesoramiento, orientación y/o apoyo psicológico ofrecidos en los servicios sociales y/u otras asociaciones les ha sido de gran ayuda. Señalan como positivo el hecho de **tener sus necesidades básicas cubiertas, el trato**

individualizado que se les da en dichos recursos, así como una estabilidad y el acompañamiento para hacer un proceso y alcanzar los objetivos propuestos.

“Me han ayudado mucho, gente de servicios sociales y la gente de centros, y bien la verdad”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“A las instituciones les estoy muy agradecida”.

13 (Mujer, autóctona, riesgo, sí)

“Yo los dos primeros años que estuve aquí estuve muy hundida con la situación que teníamos, no me gustaba nada estar aquí cogían a todos por el mismo patrón. Eso siempre me ha parecido muy mal y de dos años y pico o así hasta esta parte, estamos individualizados, cada uno con nuestras necesidades de vida. Por ejemplo, yo con la edad que tengo, no pueden pretender que yo haga el mismo estilo de vida que un chico que tiene 27, no tiene nada que ver. Entonces antes, los dos primeros años todo era revuelto, estamos todos más o menos en lo mismo. Yo tenía que buscar un plan de vida, de trabajo...y ahora es individualizado, totalmente diferente. Ahora me siento más apoyada, antes no”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Tienes una cosa estable, no estás un día en un albergue, otro día en otro albergue. Estás en una cosa estable, estás trabajando en un proceso para sacar tus objetivos que quieres, A mí me gustaría encontrar un trabajo y seguir mis cursos que estoy haciendo aquí, y bueno y ahorro y salgo con una vida digna. A veces me enfado con ellos, pero bueno luego vuelvo a desenfadarme. En referencia a lo económico me han ayudado mucho, gente de servicios sociales y la gente de centros, y bien la verdad”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“La situación económica es mala. Todavía no estoy trabajando, aunque estoy en un centro temporal, no es para siempre. Conseguimos una paga semanal, pero no puedes resolver problemas de la vida. Antes tenía una situación peor de vivir en la calle, no tenía ni un euro si por ejemplo quería cortarme el pelo... ahora estoy un poco mejor. Estoy un poco contento y quiero aprovechar eso, para conseguir cosas que quiero yo. Cuando no he tenido trabajo me he encontrado en la calle otra vez. De momento con la paga del taller y las ayudas me siento contento, porque mejor que no estar haciendo nada y consigo un poco de dinero y estoy aprendiendo cosas, pero para trabajar siempre en ese trabajo no. Trabajar por 45 € semanales son 180 € al mes, que una persona...”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

Situación socioeconómica y soledad

La mayoría de las personas entrevistadas **son receptoras de algún tipo de prestación económica** tales como la Renta de Garantía de Ingresos (RGI), la Pensión no contributiva (PNC) (la pensión de viudedad o la prestación económica por discapacidad). Estas ayudas **generan diversos sentimientos en las personas receptoras**, quienes manifiestan sentirse avergonzadas por recibir las aun cuando son conscientes de que se trata de un derecho social que tienen.

“Me hubiese gustado, como muchas personas, tener mi jubilación, mi propia jubilación, pero por mi situación de vida no ha podido ser. Yo soy una luchadora, pero si no he podido tener otro estilo de vida, pues por supuesto bienvenido sea este apoyo económico. Ya no puedo trabajar, ya no me cogen en ningún sitio. Ahora procuro, dentro de mis posibilidades disfrutar un poquito de las pequeñas cosas. Hombre, si pudiera trabajar trabajaría eh...”

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“En la segunda revisión de reconocimiento médico me subieron el porcentaje de incapacidad. Por una parte, mal y por otra, dije: bueno, ya que estoy mal por lo menos voy a cobrar una ayuda. Significa pues que no estoy bien, que he empeorado. Ya que estás mal pues te echan una mano, la PNC cobro, no me puedo quejar ¿no? Por una parte, ya que me ha tocado lo que me ha tocado pues bien ¿no? Que te valoren lo que te pase está bien. Me gustaría ganarlo por mí sola y no tener que pasar por lo que estoy pasando. La ayuda no me va a curar lo que tengo”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo, desde el año pasado. Más tranquila, porque realmente no estoy para trabajar porque me duele la espalda y luego como tengo una psicosis, te cuesta concentrarte implicarte en el trabajo”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

Tal y como señalan las personas entrevistadas, estas ayudas les **permiten cubrir los gastos básicos** como la comida o la ropa; sin embargo, no resultan ser suficientes para poder hacer frente a gastos como el alquiler de una casa o incluso una habitación en un piso compartido. En consecuencia, las personas entrevistadas apuntan que estas **dificultades económicas** son un **impedimento a la hora de desplazarse o hacer actividades** de ocio donde pudieran aumentar el contacto social y aliviar los sentimientos de soledad.

“Pues si encuentras por ejemplo conocidos antiguos, de hace mucho tiempo, no puedes invitarle para tomar algo, eso también... pues mal”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

“Cuando tienes dinero todo el mundo se acerca, puedes tener una vida más social, que, si me voy a cenar, lo esto, lo otro. Para mí social puede ser ir a pasear, hacer otras cosas que no es ir a cenar, antes era ir a esquiar. Mis amigas me han dejado de llamarme también, claro. No sé si es porque también hacen su vida o ellas también andaban económicamente mal”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Impotencia. Si sales tienes que pagar. Yo no hago vida social más que solamente entre semana que voy a tomar un café, y ya le dije a la orientadora, me quitáis esto y entonces apaga y vámonos. Para salir lo normal todos los sábados y domingos, no podría salir como mucho un domingo o dos al mes”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

“Lo justo para vivir. Sin caprichos. No me puedo permitir salir a cenar, ni ir de copas, ni me puedo permitir el cine. El tema de ocio afecta porque lógicamente no puedes estar saliendo y gastándote 20€. Es un gasto que para mí es excesivo, salir. Te condiciona, porque cuando he tenido alguna cena este año con el Euskaltegi, pues claro, tú misma te dices, tienes que ir a la sidrería y se te cambia el rictus, porque dices, ahora 35 euros o lo que sea, pues es dinero para mí, no me sobra. Es que, con las amistades, llevo muchos años sin salir, porque me hacía un agujero en la cartera”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

Asimismo, las participantes refieren que estas **dificultades económicas** no sólo **limitan** sus **oportunidades para relacionarse con otras personas**, sino que también son **motivo de exclusión y de rechazo** por parte de los círculos sociales a los que pertenecían.

“Es que yo voy al gimnasio, pero veo que había cenas y ahí quien iba, las que trabajan, luego yo llevaba unos leggings normales y ellas se van cambiando y entonces se hacen grupitos. Quieras o no te apartaban, porque ellas andaban, “ay te tengo que contare algo”; se juntaban ellas y te miraban, yo llevaba la misma ropa, y entonces ahí se ve que te excluyen y es simplemente por la apariencia, puede ser por cómo vistes. Yo iba al gimnasio porque pagabas menos por estar sin trabajo”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

Sin duda, la posibilidad de tener ingresos es importante para una participación normalizada en la vida social, pero además de cumplir esa función, las personas entrevistadas refieren que **realizar actividades de voluntariado o el trabajo, cumple una función fundamental de percepción de contribución, utilidad social y realización personal**, ayudando a aliviar los sentimientos de soledad y evadirse de sus preocupaciones cotidianas.

“Voy de voluntario a las mañanas a un invernadero. Me hace sentir súper bien, útil. Realizar actividades me ayudan a rebajar sentimientos de soledad un poco”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Cuando voy a trabajar por lo menos me siento útil, ¿no? Sentirte útil. Yo siempre he pensado que hay que trabajar para ganar dinero, pero también se gana salud, porque tienes menos tiempo para darle vueltas a la cabeza, para ocupar el tiempo. También te sientes realizada y útil”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Estoy aquí todo el día en casa, te sientes no sé, inútil, como te he dicho antes, no haces nada ¿sabes? Porque tú tienes dos manos, dos piernas, puedes trabajar, lo que se trae con tu sudor mucho mejor, ¿sabes? Si yo tuviera trabajo, si yo tuviera casa, puede que tuviera más gente a mi lado”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Tengo mi habitación, como soy el cocinero, cocino lo que me gusta a mí y como sé que a la gente le gusta, pues estoy bien, a la gente le gusta como cocino y a la gente que trabaja aquí también. Pues cocinar y todo eso me ayuda bastante si, disminuye (la soledad). Si tengo que hacer por ejemplo la comida, me ayuda. Si no haría nada pues estaría peor. Mientras esté haciendo algo, estoy bien”.

(E10: Hombre, autóctono, 57 años)

“Al estar ocupada en algo que tienes que hacer no le das a la cabeza tantas vueltas. Es que una cosa lleva a la otra. Si tú trabajas es más fácil para relacionarte. Claro, si me meto en una cafetería puedo hacer amistades, pero se me va el dinero. Si estás trabajando, si te puedes permitir estar en una cafetería. Yo creo que en esta vida el dinero es poderoso caballero”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

Casi todos/as **comparten el deseo de acceder a un empleo con condiciones dignas, que les permita valerse por sí mismas**, con seguridad de lo que van a cobrar a fin de mes y no depender tanto de los recursos. A esto se le suma la idea de que la mayoría de las usuarias **ven el trabajo como principal herramienta para mejorar su situación**, poder ahorrar y, por consiguiente, emanciparse o incluso para poder formar una familia.

“Lo mínimo que cualquier persona, conseguir un trabajo, una vivienda normal y formar una familia y ver a mi familia. No quiero más. Ahí no voy a sentir la soledad, cuando tienes eso, estás formando una vida.”

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

“Lo más importante yo creo que es un trabajo digno, ¿no? Una seguridad de que vas a cobrar tanto al mes, de que digas una semana voy a ir de vacaciones, o voy a comprar tal cosa que necesito, y no estar así con esa incertidumbre. Después conseguir un piso económico, bien, que no tenga humedad, para guardar cosas y que no estemos viviendo como estamos ahora. Mejorar. Y ahora tenemos el proyecto ese de la cooperativa: a ver si sale”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Grupos sociales más propensos a padecer soledad

De todas las personas entrevistadas, algunos colectivos se encuentran en posiciones menos privilegiadas en la estructura social, donde la acumulación de variables de vulnerabilidad incrementa el riesgo de exclusión y el desarrollo de sentimientos de soledad. Es el caso de las personas con enfermedades mentales, las personas migrantes y las que trabajan en el área de los cuidados.

Soledad de las personas con enfermedades físicas y/o mentales

Las personas con **enfermedad mental o** limitaciones físicas señalan cómo, a través de estas situaciones, son estigmatizadas y rechazadas socialmente.

En el caso de las personas con enfermedad mental, los testimonios reflejan pérdida de sentido vital e imposibilidad de disfrutar de la vida.

“Tengo pensión de incapacidad por depresión y depresión mayor, además. Estuve ingresada y todo. Incapacidad no, porque yo soy muy capaz, que esa es otra, no sé por qué le llaman enfermedad. Al menos en mi caso de depresión, porque yo siempre he estado con la cabeza como me puedes oír ahora, pero el dolor siempre lo he tenido en el alma, que eso es muy difícil explicar. Yo pienso, que además creía que mi vida era esa, estar enferma, pasarlo mal”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Porque la gente escucha que estás tomando medicación y dicen “esta está loca” cosas así, pero la realidad es otra cosa. Ahora estoy acostumbrada, y no me da vergüenza tomar medicación, es lo mismo como te duele el pie, te duela la cabeza, no sé. Quien me quiere querer me quiere así, y el que no me quiere querer pues que no me quiera. Me llevo mal con mi madre y mi madre ya ha sabido que estoy tomando medicación... y después dice “mi hija está loca...” ¿sabes? Unos tíos míos que están allí también... “ay la pobre, ya se le ha ido...” pero no es así, ¿sabes? Mi tío, me apoya, no me juzga... sientes que hay alguien ahí ¿sabes?”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“A nivel de salud sí que me ha empeorado. En las relaciones afecta también, porque no puedo plantearme salir con mis amigas, aunque me digan para salir, porque yo no puedo estar hasta las tres, no aguanto físicamente ni hasta las 12, pero bailando no puedo estar. No puedo estar todo el día fuera con ellas”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

“Si dices que tienes (enfermedad mental) la gente te trata diferente, igual más paternalista, pero manteniendo las distancias. Yo no me he sentido más sola porque yo lo he llevado bien, aunque haya personas que les diagnostiquen y vayan cabizbajas, yo no, yo intento hacer vida normal”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

En el plano de la **salud mental**, se ve que **la soledad aumenta el riesgo de sufrir ansiedad y depresión y/o viceversa**. Aunque se desconozca el sentido en el que se dan, la soledad también se relaciona con **enfermedades mentales graves**, como la esquizofrenia **u otras enfermedades psicóticas**, además de los trastornos afectivos.

“No siempre estoy mal, cuando estoy mal, sufro mucho y además estoy muy desorientada y ya me ha pasado, por ejemplo, estar hablando con la gente y yo no escuchar, estar pendiente del cerebro, de lo que me va a decir y desorientarme, no sabes, pero cuando están hablando los demás no les estoy escuchando, desorientación. Me insultan mucho las voces. Es una voz muy rara, es conocida. Lo que me pasa es que cuando me entran (las voces) me da un bajón... pero de estos

que se me va la mirada y todo. Cambio completamente, me desoriento. De repente tienes esas voces y te machacan tanto, que te deja el cerebro cansado, la mente se cansa y si la mente está cansada, el cuerpo está peor”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Llevo casi un año sin hablar con nadie. Porque como he tenido... (voces) con quién hablar, pues entonces no me aburro tanto. A veces esas voces son bonitas... a veces... a veces mal, porque a veces te llevan a unas cosas que no deberías hacer. Por ejemplo, me despiertan a las tres de la mañana, me dicen “oye que tienes que hacer deporte, correr a las tres de la mañana”. Eso no es bueno, ¡Es de locos! Me dicen: “tienes que ir al monte, hay mogollón de dinero que puedes sacar” y voy al monte a la una de la mañana”.

(E9: Hombre, extranjero, 39 años)

“Tristeza, a veces rabia, ira, mucha impotencia también. Yo tengo una rabia con un alíen que tengo ahí desde hace muchos años; la tengo y la saco, la rabia. ¿De dónde viene esta rabia? No sé, exactamente, ahí estamos trabajando en ello. Hay un animal, yo ahí dentro, un animal, que sube, sube, aquí un calor, una bola de fuego, luego aquí me viene a la espalda, me viene por detrás, y hace como ruidos. No las tripas, sino, yo noto como un alíen encerrado ahí y quiere salir y cuando explota...hay que alejarse. Porque si explota, mucho daño sobre todo en palabra. Ahora ya no me da por romper platos, romper cosas... ahora ya no, ahora cojo y me voy. Y también cierro la boca y me voy. Por esa impulsividad estoy aquí. La presión, una presión ahí, me aprieta. Mi padre mucho, mi madre más, bueno también es nerviosa, pero, mi padre es muy impulsivo y mi hermano también es impulsivo, dice que no pero sí”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“¿Qué consecuencias? Sobre todo, la depresión, si estás solo, depresión, no sé, depresión terrible, te puedes llegar a morir y todo de la soledad, ¿No? Eso dicen, que tenemos que tener contacto con la gente y hablar y relacionarnos, y si no te relacionas, es terrible”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

“Empecé con problemas psicológicos. Primero fue lo de depresión, tenía 23 años ya, lo primero no me pasaba eso, era estar mal, estaba depresivo y luego me vino el tema ese de mirar mil veces una cosa, entrar en una habitación dos veces. Por ejemplo, mi padre era un tío como en ese sentido, que nunca había tenido parece ser, problemas de ese tipo, entonces eso no lo admitía. “Lo que hay que hacer es... hay que echar palante”, cuando hay un problema de ese tipo y tal, o sea de que parece que cuando nos deprimimos hay que echar palante, o sea que lo achacaba como que no existe el tema de la enfermedad. Lo del TOC desde que lo tengo, desde que me lo diagnosticaron, me paraliza mucho. De todas maneras, no me importa reconocerlo, o sea, esto que llego tarde y tal lo reconozco, pero en otros sitios puedo tener problemas, básicamente es por el miedo que tengo a salir a la calle. O sea, los movimientos son lentos yo reconozco que soy

lento de por sí, pero son lentos por la obsesión por el problema que tienes encima ¿no? Ser lento, ser inseguro y bueno, no sé. Al final, en resumen, asustado. Sí puedo estar estigmatizado por parte de la familia de aquí, los demás no saben que tengo TOC”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

Cuando se les pregunta acerca de los **fármacos que toman, muchos/as de ellos/as refieren elevadas cantidades de los mismos. Los utilizan a menudo para aliviar gran cantidad de síntomas.** Se debe agregar que la mayoría de las personas entrevistadas afirman tener **dificultades para conciliar el sueño**, y una clara tendencia a recurrir a la medicación para poder dormir.

“El tratamiento farmacológico, a ver, Valsartan, Lorazepan, Indapamida para la tensión, Fluoxetina para la depresión. Deprax para la noche. Duermo, pero me levanto atontadísima”.

(E1: Mujer, autóctona, 57 años)

“Tomo un montón: Tranxilium, Mirtazapina, tomo un montón, no me acuerdo de todas. Lorazepam, Tryptizol, Sinogan y luego me queda alguna por ahí, pero bueno, todas para dormir. No dormía nada, imposible. Mucho mejor con la pastilla, duermo de cine. Si pudiera pedir algo sería poder dormir tranquilamente sin medicación”.

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Tomo 2 pastillas, yo la llamo mi cruz. Tengo VIH, hace ya 18 años que llevo. Llevo con el tratamiento mucho tiempo, bueno desde que vine aquí, porque antes lo había dejado, no me importaba, era una pelea entre yo y la muerte, “yo o tú, tú o yo”, ya viendo a mi hijo crecer y todo pues... ¡yo! Hasta que no vea a mi hijo casado y feliz, yo quiero seguir aquí. Y la otra medicación, la de dormir, no sé cómo le llaman”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“Tengo ansiedad y distimia. Tomo Elontril por la mañana, 300 mg, Trankimazin tres veces al día, 0.5 mg. Stilnox a la noche, que creo que es 10 mili, 10 no sé qué, a mí me despierta un montón de veces”.

(E8: Mujer, autóctona, 46 años)

Ante el **sentimiento de impotencia generado por los ataques de crisis** vividos debido a la enfermedad mental, una persona menciona haber intentado

suicidarse en repetidas ocasiones.

“Sufri muchos ataques de crisis. Intenté matarme cuatro veces por la impotencia que sentía, ahora estoy aquí, me tiré trece meses en San Juan de Dios, y de ahí vine aquí, yo trece meses en San Juan de Dios estuve y aquí ya hace un año dentro. He pasado de hospital a centro: mejor aquí para hacer un proceso mejor”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

Se ha visto que la **estigmatización y el rechazo social que sufren estas personas guarda relación con el hecho de sentirse solas**. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas entrevistadas con enfermedades mentales enfatizan el deseo de sentirse escuchadas y comprendidas.

“Me gustaría que alguien me entendiera. Me gustaría eso, que alguien me entendiese, me diese las pautas a seguir, me dijeran “tienes que hacer esto, esto y esto y te va a ir de puta madre”.”

(E2: Hombre, autóctono, 53 años)

“Poder contarte lo que me pasa y estás aquí para escuchar, pues eso ya es suficiente. Y el que te escuchen, poder tener la confianza de contarte lo que me pasa. Porque muchas veces no puedo llevar una etiqueta. No le puedo contarle a todo el mundo lo que me pasa, pero cuando hay una persona de confianza, como la educadora, el psicólogo y eso pues... si necesitas contarle lo que te pasa, por lo que estás pasando”.

(E5: Mujer, autóctona, 51 años)

“Uno tiene que estar entendido, comprendido, ¿sabes? Y no me gusta que me juzguen porque yo te veo ahora y te juzgo, porque no te conozco de nada y te juzgo, y eso no está bien, ¿sabes? Y la sociedad es así, juzgan por juzgar”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Tú no le puedes decir a cualquiera que tienes eso porque todo el mundo no lo entiende, así que intentas no decir. Por eso he perdido yo a mucha gente. En mi familia nadie sabe que yo tengo eso, más que yo y los que están aquí, ni mi hermano, porque me da... no sé qué decirselo. No puedo estar con una persona y decirle, “tengo esto”, ahí veremos si es inteligente o no vale para nada”.

(E7: Mujer, Autóctona, 40 años)

“En situaciones de dificultad me entra mucha ansiedad muchos miedos y no los se manejar. Normalmente recurro a llamar por teléfono a mi madre, alguien de la familia para contar que

me recomiende evitar las situaciones malas. Recorro al Teléfono de la Esperanza porque con la amiga que tengo, siempre habla de ella”.

(E13: Mujer, autóctona, 42 años)

La soledad de las personas migrantes

En los relatos de las personas migrantes, se hacen salientes intensos sentimientos de soledad, de tristeza, de sentirse atrapados, desesperanzados y con la sensación de que todo requiere un esfuerzo extra. **La añoranza y el desarraigo respecto del lugar de origen y la familia**, puede en ocasiones agravar los sentimientos de soledad de este colectivo, sintiendo que no tienen a los suyos cerca para pedir ayuda ante los problemas que surgen en el proceso migratorio. Especialmente, la necesidad de la familia se hace saliente en **aquellos/as que migraron siendo menores** y cuando se proviene de **contextos más colectivistas** donde el afrontamiento de los problemas tiene una **mayor tradición comunitaria**.

“Primera vez cuando salí de casa, como dejo mi familia y me voy a la edad de quince años, como dejo los estudios, esas situaciones... Y voy y no sé dónde voy. La soledad es algo duro, muy duro, lo va sintiendo solo la persona que lo vive. Lejos de la familia estás solo... estar solo es, si necesitas alguna cosa y no lo consigues, necesitas cariño de la madre y no está. Estar con tu padre y no puedes... Triste y pensar cosas de la vida... ¿por qué estoy solo?, ¿por qué la vida es así?, ¿cómo voy a solucionarla? Es algo muy duro y mal, aunque sufro mucho de eso, de la soledad y del vacío. Porque tengo muchos problemas, la familia no está, porque, aunque tengas amigos o relaciones con otras personas, siempre te sientes solo cuando no están tus padres, o tus hermanos cerca, siempre te sientes solo. Ninguna persona te va a llenar ese hueco, aunque haya personas que te apoyan y te ayudan y te aconsejan, pero no es tu casa dónde naciste, la madre, el cariño de la madre, nadie te va a cubrir el cariño de la madre y de los padres. Las cosas son más duras y la vida es dura. Cualquier cosa es más difícil”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

“También es que estamos como inmigrantes, y no tienes ese apoyo familiar, porque nosotros en mi país sí hemos tenido algún problema mi hermano, mi tío... entre todos nos protegemos, pero ahora los problemas pasan y no sientes ese apoyo... es más duro. Yo tengo que estar más fuerte (empieza a llorar), a mí la verdad a veces me da miedo que se termine esa fortaleza, tengo miedo para eso. A veces tengo esa depresión de llorar, llorar, llorar, llorar... Piensas que no puedes vencer; veo después una amiga de Barcelona que estuvo parecida, que le dio mucha depresión y está medicada y no puede quitar el medicamento, entonces yo no quiero caer en eso”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Además, de los testimonios se desprende cómo a menudo la población extranjera oculta a sus familias en origen la situación en la que se encuentran para evitar preocuparlas; no contarles cómo se encuentran realmente o incluso mentir en algunas ocasiones diciéndoles que se encuentran bien. Sabiendo que no les podrán ayudar, prefieren evitar angustiarles.

“Con la familia siempre la relación es buena porque no les cuento todo, como no están conmigo no les dejo que se preocupen por mí. Siempre les digo que estoy bien y ya está, porque no pueden hacer nada, ellos no están, así que... Mis amigos, los que están cerca, ya lo ven todo. Los que no están cerca les digo que estoy bien, porque eso no va a solucionar nada, que les dejes mal ¿qué van a hacer?”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

“No les cuento las cosas que nos pasan acá, para evitar preocupaciones a la familia, porque dicen: “¿Están mejor?”. “Papi, ya está estudiando” le digo a mi padre por no preocupar, porque mi padre está mayor también. Yo sé que mis hijos van a ser profesionales para tener mejor futuro, ya hemos estado allí en mi país y está peor la situación, peor que aquí”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

En este colectivo, la necesidad de mejorar su situación socioeconómica y laboral está atravesada, a menudo, por un **proyecto migratorio de tipo familiar**, bien para poder enviar dinero a las familias en origen, pero también para posibilitar **procesos de reagrupación familiar** que permitirían en parte, **recuperar la cohesión y aliviar la sensación de soledad** de quienes inician el viaje primero.

“Si tienes trabajo vas a ayudarles y si no tienes no. Pienso cómo voy a hacer para trabajar, porque cuando trabajas vas a alquilar una habitación. Y también puedes ayudarle a la familia. Si trabajas mi hermano puede subir a vivir conmigo, es normal ya estoy pensando para venir aquí”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

La **irregularidad administrativa** provoca que muchas personas tengan que pasarse **largos periodos sin regresar al país de origen y visitar a las familias**, por lo que el objetivo vital principal se convierte en poder esperar el tiempo para la regularización de sus papeles y con ellos poder volver a su país.

“Si tienes trabajo y tienes papeles puedes irte a tu país a ver a tus padres, y luego vuelves a trabajar. Pero si no tienes nada.... Ahora mismo siempre pienso que voy a hacer cursos y prácticas y voy a esperar a los papeles”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

Cuando se les pregunta si el hecho de ser migrante repercute en las relaciones sociales que tienen o si han sido rechazados por la misma razón, responden que efectivamente **reciben insultos racistas** de forma explícita y/o se ven obligados/as a dar explicaciones cuando hay diferencias culturales y religiosas.

“Depende con qué gente. Porque en este mundo hay de todo. No vamos a decir todo el mundo es malo, ni todo el mundo es bueno. La gente no te acepta, yo que sé. Hay gente también que te han hecho cosas que te han dolido, ¿sabes? A veces hay gente que quiere meter algún tema para hablar y te preguntan de dónde eres y te empiezan a decir cosas que a ti te incomodan”.

(E6: Mujer, extranjera, 26 años)

“Muchas veces no se respeta y a veces también afecta. Cuando me siento contento si hay un malentendido sobre mi cultura intento aclararle cosas. Si alguien me dice, por ejemplo, “¿por qué no comes carne si estás en una situación dura?”. Las personas a veces ven cualquier cosa y se van directamente a la religión”.

(E3: Hombre, extranjero, 25 años)

También señalan que existen **barreras** por parte de la población autóctona **para relacionarse con ellos/as por su condición de extranjeros/as**; perciben el estigma y la **indiferencia** y mencionan **el carácter cerrado de las “cuadrillas”** como motivo de esta falta de contacto con la población autóctona y participación en los espacios comunitarios. Este cierre contrasta con las formas de relacionarse en sus países de origen, que perciben como mucho más acogedores con las personas que vienen de fuera. Así, es habitual que haya poco contacto intercultural y las relaciones se establezcan con personas del endogrupo.

“Aquí la mayoría no puedes andar con ellos. Es un poco difícil hablar con la gente aquí, te hace sentirte como... soy un moro. Ellos dicen que nosotros somos... No sé, es triste. Solo los de Cáritas, esos son amigos, pero fuera de Cáritas no. Tengo mis paisanos también aquí, con los españoles sólo en el curso, fuera del curso no. No sé dónde está el problema. Más adelante iremos conociendo más gente”.

(E4: Hombre, extranjero, 22 años)

“Aquí son como muy cerradas, muy ellas no más. Hasta en el ascensor a veces tienes que saludar y no contestan. Al final ya ni saludas, son muy indiferentes. Me gustaría tener amistades de mi edad, para compartir ¿no? De todas formas, aquí lo que más son las cuadrillas, entonces eso lo tienen muy marcado, no les interesa hacer amistades porque ellos tienen sus amigos y tienen como muy cerrados las cuadrillas”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

“Que sea migrante tiene mucha relación, en que no puedes compartir, Si yo estoy en el barrio y no puedes ir, no te apetece ir porque, ¿con quién vas a estar? La fiesta está ahí, pero es como si tu vivieras en otro mundo. Entonces, ¿con quién vas a ir, con quién vas a hablar?, ¿A estar parada y mirando en un árbol? Te quedas en tu casa. A veces, me pongo a pensar así y digo: “yo por lo menos creo que he tratado de integrarme con lo de la dantza”. Yo pongo de mi parte. Y nosotros estamos acostumbrados en mi país, en Sudamérica, cuando eres diferente somos como más acogedores, y eso también creo que es como que duele más porque nosotros no hemos sido así, nosotros allá, por ejemplo, abrimos las casas, nuestras casas, lo poco que tenemos lo damos”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Las personas migrantes expresan las consecuencias que implica el **desarraigo junto con la falta de integración en el país de destino**, señalando **no pertenecer a ningún lugar**, sentirse extraños/as tanto en su país de origen como en el de destino.

“Yo ya no pude acostumbrarme en mi país también. Es muy difícil ¿no? Me acuerdo una vez hicimos un taller y hubo un senegalés y dijo: “es jodida mi vida” dijo así, con esas palabras. “Porque no soy ni de aquí ni de allá cuando uno migra. Porque voy allá y mi vida se ha borrado, o sea porque he estado tiempo aquí y me salen mis cosas y tu acento y todo” y él decía diferente, y aquí eres diferente, pero al final no eres ni de ningún lado”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Asimismo, en ocasiones se reconoce la responsabilidad en esta exclusión. Se explica cómo, el **carácter meramente económico** de la idea inicial del **proceso migratorio** (poder trabajar para luego regresar al país de origen), ha provocado menores intentos por la integración. La percepción de no poder alcanzar un modo de vida similar al de la población autóctona, ha reforzado el aislamiento social y centrar los esfuerzos en la **supervivencia económica de la familia sin cuidar las necesidades de integración.**

“Yo sinceramente vine y dije: “voy a hacer dinero y me voy”. Entonces no era mi necesidad integrarme. Era un tiempo que dije, “junto dinero y me marcho”. Entonces, inclusive unos amigos de SOS Racismo de AMHER me decían, “Elisa mételes en la Ikastola a tus hijos, que no está bien que estén ahí en la Inmaculada donde hay más inmigrantes”, y yo les decía: “no, es que mis hijos van a querer la vida que viven aquí y yo no puedo darles”. ¿Por qué? Porque tienes que ahorrar y no puedes permitirte comprarles una consola o cosas así, el sistema de vida, ¿no? Porque tú veías que tenían que usar otro tipo de vestimenta, tenían consolas, una Wii. Entonces decía yo: “Yo no puedo dar eso a mis hijos y para que sean menos prefiero no”. Entonces no lo ves como primordial. Sinceramente, yo al menos con mis hijos no tenía la necesidad de que se integren y eso yo he hecho mal, después ya me di cuenta ¿no? Porque ahora ellos no están integrados. Es un poco difícil. Y te sientes sola”.

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Soledad de las personas que se dedican a los cuidados

Finalmente, cabe señalar las vivencias diferenciadas de la soledad con relación a las personas que se dedican al ámbito de los cuidados, donde, además, el hecho de ser mujer, es una variable fundamental. La soledad derivada del cuidado de otros emerge tanto entre las mujeres autóctonas como en las extranjeras, siendo estas últimas las que están ocupando este nicho laboral.

En el caso de las mujeres autóctonas se señala cómo, haber tenido que **hacerse cargo de sus progenitores cuando se han hecho mayores o enferman**, ha tenido como consecuencia tener que tomar decisiones como dejar el trabajo, abandonar los proyectos personales y dedicar su tiempo a los cuidados. La precarización económica derivada de esta decisión supone también ver reducida su vida social a favor del cuidado de los otros.

“Llega una situación en la vida que no sabes por qué, se te parte y tienes que tomar una

determinación muy fuerte. Mi madre ya no se podía valer por ella misma y tú tienes que hacer todo. Si necesitan ayuda lo tienes que pensar, les cuido a ellos y dejo el trabajo.... Por eso estoy también en esta situación, porque si estuviese trabajando estaría mejor de dinero, más ocupada. Yo también tengo que hacer mi vida, ya no haces vida social, porque no puedes aun teniendo dinero, no puedes. De ahí fue todo en picado. Yo podía trabajar era mucho más joven y yo quería trabajar, pero llega un momento en el que te dicen tu padre se está muriendo, ¿Qué haces? Quieres estar con esa persona y tienes que tomar una decisión. No le puede cuidar nadie, yo no puedo tener esos remordimientos de conciencia. Luego piensas, soy joven, ya encontraré trabajo, primero es mi padre”

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

“La soledad ha tenido mucho peso. También cuando me quedé con mis padres ayudándoles, yo también necesitaba desahogarme lo que yo sentía porque mis padres estaban mal. Yo estaba dejando mi vida por atenderles a ellos, que no se trata de tus padres o el trabajo, son tus padres y es tu trabajo, yo lo veo así. Si hubiesen estado mis padres atendidos y yo trabajando, yo la vida la veo distinta. Pues ahora estoy más sola. Podría estar, casada, con hijos, trabajando, más dinero, más desahogada. Parece que tengo remordimientos del pasado y no sé por qué, si lo que he hecho es estar con ellos y atenderle y hacer lo que ellos me decían. Yo quiero vivir, salir a hacer lo que me da la gana, sin hacer daño a nadie”.

(E12: Mujer, autóctona, 61 años)

“Se acaba el trabajo y justamente se pone mi madre enferma, ahí sí que me cambió la vida, porque ya era una persona dependiente y tuve que estar todos los días allá, y encima todo el día con nervios...”.

(E11: Hombre, autóctono, 55 años)

En el caso de las mujeres extranjeras, el cuidado se refiere fundamentalmente al nicho laboral en el que se insertan, siendo éste a menudo la primera opción laboral para ellas. Además de la mayor vulnerabilidad ante abusos tales como, situaciones de explotación, falta de transparencia u otros incumplimientos por la parte empleadora se suman entre otras, jornadas de trabajo interminables o la poca previsibilidad de cuándo les van a llamar para ir a trabajar. Todo esto, unido con la sensación de incertidumbre que provoca el hecho de no saber hasta cuándo van a tener trabajo fijo, les conlleva a tener que trabajar de domingo a domingo para poder anticiparse al momento que se queden sin trabajo, a no poder organizarse con anterioridad y **no**

poder tener una vida social y hacer redes de amistad, así como incluso, no poder cuidar de su propia familia.

“Ahora pago mi alquiler, la comida, pasajes, servicios y me queda algo, pero en cualquier momento me voy a quedar sin trabajo, porque me han dicho que hasta octubre tenía, me han dado más pero no sé cuándo termina. Por eso he estado trabajando todo el verano, trabajando de domingo a domingo, metiendo más horas. Porque si trabajo de lunes a viernes pocas horas, no me alcanzan apenas para pagar el alquiler y comida. A veces te llaman y, “¿puedes ir a tal servicio?” Con esto no me puedo planificar. Claro, porque te invitan a una comida y no puedes ir, te invitan a cenar y no puedes ir, o a un cumpleaños, o una reunión a las cinco de la tarde, tienes que decir que no. No tengo casi relaciones sociales, pocas. Antes tenía más, hacía baile, iba a bailar, tenía clases de baile... Iba a las romerías, me iba de fiestas, me iba a Elizondo... Así a lugares. Pero ahora por la situación económica, porque tengo que trabajar los fines de semana, todo eso tuve que dejarlo. Yo digo: “primero está el deber y luego el placer”. Pero digo: ¿Cuándo me va a llegar? Entonces ahora ya es lo que hay...”

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

“Después también que normalmente la gente mayor es muy agradecida, muy respetuosa, pero también hay gente como racista, como que porque somos de fuera quieren mandarte, y te dicen como si no lo supieras tú las cosas. Pero va una de aquí y no es así. A veces te quieren hacer de rodillas las cosas, meter la mano al váter, y cosas así, ¿no?”

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

“Estuve estudiando este certificado de socio-sanitario y estudié al mismo tiempo de trabajar, a las tardes estudiaba lo de auxiliar de geriatría, 6 horas diarias. Entonces trabajaba fines de semana, entonces tenía que dejar solos a mis hijos, porque había un objetivo y era sacar ese título, ese certificado... estuve 6 meses trabajando fines de semana. Después estuve en la residencia haciendo las prácticas y metí el currículum aquí y me salió”

(E14: Mujer, extranjera, 46 años)

Estructuras más relevantes en el análisis de la soledad y exclusión

Para finalizar con el análisis de contenido de las 15 entrevistas realizadas se optó por el software Iramuteq basado en el método Reinert (1998). A continuación, en la Figura 10 se presentan los logaritmos de rangos en el eje de abscisas y los logaritmos de frecuencias en el eje de ordenadas. El documento analizado se trata de un texto que incluye la transcripción de las 15 entrevistas realizadas, compuesto por 57.371 palabras, 2848 formas de palabras (verbo, adjetivo, sustantivo), 1362 hápax (palabras que

aparecen en el texto completo una única vez) y la media de ocurrencias por texto es de 3824,78.

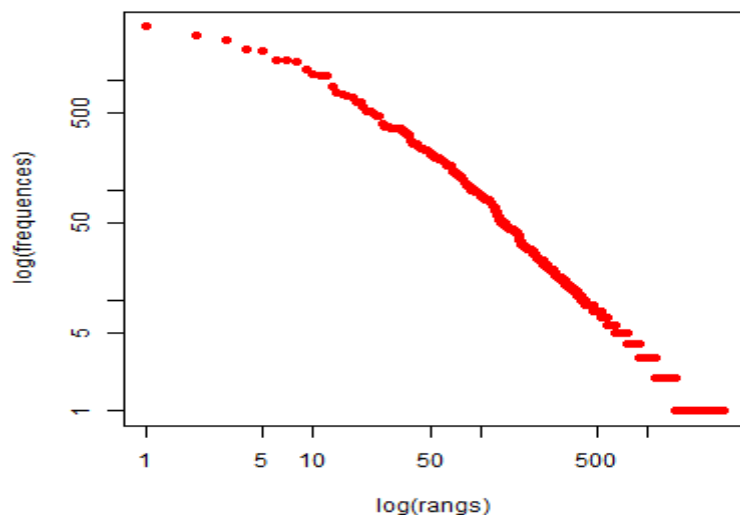


Figura 10. Logaritmos de rangos y de frecuencias

Si se examinan las formas activas utilizadas en las entrevistas, entre las palabras que se repiten con una frecuencia superior a 100, podemos encontrar 19 verbos (ir, decir, hacer, querer, ver, saber/ser, trabajar, dar, hablar, pasar, gustar, vivir, venir, sentir, saber, pensar, salir, empezar, llevar), 15 nombres (gente, vez, año, casa, padre, trabajo, madre, vida, hijo, dinero, persona, problema, día, soledad, familia), 8 adverbios (ahora, aquí, luego, ahí, así, poco, siempre, como) y únicamente 4 adjetivos (bueno, solo, amigo, mal). Los verbos reflejan una fuerte concreción y están relacionados con la acción y la actividad. Los nombres están relacionados con el entorno social (gente, padre, madre, hijo, familia) o soporte material (casa, dinero, trabajo). Y los adverbios de lugar se refieren al tiempo, al “aquí”, al “ahora”, “luego” y “siempre” y su frecuencia de cantidad es “poco”. Por tanto, existe una ubicación en el momento vital actual, en el presente, pero con poca esperanza de cambio y con sensación de ausencias y/o escasez. Únicamente se han observado 4 adjetivos con una frecuencia superior a 100 en las 15 entrevistas y se ubican entre lo bueno-malo y solo-amigo, la soledad o la compañía. Es importante resaltar la poca frecuencia de emociones y sentimientos entre las palabras más empleadas.

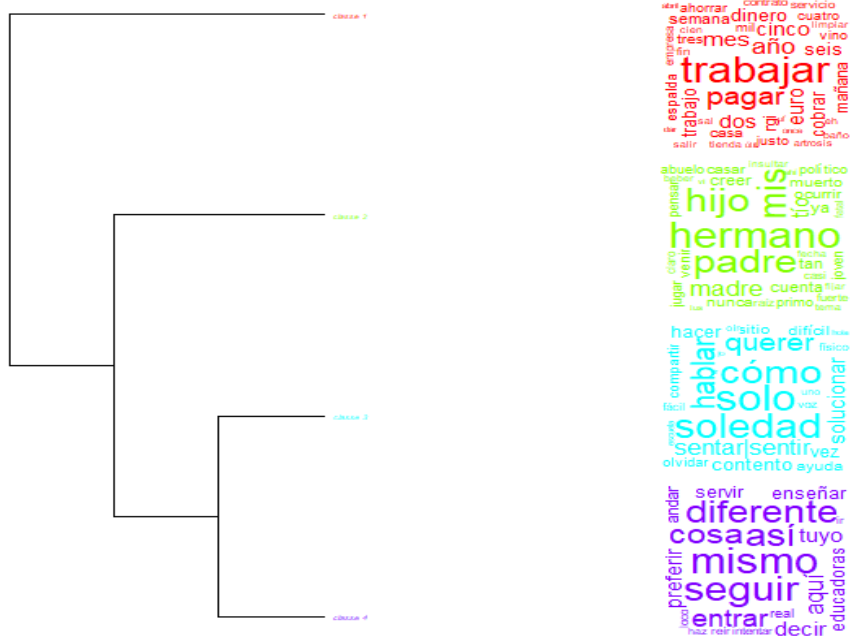


Figura 4. Dendrograma con el historial de agrupación

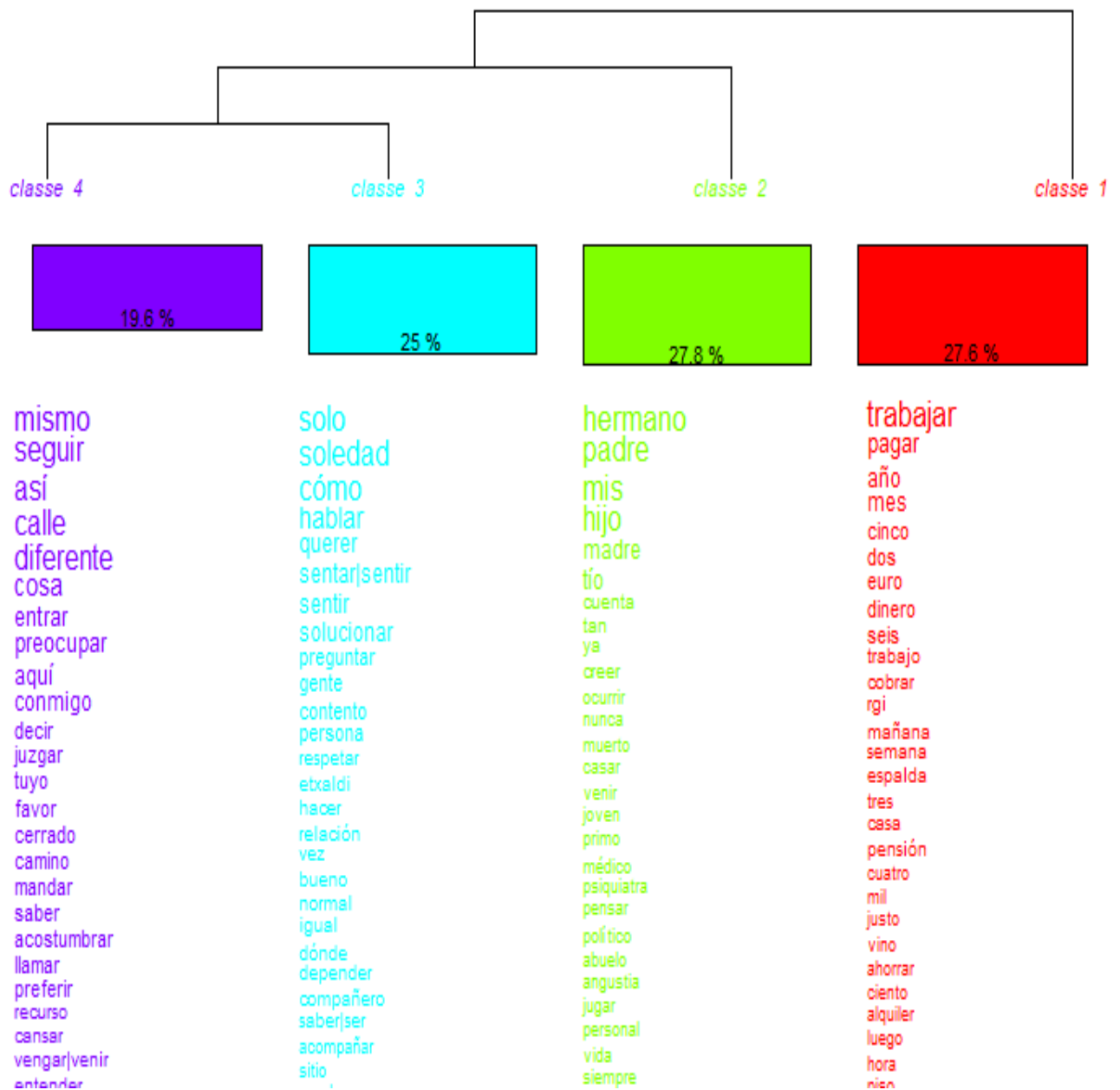


Figura 12. Estructuras más relevantes y palabras incluidas en cada una de ellas

En ambas figuras se puede observar que la clase 1 es la que mejor y en primer lugar se diferencia. En ella se presentan palabras relacionadas con la acción y la actividad. Posteriormente, se presentan la clase 2, de donde surgen a su vez, la clase 3 y 4. Estas clases están formadas por temas relacionados con aspectos de índole emocional o factores psicosociales.

En orden cronológico aparece la clase 1 que se podría denominar “falta de solvencia económica”. Se trata de una agrupación de palabras vinculadas con la falta

de trabajo y las dificultades para cubrir las necesidades básicas de forma autónoma, tener que depender de recursos y ayudas sociales, como la Renta de Garantía de Ingresos. Esta clase representa el 27,6% de las palabras y si analizamos los segmentos de texto más característicos que se presentan mediante las palabras “Trabajar” ($X^2=165,45$) y “Pagar” ($X^2=100,56$) podemos extraer frases como “*No hay nada de hacer, trabajo hay poco, yo he trabajado de camarero, llevo 4 años sin ingresos(score:639.26) (Entrevista 9)*”, “*Yo ganaba seiscientos euros y pagaba el alquiler trescientos cincuenta, pero sin trabajo nada, llevo tres años en un alquiler social,(score: 573.50) (Entrevista 15)*”, “*Estaba trabajando sin seguro, pero se portaron bien entre comillas porque me aseguraron dos meses y me pagaron un poco más de lo normal, posteriormente fue cuando empezó a decaer el trabajo (score:504.72) (Entrevista 13)*”.

En orden cronológico posteriormente aparece la clase 2 que representa el 27,8% de las palabras y de la que surgen la clase 3 y 4. La clase 2 se podría definir como el “déficits en la red familiar”. En ella se agrupan palabras vinculadas con la familia, tales como hermano, padre, hijo, madre, tío y del entorno socio-sanitario como médico, psiquiatra, político o personal, pero qué a su vez, muestran ideas de posibles pérdidas y duelos con palabras como muerto o angustia. Si analizamos los segmentos de texto más característicos que se presentan mediante las palabras “Hermano” ($X^2=104,37$) y “Padre” ($X^2=92,86$) podemos extraer frases como “*No tengo relación con nadie, vivo solo, a mis padres les da igual, piensan en ellos, y mis hermanos igual estará como siempre, con mi hijo bien y con mi mujer, es la madre de mi hijo y punto (score: 485.29) (Entrevista 1)*”, “*Porque no tenemos nada que ver los unos con los otros, son malos, mis hermanos son unos cabrones, mi hermana no, nunca he tenido esa protección de hermanos nunca, todo lo contrario, con mi padre y madre sí (score:361.24) (Entrevista 13)*”, “*cuando la soledad me afecta, pienso en mi hija, en mis sobrinos, esas cosas me dan fuerza y también rezo por mis hermanos, tengo dos hermanos que han fallecido y también mi madre*”(score 361.24) (Entrevista 10).

La clase 3 representa el 25% de las palabras y muestra la idea de “soledad emocional y social”, relacionada con la necesidad de sentir contacto, compartir, respetar, hablar, preguntar, solucionar con los y las demás personas. Si analizamos los segmentos de texto más característicos que se presentan mediante las palabras “Solo” ($X^2=78,99$) y “Soledad” ($X^2=75,14$) podemos extraer frases como “*Yo a veces quiero*

hacer amigos pero es difícil, luego pienso mejor así solo, cuando pienso en los problemas, es un poco difícil hablar con la gente aquí (score: 339.42) (Entrevista 4)”, “Si tengo soledad pero la enmascaro mucho hablando por teléfono con quien sea, no quiero volver a pasar lo que pasé cuando vivía sola e intento evitarlo a toda costa, porque me hizo sufrir mucho (score: 305.37) (Entrevista 13)”, “Cuando siento soledad, me siento vacío, me siento muy mal, cuando estás solo a veces tienes problemas y no puedes solucionarlo y me siento triste (score: 304.46) (Entrevista 3)”.

En orden cronológico la última clase, es la clase 4. Ésta representa el 19,6% de las palabras que comprenden la idea de “laberinto de la exclusión”, vinculada con la vivencia de calle, estigma social, dificultad para cambiar y salir de la situación. Asimismo, en ella se observa la idea de ser diferente, raro, recibir juicios de valor o camino a realizar como proceso para salir del recurso social y lograr la autonomía vital. Si analizamos los segmentos de texto más característicos que se presentan mediante las palabras “Mismo” ($X^2= 50,17$) y “Seguir” ($X^2= 47,36$) podemos extraer frases como “Un presente para hacer un futuro mejor, mi situación no siempre ha sido así, pero va cambiando la cosa y yo sigo aquí, quiero que vaya prosperando, ya estoy cansada de caer (score:184.37) (Entrevista 7)”, “Esas cosas te amargan, porque tu vienes aquí a España un país desarrollado, que es diferente, pero al final es lo mismo, todo injusto, cosas feas que hay halla igual que aquí (score: 186.39) (Entrevista 14), “Ya me dije a mi misma, esto no puede seguir así, porque no tienes nadie con quien hablar, te estás hundiendo más, tienes que espabilarte (score: 180,71) (Entrevista 1)”.

Análisis Factorial de Correspondencia

Los resultados que nos muestra el análisis factorial de correspondencias son contingencias crecientes de formas y lemas que utiliza el método de clasificación, donde se presentan las proyecciones sobre los ejes tanto de las formas activas, las formas suplementarias, las modalidades de las variables como de las clases obtenidas.

En la Figura 13 se muestran las cuatro clases mencionadas previamente. Aparece la clase 1 asociada a las condiciones socio-económicas de precariedad y el trabajo y el dinero como necesidad, de una manera bien diferenciada. Por otra parte, se puede observar cómo las clases 3 y 4 aparecen entremezcladas y que han surgido de la clase 2. Realidades como la soledad y la exclusión social o el estigma que conlleva se

relacionan entre sí, y surgen de la ausencia del soporte familiar, las pérdidas y el sufrimiento (angustia) que conlleva todo ello, asociado a la dependencia de ayudas y recursos socio-sanitarios necesarios para afrontar la vida.

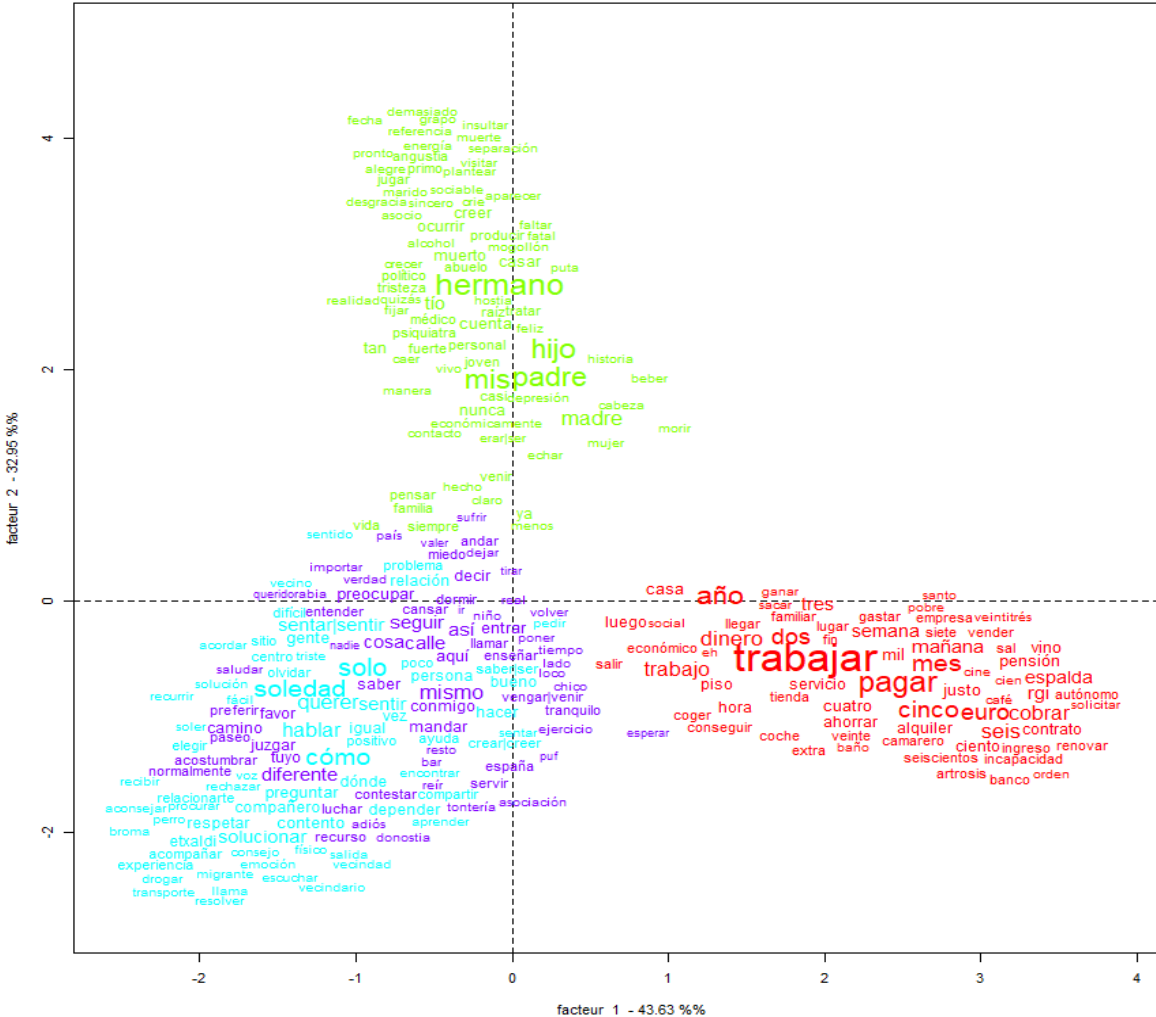


Figura 53. Representación gráfica del análisis factorial de correspondencias

**ESTUDIO 2:
RECURSOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE LOS
CENTROS Y PROGRAMAS DE INCLUSIÓN
EN GIPUZKOA**

Introducción

Este segundo estudio se realizó con el objetivo de profundizar en los recursos, modelos de intervención y necesidades que los centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa tienen en el abordaje de la soledad no deseada con las personas usuarias de sus servicios. Para ello, se creó una encuesta *on line* dirigida a los diversos centros y programas que se hizo llegar a través del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. En dicha encuesta se formulaban diversas preguntas para conocer su percepción acerca de la vulnerabilidad de diferentes grupos de personas para sufrir la soledad, las estrategias utilizadas desde los diferentes centros/programas para reducirla, el abordaje y enfoque de sus intervenciones, así como la transversalidad de género en sus actuaciones. Los hallazgos de este estudio pretenden colaborar en el desarrollo de distintas propuestas de buenas prácticas, actuaciones y estrategias que respondan de forma adecuada ante las situaciones de soledad y exclusión que favorezcan la calidad de vida de las personas que la padecen.

Objetivos

- Analizar la soledad percibida de diferentes grupos de personas atendidas en los servicios de inclusión social.
- Conocer las principales estrategias y actividades dirigidas a reducir la soledad en función de los Servicios de atención de las personas en riesgo o situación de exclusión.
- Analizar el abordaje individual, grupal o comunitario de las intervenciones realizadas, así como el enfoque de los modelos de intervención (basados en un enfoque de necesidades y/o derechos).
- Estudiar las dificultades y capacidad de respuesta de los centros/programas para que los hombres y las mujeres accedan a los recursos de manera equitativa.
- Estudiar los puntos clave de los métodos de actuación de los centros/programas y las principales dificultades para reducir la soledad.

Método

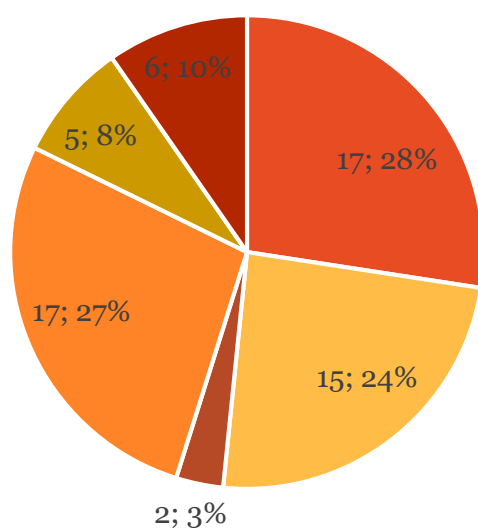
Participantes

En este estudio han participado 62 centros y programas de inclusión social en el territorio de Gipuzkoa² correspondientes a 28 entidades. Del total de centros y programas participantes, el 43,5% se incluyen en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. El resto son centros y programas conveniados y/o con subvenciones para la atención de las personas en situación de exclusión.

El 67,7% ($n = 42$) de los centros/programas informantes se ubican en Donostia, y el 32,3% ($n = 20$) restante están distribuidos en diferentes municipios del territorio histórico de Gipuzkoa: Andoain, Azpeitia, Irun, Pasaia, Lasarte-Oria, Tolosa, Hernani, Errenteria, Beasain, Mendaro, Arrasate, Bergara, Elgoibar y Zumarraga.

Destacan los Servicios de atención diurna (centros de día) (27,4%) y los Servicios de atención ambulatoria con un 27,4% que incluye los Servicios de acompañamiento especializado, los Servicios de información, asesoramiento y orientación y los Servicios de Coordinación a Urgencias Sociales. Le siguen los Servicios de atención residencial (24,2%), tales como los Centros residenciales para la inclusión social, las Viviendas con apoyos para la inclusión y emancipación, los Centros residenciales para la protección de mujeres de violencia machista, y el Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas. Los Servicios de apoyo a procesos de deshabitación representan el 9,7% de la muestra que incluye los Centros residenciales para la deshabitación y Programas de deshabitación de drogas. Los Servicios de apoyo y orientación a la empleabilidad representan el 8,1%, y los Servicios de atención nocturna el 3,2% (ver Figura 14).

² Si bien en algunos centros/programas respondieron al cuestionario online diferentes profesionales, utilizamos los promedios y/o respuestas mayormente consensuadas.



- Servicios de atención diurna
- Servicios de atención residencial
- Servicios de atención nocturna
- Servicios de atención ambulatoria
- Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad
- Servicios de apoyo a procesos de deshabituación

Figura 6. Servicios de atención

En la Tabla 10 se muestra el tipo de centros y programas asociados a los diversos tipos de Servicios de atención señalados. El listado concreto con la identificación de los centros y la entidad a la que pertenecen puede verse en Anexo 3.

Tabla 10. Servicios de atención y tipo de centros y programas

	n	%
Servicios de atención diurna		
Centros de día	16	25,8
Centros de día y Servicios de acompañamiento social especializado	1	1,6
Servicios de atención residencial		
Centros residenciales para la inclusión social	7	11,3
Vivienda con apoyos para la inclusión	4	6,5
Vivienda con apoyos para la inclusión y Pisos de emancipación	2	3,2
Centros residenciales para la protección de mujeres víctimas de violencia machista	1	1,6
Centros residenciales para mujeres	1	1,6
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de acompañamiento social especializado	9	14,5
Información, asesoramiento y orientación	6	9,7
Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas	1	1,6
Servicios de coordinación a Urgencias Sociales	1	1,6
Servicios de apoyo y orientación a la empleabilidad		
Programa de empleabilidad	5	8,1
Servicios de apoyo a la deshabitación		
Centros residenciales para la deshabitación	3	4,8
Centros de día	2	3,2
Programa deshabitación	1	1,6
Servicios de atención nocturna		
Centro de acogida nocturna	2	3,2

Tal y como se muestra en la Tabla 10, los Centros de día representan el 27,4% ($n = 17$) de la muestra. Los Servicios de acompañamiento social especializado el 14,5% ($n = 9$) y los Centros residenciales para la inclusión social el 11,3% ($n = 7$). Estos tres tipos de centros/servicios llegan a representar el 53,2% del total de la muestra. A estos les siguen los Servicios de información, asesoramiento y orientación (9,7%; $n = 6$), los Programas de empleabilidad (8,1%; $n = 5$), las Viviendas con apoyos para la inclusión (6,5%; $n = 4$) y los Centros residenciales para la deshabitación (4,8%; $n = 3$). Tanto los Centros de acogida nocturna como las Viviendas con apoyos para la inclusión y emancipación representan el 3,2% ($n = 2$) del total de servicios y centros que han respondido. Las demás variaciones de centros y servicios están representadas en un 1,6%, por un único informante de cada tipo de centro/servicio. Es el caso de los Servicios de coordinación a Urgencias sociales, los Centros residenciales para la

protección de mujeres de violencia machista, los Centros residenciales para mujeres, el Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas, los Centros de día y Servicios de acompañamiento social especializado y el Programa de deshabitación.

Situación de necesidad a la que responden

Centrándonos en el tipo de necesidad a la que se responde desde los diferentes programas y servicios de inclusión, las dos opciones más frecuentes son: situaciones de exclusión social o asimiladas a la exclusión social (69,4%; $n=43$) y situaciones de riesgo de exclusión social (53,2%; $n=33$). En menor medida, hay entidades que responden a situaciones de desprotección (12,9%; $n = 8$), discapacidad y/o dependencia (9,7%; $n = 6$), empleabilidad (8,1%; $n = 5$), dependencia a tóxicos/adicciones (9,7%; $n = 6$), población gitana (6,5%; $n = 4$), extranjería (4,8%; $n = 3$), excarcelación (4,8%; $n = 3$), y urgencias sociales (1,6%; $n = 1$) (ver Figura 15).

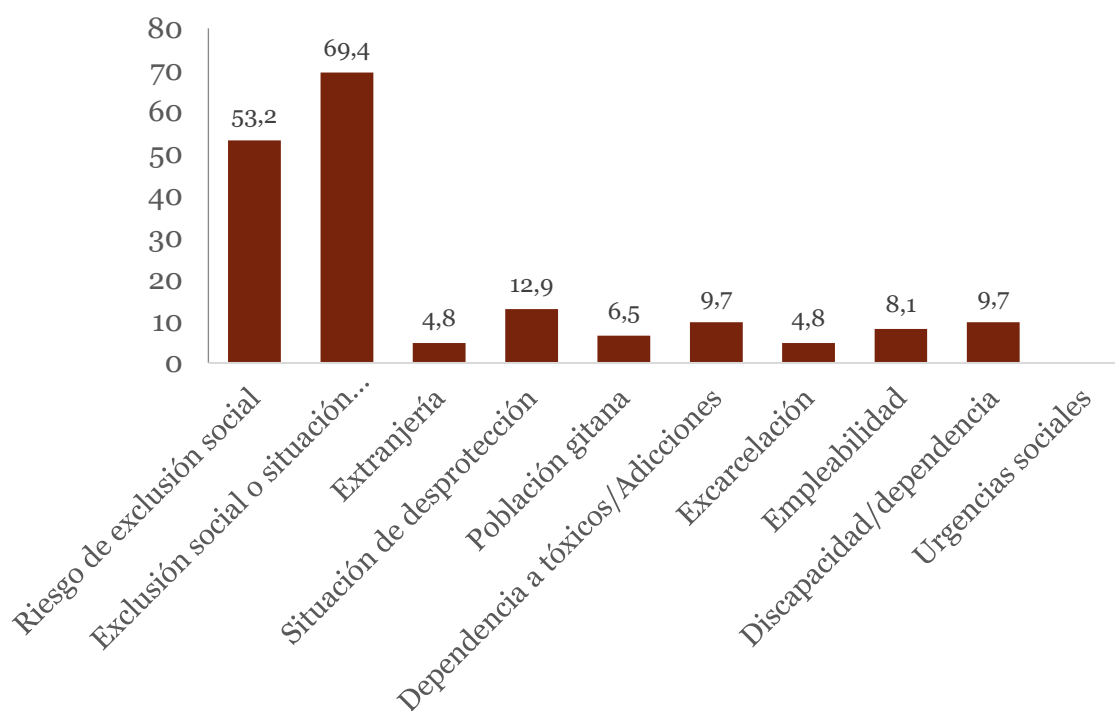


Figura 7. Situación de necesidad

Sin embargo, los centros y programas de inclusión que han participado en este estudio responden a diversas situaciones de necesidad de las personas usuarias. De

hecho, el 25,8% ($n = 16$) de los recursos que han participado trabajan con colectivos en situaciones de riesgo de exclusión social y situaciones de exclusión social o asimiladas a la exclusión social. El 17,7% ($n = 11$) dan respuesta a situaciones de exclusión social o asimiladas a la exclusión social. En menor medida, el 8,1% ($n = 5$) trabajan con personas que tienen alguna discapacidad y/o dependencia; el 6,5% ($n = 4$) atienden las necesidades de riesgo de exclusión social, situaciones de exclusión social o asimiladas a la exclusión social y a situaciones de riesgo o desprotección. El 41,9% restante de los recursos disponibles se centran en responder a situaciones de necesidad tales como la dependencia a tóxicos/adicciones, urgencias sociales, extranjería, excarcelación, población gitana y empleabilidad (ver Tabla 11).

Tabla 11. Situación de necesidad

Riesgo de exclusión social	Exclusión social o situación asimilada	Riesgo o situación de desprotección	Discapacidad Dependencia	Dependencia a tóxicos Adicciones	Excarcelación	Población gitana	Extranjería	Empleabilidad	Urgencia social	%
✓	✓									25,8
	✓									17,7
			✓							8,1
✓	✓	✓		✓						6,5
✓	✓			✓						4,8
✓	✓				✓					4,8
		✓								3,2
	✓			✓						3,2
✓	✓					✓				3,2
✓							✓			3,2
	✓	✓								3,2
✓										1,6
									✓	1,6
	✓						✓			1,6
			✓				✓			1,6
✓	✓							✓		1,6
✓	✓							✓		1,6
✓						✓		✓		1,6
✓						✓		✓		1,6
✓				✓				✓		1,6

Sin obviar la complejidad y combinación de situaciones de necesidad arriba señaladas, una clasificación más sintética ofrece la siguiente información (ver Figura 16): el 17,7% ($n = 11$) de los centros/programas atienden fundamentalmente a personas en situación de exclusión social o asimiladas a la exclusión social y el 71% ($n = 44$) tanto personas en riesgo como en situación de exclusión social o asimiladas a la exclusión social. El 11,3% ($n = 7$) no aplica o trabajan específicamente con personas que tienen alguna discapacidad y/o dependencia.

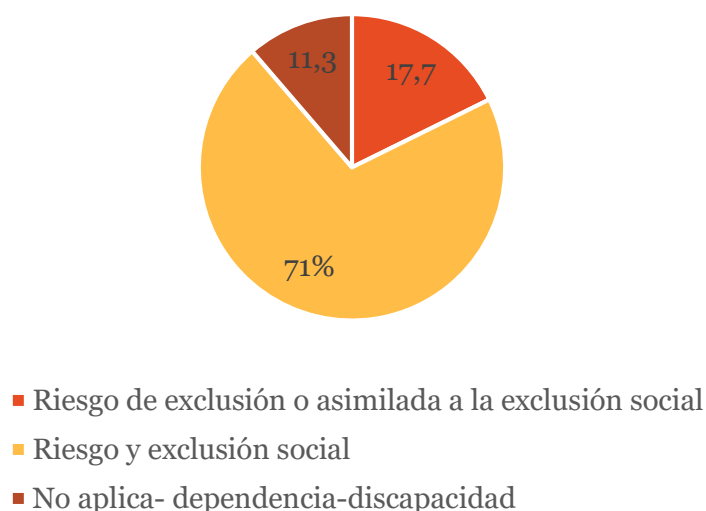


Figura 8. Situación de necesidad a la que responden los servicios y programas

Instrumento y variables

Se creó un cuestionario *on line* que incluye las siguientes variables:

Identificación de la entidad (identificación, entidad y ubicación en el territorio de Gipuzkoa) y *tipo de servicio*, que incluye diversas opciones de respuesta: Centros de día, Centro de acogida nocturna; Centro residencial para la valoración y el diagnóstico especializado; Centros ocupacionales; Centros residenciales para la inclusión social; Centros residenciales para la deshabitación; Centros residenciales para la protección de mujeres víctimas de violencia machista; Viviendas con apoyos de jóvenes; Viviendas con apoyos de adultos; Servicios de acompañamiento social especializado; Otros.

Situación de necesidad a la que responde, donde se incluyeron las siguientes opciones de respuesta: Riesgo de exclusión social; Exclusión social o situación asimilada a la exclusión social; Riesgo o situación de desprotección; Otras. Las entidades podían responder a más de una opción de respuesta.

Soledad percibida de diferentes grupos de personas. A través de la siguiente pregunta (“Desde vuestra experiencia, ¿en qué medida consideráis que las personas pertenecientes a los siguientes colectivos -personas mayores de 65 años; personas jóvenes; personas migrantes; personas que se identifican LGBTIQ+; personas pertenecientes a una familia monomarental/monoparental; personas con diversidad funcional; personas con enfermedades físicas/mentales; personas que se dedican a los cuidados; personas que viven en un entorno rural; personas que viven en un entorno urbano; personas que han sufrido violencia machista-son más susceptibles de sentirse solas?”). Formato de respuesta tipo Likert (1 = Nada probable; 5 = Muy probable).

Actividades dirigidas a reducir la soledad. Se preguntó acerca de las actividades dirigidas a reducir la soledad (“De entre las siguientes estrategias que se muestran útiles para reducir la soledad, ¿Cuáles habéis llevado a cabo en vuestro servicio?”). Se incluyeron las siguientes estrategias: Intervenciones dirigidas a mejorar habilidades sociales; Intervenciones dirigidas a mejorar apoyo e interacción; Intervenciones comunitarias dirigidas a fomentar los recursos, la autogestión y el empoderamiento de la propia comunidad; Terapia Cognitivo-conductual; Intervenciones dirigidas a modificar los pensamientos distorsionados; Intervenciones psicoeducativas; Otras. Con un formato de respuesta dicotómico (Sí/No). Asimismo, teniendo en cuenta las estrategias señaladas, se solicita que concreten las actividades llevadas a cabo para cada estrategia.

Abordaje individual, grupal o comunitario asociado a cada tipo de actividad. Por cada tipo de actividad realizada, debían señalar el tipo de abordaje que realizan (“Con relación al abordaje de las intervenciones, señala en qué medida se ajustan a vuestro modelo de intervención”). Con una opción de respuesta múltiple (individual, grupal y/o comunitaria).

Enfoque de derechos y/o necesidades. Los/as participantes debían responder en qué medida su modelo de intervención está basado en un enfoque de necesidades (asistencia social, emergencia, criterios de exclusión) y derechos (responsabilidad, obligaciones y participación activa) (“Con relación al enfoque de las intervenciones, señala en qué medida se ajustan a vuestro modelo de intervención”). Formato de respuesta tipo Likert (1 = Nada; 5 = Mucho).

Perspectiva de género en la intervención. Se realizan tres preguntas con el objetivo de conocer en qué medida los hombres y las mujeres accedan a recursos de manera equitativa: (“¿Plantean las mujeres y los hombres dificultades distintas para participar u obtener beneficios de las intervenciones que realizáis?”; “¿El servicio tiene capacidad para responder a esas necesidades?”; “¿Se busca mediante las actividades que las asimetrías de poder entre mujeres y hombres no sean obstáculo para la participación en las actividades?”). Formato de respuesta dicotómico (Si/No). Asimismo, se incluyó un espacio abierto para justificar la respuesta.

Limitaciones y fortalezas de los centros/programas para reducir la soledad. Para ello se realizaron dos preguntas abiertas: Con el objetivo de reducir la soledad, ¿Cuáles diríais que son los puntos clave de vuestro método de actuación? y, ¿Cuáles diríais que son las principales dificultades que encontráis para trabajar en ello?

Procedimiento

El contacto con los/as participantes se realizó a través del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, mediante una carta informativa solicitando la colaboración de las personas responsables de los diferentes centros y programas con la finalidad de recoger las diversas opiniones que existen en torno a este tema. Se facilitó un enlace de acceso a la encuesta en euskera y castellano para que pudiera ser cumplimentada por los/as responsables de los centros/programas junto con sus equipos. El tiempo requerido para su cumplimentación era de, aproximadamente, 30 minutos. Se enviaron varios recordatorios desde el Departamento de Políticas Sociales con el objetivo de obtener una muestra lo más

representativa posible de los centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa. La información fue recogida entre julio y septiembre de 2019.

Se consiguió la participación de 87 centros/programas, de los cuales 25 eran repetidos, con la realización de varias encuestas por los mismos centros/programas. En esos casos, se excluyeron las encuestas repetidas utilizando el promedio de las respuestas ofrecidas y el contenido cualitativo del conjunto de participantes.

Análisis de datos

Los datos recopilados se analizaron utilizando una metodología mixta cuantitativa y cualitativa. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando frecuencias, porcentajes, medias y desviación típica. Todos los análisis estadísticos fueron analizados con el SPSS (versión 23). Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en función de los Servicios de atención, situación de necesidad, abordaje y enfoque de las intervenciones, y perspectiva de género se realizaron análisis Chi-cuadrado con las variables categóricas y ANOVAs con análisis post-hoc Tukey para las variables cuantitativas. En las variables en las que no hay diferencias estadísticamente significativas se analiza el conjunto de la muestra y cuando existen diferencias se presentan los datos de los diferentes grupos. Todas las pruebas de significación se establecieron en ,05 nivel alpha. Con las respuestas a las preguntas abiertas se realizó un análisis de contenido utilizando temas comunes en las respuestas dadas.

Resultados

Soledad percibida de las personas en situación de exclusión

Los resultados muestran que los/as profesionales de los centros y programas de inclusión, identifican distintos grados de vulnerabilidad ante las distintas situaciones de exclusión y soledad que enfrentan las personas. Los colectivos que perciben más expuestos a sufrir situaciones de soledad no deseada (ver Figura 17) son las personas con enfermedades físicas o mentales ($M = 4,47$; $DT = ,671$), seguidas de las personas mayores ($M = 4,4$; $DT = ,914$), las personas migrantes ($M = 4,29$; $DT = ,687$) y las

personas que han sufrido violencia machista ($M = 4,1$; $DT = ,863$). Le siguen las personas con diversidad funcional ($M = 3,74$; $DT = ,863$) y aquéllas que se identifican como LGBTIQ+ ($M = 3,6$; $DT = ,863$).

Puntuaciones medias en cuanto a la soledad no deseada, obtuvieron las personas que se dedican a los cuidados ($M = 3,29$; $DT = ,89$), y las puntuaciones más bajas las obtuvieron las personas que viven en un entorno urbano ($M = 3,21$; $DT = ,89$), las personas que viven en un entorno rural ($M = 3,19$; $DT = ,938$) y las personas jóvenes ($M = 3,16$; $DT = ,853$), siendo por tanto percibidas como las menos vulnerables a sufrir la soledad.

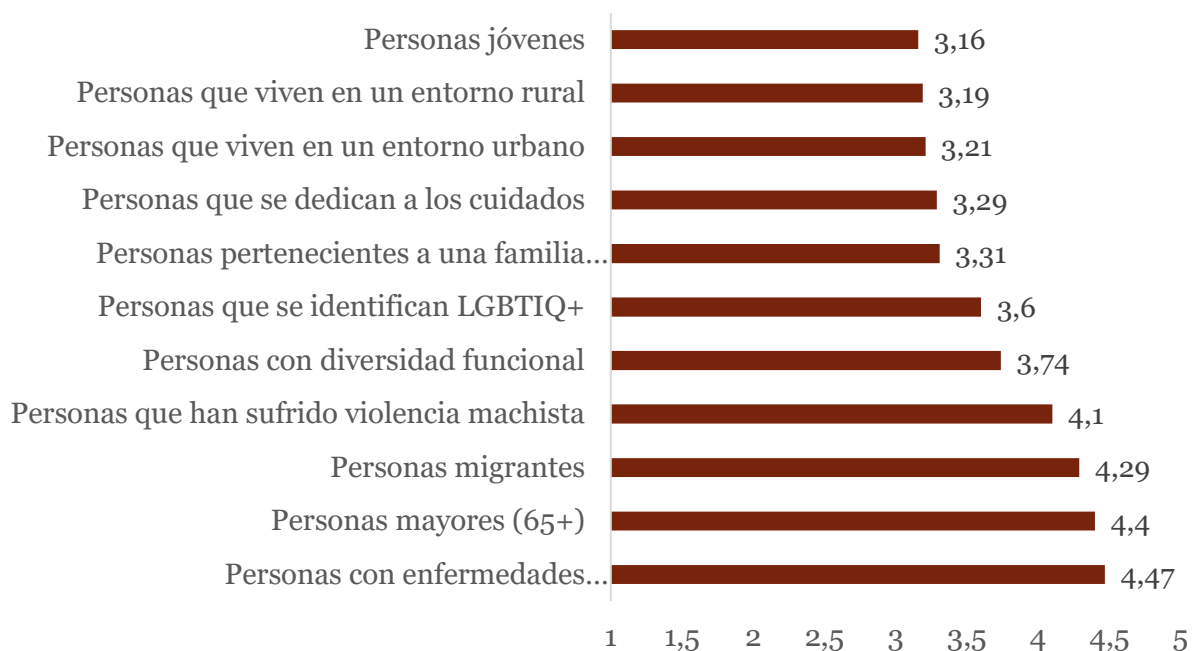


Figura 17. Vulnerabilidad a sufrir la soledad de los distintos grupos de personas

En la Tabla 13 se muestran las puntuaciones medias de soledad percibida por los diferentes Servicios de atención para cada uno de los grupos de población. El nivel de soledad percibida de los diversos grupos de personas es similar en los diferentes Servicios de atención. Aun así, se observan algunas diferencias entre los Servicios de deshabitación y algunos de los servicios:

- Perciben una mayor vulnerabilidad a sufrir soledad por parte de personas pertenecientes a una familia monomarental/monoparental [$F(5,56) = 2,76$; $p =$

,027], personas que se identifican como LGBTIQ+[$F(5,56)= 2,88; p = ,022$], y personas con diversidad funcional [$F(5,56)=3,20; p = ,013$].

- Comparativamente a los Servicios de atención nocturna perciben más propensión a la soledad entre personas de un entorno rural [$F(5,56)=3,10; p= ,015$].
- Comparativamente a los Servicios de atención diurna perciben a las mujeres víctimas de violencia machista como más vulnerables a sentirse solas [$F(5,56)= 2,96; p = ,019$].

Tabla 11. Soledad percibida de los diferentes grupos de personas en función del Servicio de atención

	Jóvenes	Mayores (65 años)	Migrantes	Colectivo LGBTQ+	Familia monomarental /monoparental	Diversidad funcional	Enfermedad física o mental	Dedicación a los cuidados	Entorno rural	Entorno urbano	Víctimas de violencia machista
Servicios de atención diurna	3,12	4,53	4,29	3,47	3,06	3,53	4,24	3,29	3,00	3,00	3,71
Servicios de atención residencial	3,07	4,33	4,20	3,40	3,20	3,53	4,47	3,20	3,20	3,07	4,07
Servicios de atención nocturna	3,50	4,50	3,50	3,50	2,50	3,50	4,50	2,00	2,00	3,50	3,50
Servicios de atención ambulatoria	3,06	4,29	4,24	3,41	3,29	3,65	4,47	3,41	3,00	3,18	4,12
Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	3,00	4,80	4,40	3,80	3,20	4,00	4,60	3,60	3,80	3,20	4,60
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	3,83	4,17	4,83	4,83	4,67	5,00	5,00	3,33	4,17	4,17	5,00

Buenas prácticas e intervenciones dirigidas a reducir la soledad

Son diversas las estrategias que la literatura ha mostrado eficaces para reducir la soledad, el aislamiento social o ambos. Entre ellas destacan las intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales, el aumento de oportunidades para la interacción social y la mejora del apoyo social, las terapias cognitivo-conductuales y aquellas enfocadas en los pensamientos distorsionados o maladaptativos, las intervenciones psicoeducativas y estrategias comunitarias. Esta es la clasificación que hemos utilizado a la hora de organizar las diversas intervenciones que se llevan a cabo desde los centros y programas para abordar el problema de la soledad no deseada.

Tal y como se refleja en la Figura 18, muchas de las entidades utilizan más de una estrategia:

- Casi la totalidad de la muestra refieren fundamentalmente intervenciones dirigidas a mejorar las de habilidades sociales (98,4%; $n = 61$).
- El 87,1% ($n = 54$) estrategias dirigidas a fomentar el apoyo e interacción social;
- El 66,1% ($n = 41$) intervenciones psicoeducativas y el 54,8% ($n = 34$) intervenciones comunitarias dirigidas a fomentar los recursos, la autogestión y el empoderamiento de la propia comunidad.
- El 46,8% ($n = 29$) refieren llevar a cabo intervenciones dirigidas a modificar los pensamientos distorsionados,
- El 17,7% ($n = 11$) terapias de tipo cognitivo conductual.

Otras intervenciones señaladas por los/as participantes son aquellas dirigidas a la mejora de la inserción laboral (4,8%; $n = 3$) e intervenciones en situaciones de urgencia (1,6%; $n = 1$).

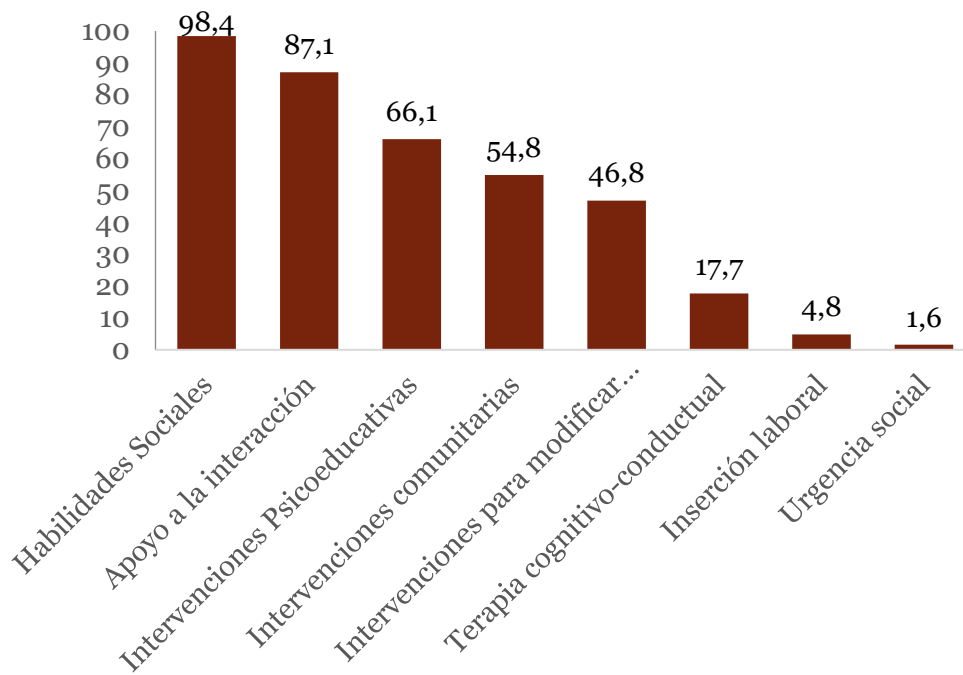


Figura 9. Tipos de intervenciones realizadas en los servicios de inclusión social

A continuación, analizaremos cada una de las intervenciones de forma más pormenorizada. En el anexo 2 se recogen intervenciones concretas asociadas a cada tipo de estrategia, tal y como han sido descritas por los/as participantes.

Intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de hábitos (a nivel de conductas, pero también de pensamientos y emociones), que permiten mejorar las relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos, y conseguir que los/as demás no nos impidan lograr nuestros objetivos. Incluye temas afines como asertividad, autoestima e inteligencia emocional. También destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales.

Entre las actividades concretas que se realizan en los distintos centros/programas participantes en el estudio desarrolladas para mejorar las habilidades sociales se han llevado a cabo talleres, encuentros, salidas grupales o

tutorías individuales para trabajar la adquisición de un estilo de comunicación asertivo, aprender a realizar peticiones dando las gracias, saber cómo estar en una mesa de forma adecuada, corregir actuaciones que no fomentan la interacción, estrategias de resolución de conflictos, gestión del tiempo libre y actividades de ocio (manualidades, informática, horticultura, jardinería). También nociones sobre economía doméstica o hábitos de vida saludables (cocina y alimentación, ejercicio físico y motricidad).

Estrategias para fomentar la interacción social y la mejora del apoyo social

Las interacciones sociales, son habilidades sociales relacionadas con la presentación, cortesía y agrado, peticiones, conversaciones, críticas, derechos y obligaciones y afectividad. Se trata de herramientas para mejorar el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuentan las personas.

Entre las actividades concretas que se realizan en los distintos centros/programas para aumentar la interacción social, mejorar el apoyo social o ampliar las redes relacionales, se llevan a cabo actividades de ocio y tiempo libre educativo, actividades ocupacionales, establecimiento y/o impulso de contacto regular con la red de apoyo familiar y/o no familiar, favorecer espacios para el diálogo, ofertar procesos formativos integrados en grupos y desde las visitas que reciben, desarrollar actuaciones vinculadas con la confrontación de las redes de apoyo.

Intervenciones psicoeducativas

Son un conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo, el cual su objetivo fundamental es facilitar y optimizar ambos procesos dando impulso a las habilidades cognitivas y sociales.

Entre las actividades concretas que se realizan se han mencionado la realización de actividades individuales o grupales para fomentar la educación por la igualdad, la educación sexual, el esfuerzo personal y la constancia frente a

situaciones de adversidad, crecimiento personal, autonomía, gestión de las emociones, incidencia en los derechos de las personas con diversidad funcional, la autodeterminación y la solución de problemas. También se incluye el apoyo y acompañamiento en situaciones de descompensación de la persona con enfermedad mental.

Intervenciones comunitarias

La intervención comunitaria reside en su capacidad para desplegar una dinámica de colaboración entre los agentes sociales. El desarrollo de las capacidades de la comunidad, la evaluación formativa, el trabajo con actores-clave, la planificación integral y la formación de coaliciones destacan entre las estrategias de mejora de la implementación y la efectividad de la intervención.

Entre las actividades concretas que se realizan en los distintos centros/programas para fomentar las intervenciones comunitarias, han mencionado actividades de sensibilización y participación social en las fiestas locales, en talleres infantiles, en asociación vecinales o comisiones de fiestas. Así, se desarrollan encuentros para fomentar la multiculturalidad como el proyecto “Bizilagunak” y “Arroces del Mundo”. Han participado en iniciativas de ocio y solidarias como “Solidaritzaguna”, “Círculos del silencio”, “Javierada”, “Día de la mujer” o el “Día del árbol. También se ha contribuido con el fomento de la cultura local participando en la construcción del ballenero “Albaola”, y la reconstrucción de un museo o la organización de eventos como la “Quincena Musical”.

Otras de las actividades desarrolladas desde los distintos servicios son participar en la mejora del barrio, en acciones concretas como construyendo un pin pon, una fuente o implicándose en el mantenimiento de los jardines del barrio. Además, se fomenta el deporte colaborativo con la creación de equipos de fútbol y una liga en la que participar. Para realizar las actividades comunitarias como el taller de lectura se acude a la biblioteca municipal como recurso colectivo, para realizar el taller de horticultura/jardinería se utiliza espacio de la escuela y el ejercicio físico se realiza en recursos deportivos municipales.

Finalmente, se colabora con otras entidades/asociaciones del barrio o municipio, generando una amplia red de apoyo comunitario.

Estrategias para modificar pensamientos distorsionados o mal-adaptativos

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. Se llaman pensamientos distorsionados o distorsiones cognitivas, a los pensamientos o ideas que no se corresponden con la realidad, son pensamientos acerca de nosotros/as mismos/as y sobre todo lo que nos rodea, suelen llevarnos a error y eso influye en gran medida en nuestro estado de humor o autoestima.

Concretamente, en los servicios o programas analizados, se interviene mediante espacios individuales de atención psicológica, tutorías individuales, talleres de modificación cognitiva, donde se busca situar en la realidad desde la empatía, se realiza una orientación y asesoramiento sobre distintas realidades.

Entre los servicios participantes en el estudio, las estrategias para modificar los pensamientos distorsionados o mal adaptativos se trabajan principalmente en los servicios residenciales, aunque en los servicios de atención nocturna, diurna y ambulatoria también se realizan intervenciones con este objetivo.

Terapias cognitivo-conductuales

Se trata de una orientación terapéutica donde se trabaja enseñando a reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles para la persona, o *pensamientos disfuncionales*. Para esto es necesario entrenar a la persona para que sea capaz de reflexionar acerca de su propia manera de pensar y plantearse qué puntos son conflictivos y cuáles no lo son. De este modo, se persigue una mayor capacidad para detectar y cuestionarse los patrones típicos de pensamiento que le causan problemas. El proceso por el cual se consigue que la persona reconozca los aspectos cognitivos que le producen malestar y pueda actuar sobre ellos.

Entre los servicios participantes en el estudio, la terapia cognitivo conductual se desarrolla sobre todo en los servicios residenciales, donde se ofrece un espacio para que las personas se sientan emocionalmente seguras de cara a poner en práctica aquellas indicaciones orientadas a la modificación y/o adquisición de actitudes, hábitos y habilidades. Se trabajan técnicas individuales de modelaje para potenciar conductas positivas y de confrontación para reducir las conductas negativas. Esta intervención se deriva generalmente al Programa de atención psicológica de Diputación Foral Gipuzkoa.

En la Tabla 14 y Figura 19 se refleja en qué medida (%) se realizan las diferentes actividades en función de los Servicios de atención. En la gran mayoría de las intervenciones dirigidas a reducir la soledad, no existen diferencias significativas en función del tipo de Servicio de atención. Sólo en las terapias cognitivo-conductuales [$\chi^2(5, N = 62) = 12,17, p = ,033$], que se realizan en mayor medida en los Servicios de atención residencial, y las intervenciones psicoeducativas [$\chi^2 (5, N = 62) = 14,39, p = ,013$] en los Servicios de deshabitación y los Servicios de atención residencial.

Tabla 14. Estrategias para reducir la soledad y abordaje individual, grupal y comunitario y Servicios de atención

	Habilidades sociales	Apoyo e interacción	Intervención psicoeducativa	Intervenciones comunitarias	Intervenciones modificar pensamientos	Terapia cognitivo conductual
Servicios de atención diurna	100	94,1	64,7	64,7	41,2	5,9
Servicios de atención ambulatoria	94,1	82,4	64,7	47,1	47,1	3,2
Servicios de atención residencial	100	86,7	80	66,7	73,3	46,7
Servicios de atención nocturna	100	50	50	50	50	0
Servicios de deshabitación	100	100	100	16,7	16,7	1,6
Servicios de empleabilidad	100	80	0	60	20	0
Total (%)	98,4	87,1	66,1	54,8	46,8	17,7

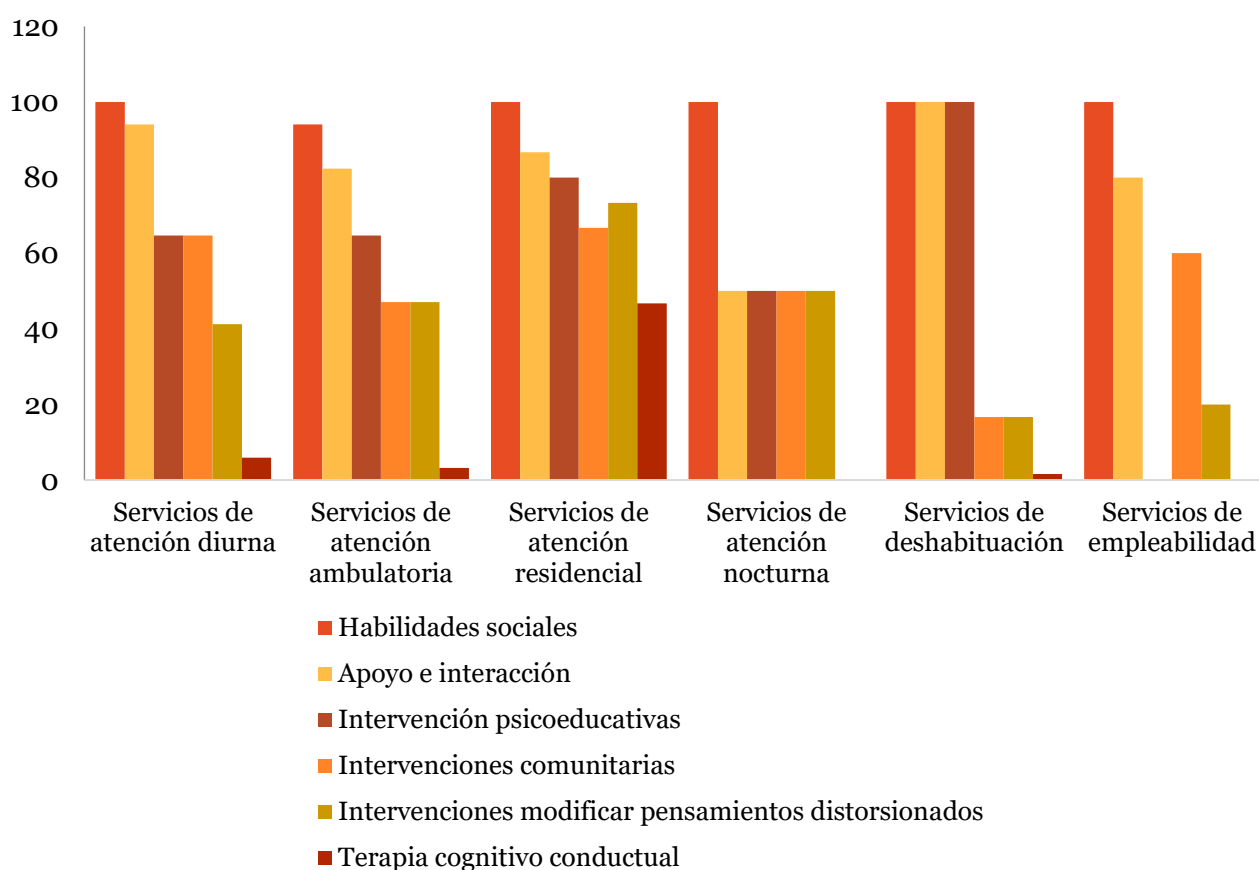


Figura 19. Estrategias para reducir la soledad y servicios de atención

Abordaje individual/grupal/comunitario de las intervenciones para reducir la soledad

En cuanto al abordaje de las intervenciones señaladas para reducir la soledad, podemos agrupar las intervenciones en tres categorías (ver Tabla 15, Figura 20): (a) actividades grupales, (b) intervenciones individuales, (c) y enfoques comunitarios.

De los resultados se desprende que, en general, se utiliza un abordaje mixto, en mayor medida de tipo individual (96,8%), seguido del grupal (85,5%) y en menor medida de tipo comunitario (56,5%).

Tabla 125. Estrategias individuales, grupales y comunitarias (%)³ y Servicios de atención

	Individual	Grupal	Comunitario
Servicios de atención diurna	100	94,1	70,6
Servicios de atención ambulatoria	88,2	70,6	47,1
Servicios de atención residencial	100	93,3	73,3
Servicios de atención nocturna	100	50	50
Servicios de deshabitación	100	100	16,7
Servicios de empleabilidad	100	80	40
Total (%)	96,8	85,5	56,5

³ El total de respuestas excede el 100% debido a que gran parte de los centros/programas refieren varios tipos de abordaje.

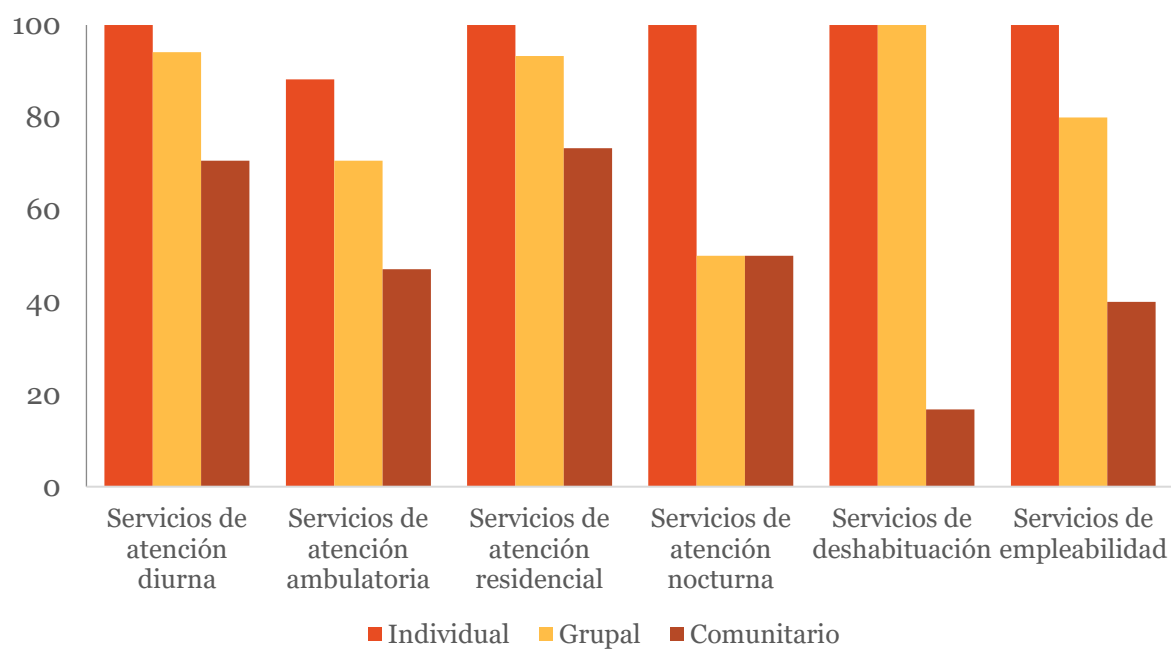


Figura 20. Servicios de atención y abordaje individual, grupal y comunitario

En la Tabla 16 y Figura 21 se muestra el tipo de abordaje⁴ que se utiliza en los centros y programas de inclusión social en el territorio de Gipuzkoa con relación al tipo de actividades realizadas.

⁴ El total de respuestas excede el 100% debido a que gran parte de los centros/programas refieren varios tipos de abordaje.

Tabla 136. Estrategias para reducir la soledad y abordaje individual, grupal y comunitario

	Individual	Grupal	Comunitarias
Habilidades sociales	91,9	75,8	30,6
Apoyo e interacción	85,5	71,0	37,1
Intervenciones comunitarias	48,4	41,9	40,3
Terapias cognitivo-conductuales	33,9	11,3	4,8
Pensamientos distorsionados	48,4	24,2	6,5
Intervenciones psicoeducativas	67,7	46,8	16,1

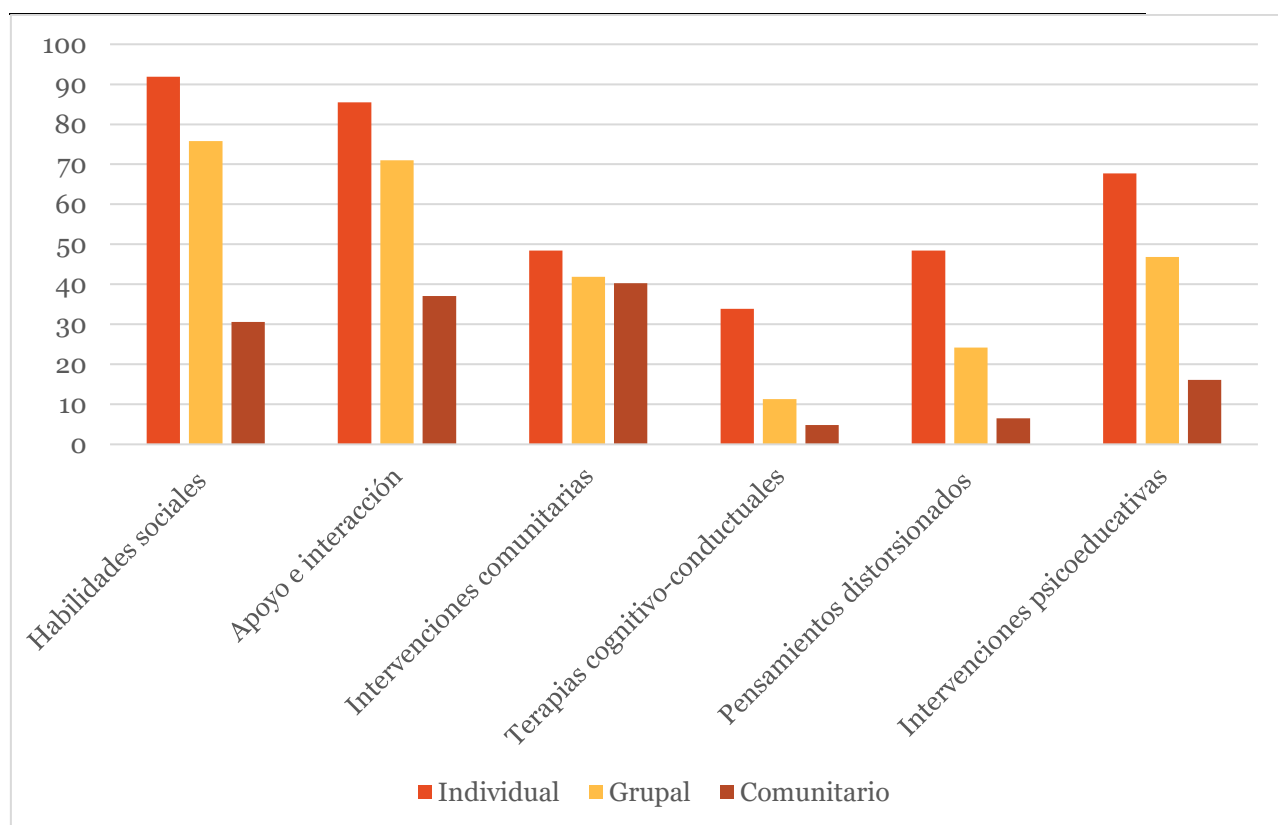


Figura 21. Estrategias para reducir la soledad y abordaje individual, grupal y comunitario

Enfoque de derechos y necesidades en los centros/programas de atención

Los resultados muestran que los/as participantes identifican su centro/programa con un tipo de intervención más enfocado a la promoción de derechos (responsabilidad, obligaciones y participación activa) ($M = 4,06$; $DT = 0,85$) y en menor medida a las necesidades (asistencia social, emergencia, criterios de exclusión) ($M = 3,89$; $DT = 0,96$).

A partir de sus repuestas, se creó una nueva variable considerando un claro enfoque de derechos (vs. necesidades), un claro enfoque de necesidades (vs. de derechos), un claro enfoque de derechos y necesidades y un bajo enfoque de derechos y necesidades. Tal y como se muestran en la Figura 22, el 19,4% tiene un claro enfoque de derechos (vs. necesidades), el 14,5% un claro enfoque de necesidades (vs. de derechos), el 59,7% un claro enfoque de derechos y necesidades y el 6,5% un bajo enfoque de derechos y de necesidades. No existen diferencias significativas en función del tipo de Servicio de atención (ver Tabla).

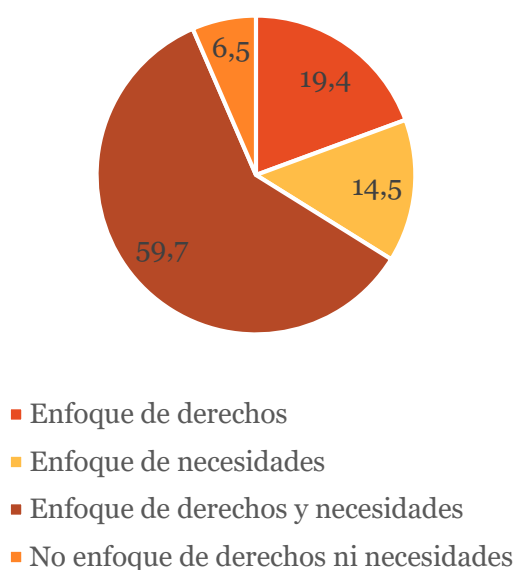


Figura 22. Enfoque de derechos y necesidades

En la Tabla 17 se muestra en tipo de enfoque en los diferentes Servicios de atención, sin diferencias significativas entre ellos.

Tabla 147. Enfoque de derechos y/o necesidades en los Servicios de atención

	Enfoque de derechos	Enfoque de necesidades	Enfoque de derechos y necesidades	Sin enfoque de derechos ni necesidades
Servicios de atención diurna	17,6	11,8	64,7	5,9
Servicios de atención residencial	26,7	6,7	60,0	6,7
Servicios de atención nocturna	0,0	100,0	0,0	0,0
Servicios de atención ambulatoria	5,9	17,6	64,7	11,8
Servicios de apoyo y orientación a la empleabilidad	40,0	20,0	40,0	0,0
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	33,3	0,0	66,7	0,0
Total (%)	19,4	14,5	59,7	6,5

En la Tabla 18 se muestran las puntuaciones medias de la soledad percibida de los diferentes grupos de personas en función del enfoque de derechos y/o necesidades de los centros/programas.

Tabla 18. Soledad percibida en función del enfoque de derechos y/o necesidades

	Enfoque de derechos	Enfoque de necesidades	Enfoque de derechos y necesidades	Sin enfoque de derechos ni necesidades
Personas jóvenes	3,17	3,22	3,11	3,50
Personas mayores (65+)	4,50	4,56	4,30	4,75
Personas migrantes	4,42	4,11	4,24	4,75
Personas que se identifican LGBTIQ+	4,00	3,56	3,46	3,75
Personas pertenecientes a una familia monomarental/monoparental	3,50	2,67	3,54	2,00
Personas con diversidad funcional	3,67	4,00	3,76	3,25
Personas con enfermedades físicas/mentales	4,42	4,56	4,57	3,50
Personas que se dedican a los cuidados	3,75	3,00	3,27	2,75
Personas que viven en un entorno rural	3,50	3,11	3,16	2,75
Personas que viven en un entorno urbano	3,33	3,11	3,30	2,25
Personas que han sufrido violencia machista	4,08	4,11	4,22	3,00

El tipo de enfoque de derechos y/o necesidades muestra algunas especificidades en cuanto a los grupos de población que se perciben más vulnerables a sufrir soledad (ver Figura 23):

- Las entidades y programas con un claro enfoque de derechos y necesidades perciben a las personas pertenecientes a una familia monoparental/monomarental [$F(3,58)= 4,47$; $p = ,007$] y tendencialmente a las víctimas de violencia machista [$F(3,58)= 2,58$; $p = ,062$], más vulnerables a sufrir la soledad, en comparación a las entidades y programas con bajo enfoque en derechos y necesidades.
- Entre las entidades y programas con un claro enfoque de necesidades, se perciben a las personas con enfermedades físicas y/o mentales [$F(3,58)=3,51$; $p = ,021$] más vulnerables a sufrir la soledad, en comparación con las entidades y programas con bajo enfoque en derechos y necesidades.

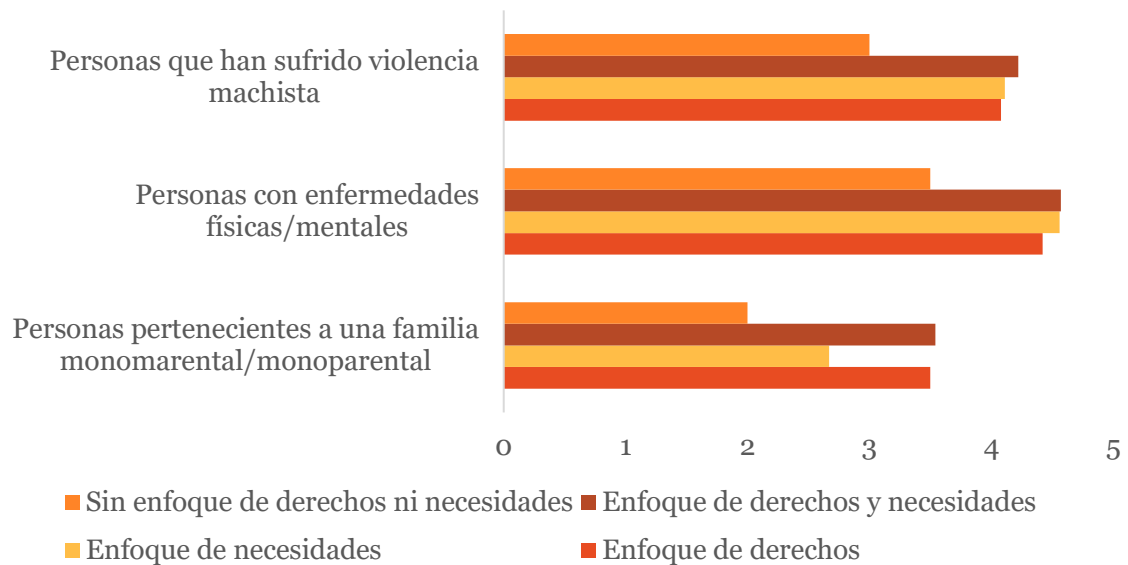


Figura 23. Diferencias en la soledad percibida en función del enfoque de derechos y/o necesidades

Transversalidad de género en las intervenciones para reducir la soledad

La incorporación del enfoque de género en los centros y programas de inclusión social supone adoptar un conjunto de estrategias dirigidas a lograr la equidad entre hombres y mujeres. Aplicar la transversalidad del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres, implica que la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y actuaciones incorporen la perspectiva de género. Desde esta perspectiva se quiso conocer hasta qué punto los centros y programas de inclusión social en Gipuzkoa tienen incorporada esta perspectiva en su trabajo, tanto en la detección como a través herramientas para responder a estas necesidades diferenciadas.

El 72,9% de los centros/programas participantes reconocen que los hombres y las mujeres que hacen uso de sus centros/programas plantean dificultades distintas para participar u obtener beneficios de las intervenciones que se realizan en los mismos.

Consideran que, a las mujeres, se les suman complicaciones por el hecho de ser mujeres. Estas complicaciones se refieren fundamentalmente a las

dificultades de conciliación por las cargas y responsabilidades familiares y la escasa red social con la que cuentan, lo que dificulta la asistencia y participación en las actividades que se promueven desde el centro:

“Sí, a las mujeres se les suman complicaciones por ser mujeres”.

(Centro de día)

“Sí, porque las mujeres normalmente son quienes asumen las responsabilidades familiares obstaculizando su acceso a nuestro programa”.

(Programa de Empleabilidad)

“Sí en el caso de las mujeres las cargas familiares le dificultan notablemente su autonomía a la hora de participar”.

(Programa de Acompañamiento Especializado)

“Bai, senitartekoen zainketa eta ardura. Emakumeak etxea antolatu eta umeak eta familia zaindu behar dituzte”.

(Programa de Empleabilidad)

“Sí, sobre todo en el caso de las familias monoparentales por el hecho de su reducida disponibilidad”.

(Centro de día y Programa de acompañamiento y empleabilidad)

Otras cuestiones señaladas hacen referencia al efecto diferenciado de la soledad (más emocional en las mujeres y más ligado con los consumos en el caso de los hombres), así como diferencias en los estilos relacionales. Mientras las mujeres muestran más necesidad de relación, comunicación y apertura a la participación en los diversos recursos comunitarios, los hombres tienen más dificultades para expresarse, y mayores niveles de soledad asociados asimismo a otros tipos de problemas de salud física y mental.

“Sí, las mujeres son más permeables a las iniciativas novedosas y a romper clichés”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“En nuestro recurso, el grupo no ha sido homogéneo, el perfil de las mujeres que hemos tenido en el último año ha sido un perfil de mujeres muy comunicativas en comparación al hombre que tenía más dificultades para expresarse”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“Sí, las mujeres tienen más capacidad para expresar lo que sienten. Suelen tener menos dificultades para relacionarse, aunque muestran dificultades para gestionar los conflictos que surgen alrededor de las relaciones. Las mujeres suelen estar más abiertas a participar de los recursos socio-comunitarios. Los hombres que nos llaman suelen presentar mayores niveles de soledad (emocional y relacional) y en muchas ocasiones presentan problemas de salud mental y física o de adicciones”.

(Servicio de atención telefónica y Asesoramiento/Acompañamiento emocional)

“Emakumeengan bakardadea sentipendepremituan du islada, gizonengan alkoholkontsumoa, jokua, adikzioa... Gizonek bakardad sentipena identifikatzeko zailtasun gehiago dute”.

(Servicio Foral de Coordinación de Urgencias Sociales)

Algunos centros/programas refieren la interacción entre género y cultura como un elemento a considerar, como es el caso de la comunidad gitana con roles muy marcados de género.

“No existen grandes diferencias en función del género, a veces sí la interacción entre género y cultura”.

(Programa de acompañamiento especializado)

“Sí, dentro de la comunidad gitana roles muy marcados de género”.

(Programa de Empleabilidad)

“Inicialmente se tiene que tener en cuenta la cultura y costumbres de las personas que participan en el grupo”.

(Centro de día)

Otros centros/programas hacen referencia a dificultades independientemente de su género, asociadas a la vulnerabilidad, situación de calle y circunstancias particulares de cada persona.

“Cada participante sea hombre o mujer plantea diferentes dificultades...Principalmente hay dificultades de motivación independientemente del género”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“No hay distinciones para acceder al centro, la mujer tiene preferencia en razón a la vulnerabilidad de estar en la calle”.

(Centro educativo ocupacional)

El 27,1% de los centros/programas no detectan dificultades diferenciales en función del género, y añaden que su trabajo se orienta sólo con mujeres o con hombres.

El 68,3% de los/as informantes afirma que sus centros/programas tienen capacidad para responder a las necesidades derivadas de la incorporación de la perspectiva de género en los servicios que ofrecen. También subrayan la incorporación de esta perspectiva en la formación continua tanto de los/as profesionales como en las actividades formativas que realizan para sus usuarios y usuarias.

“Tailerra bezala eta batik bat Caritas bezala antolatzen diren ekintza eta proiektu guztietan oso kontutan hartzen da emakumeek duten egoera eta zailtasun bereziak”.

(Centro ocupacional)

“Estamos continuamente planteándonos este tipo de cuestiones, realizando formaciones en relación al tema de género, a aprender a adaptarnos”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de jóvenes)

“Aun no habiéndose dado la situación concreta, se están preparando protocolos concretos que teniendo el foco en la soledad de los participantes integran también la perspectiva de género dadas las posibles diferentes implicaciones”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“Intentamos realizar una intervención con perspectiva de género , en el que trabajamos aspectos como “Yo como mujer” que incluye trabajo de crecimiento personal y de aplicación de habilidades emocionales, desarrollo de habilidades asertivas, la construcción de nuestra identidad como mujeres, las relaciones intrapersonales e interpersonales, micromachismos y sus efectos en la vida cotidiana, las actitudes decididas frente a la sexualidad, la teoría sexo-género, coeducación y corresponsabilidad, gestión del hogar, etc. “Nosotras como mujeres” que integra la diversidad cultural, la religión y el mundo de las costumbres, la aportación invisible de las mujeres al desarrollo

social, la mujer y los medios de comunicación, igualdad de género, nuevas tecnologías como herramienta de empoderamiento, etc. Al ser grupos mixtos intentamos compaginar estas reflexiones con todas aquellas que tengan que ver con las Nuevas Masculinidades”.

(Centro de día)

Además, plantean una respuesta basada en un enfoque de derechos, respetando la identidad de las mujeres y favoreciendo los espacios y tiempos necesarios en su participación y empoderamiento.

“Eskubideeen lanketan oinarrituta”.

(Centro de día)

“Teniendo en cuenta cuanto espacio físico usan los hombres y mujeres. Además, de intentar dar el mismo protagonismo (tiempos) a cada uno de ellos”.

(Centro de día)

“Se trabaja desde el conocimiento de la cultura e identidad gitana, reforzando la participación de mujeres y trabajando con los hombres la corresponsabilidad familiar”.

(Programa de Empleabilidad)

“Sí, se realiza una labor de empoderamiento con la persona y de sensibilización a la familia para que comprenda y apoye que tiene derecho como persona de tener su propio itinerario personal, social, laboral, etc.”

(Información, asesoramiento y orientación)

Además, consideran relevante la flexibilidad de los horarios y citas, el acceso a los programas de tratamiento con sus hijos/as y medidas de discriminación positiva.

“Tenemos un horario estándar de entrada y salida, pero el programa se adapta a las necesidades individuales de cada persona. Inicialmente, el horario se puede adaptar a las necesidades de cada persona. Por otro lado, comentar que en la lista de espera de Landuz (compartida entre las entidades Sutargi, KateaLegaia y GureakInklusioFundazioa), las mujeres adelantan 6 meses su fecha de entrada a la lista de espera, adelantando de esta manera su fecha de incorporación al programa”.

(Programa de Empleabilidad)

“En el programa Haurtxoak, orientado a mujeres en exclusión social y sus hijos/as, acceden al tratamiento con sus hijos/as de 0 a 6 años de edad. El horario del programa Tratamiento Ambulatorio es flexible, permitiendo ajustarse a las dificultades. En el programa de Comunidad Terapéutica se llevan grupo de mujeres”.

(Programa de deshabitación)

“Saiatzengaraikastaroakberaienorduetaraegokitzenedotahitzorduakematekoorduanma lguasunaizaten”.

(Programa de Empleabilidad)

“Por ejemplo, a través de la flexibilidad horaria y el apoyo profesional y comunitario, además de la entidad”.

(Centro de día)

En otras respuestas se percibe un cierto reduccionismo sobre la perspectiva de género, en la medida que únicamente hacen referencia a la presencia tanto de mujeres como de hombres en sus equipos profesionales o a la naturaleza mixta de sus servicios donde pueden participar hombres y mujeres.

“Adaptamos los recursos contamos con equipos mixtos que nos permiten tener la visión de género interiorizada en todos los servicios”.

(Centro de día, Vivienda con apoyos para la inclusión y Servicio de acompañamiento social especializado)

“Hasta la fecha, si bien los pisos tienen una naturaleza mixta, sólo ha habido hombres. El piso de Astigarraga se configura para mujeres en riesgo de exclusión, pero sólo mujeres”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“En las actividades programadas pueden participar de igual manera tanto mujeres como hombres. Si bien, se precisa trabajar de forma personalizada de la importancia de mejorar competencias personales y sociales; y para ello se requiere tener recursos humanos y materiales”.

(Información, asesoramiento y orientación)

“Se realizan actividades con asistencia tanto de hombres como de mujeres y también específicas para cada colectivo en función de las necesidades planteadas”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

Una gran parte de los centros/programas refieren una capacidad de respuesta no tanto por sus dificultades inherentes a su género, sino a través de planes de intervención individualizados. Más de la mitad de los centros en su argumentación, hacen referencia a esta cuestión.

“El servicio responde independientemente del género, se desarrollan itinerarios personalizados ajustados a las dificultades”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“Bai, bakoitzaren beharren arabaera lan egiten dugulako. Bakarkakasak aztertuz eta kasuan parte hartzen duten erreferenteekin harreman zuzena mantenduz beharrezkoa denean osotasunean erantzuteko”.

(Centro de día)

“Sí, con intervención individualizada, acompañando los casos de manera multidisciplinar que permite realizar intervenciones de otro profesional en caso necesario sin que la persona lo viva de una manera violenta o extraña, siempre a fin de llevar a cabo el objetivo planteado en el PIA”.

(Centro residencial para la inclusión social)

Entre los centros/programas que señalan no tener capacidad para responder a las dificultades específicas de las mujeres señalan las dificultades de acceso, dificultades estructurales y falta de personal.

“Sí presenta capacidad, pero no la suficiente debido a que las mujeres suelen presentar más dificultades de acceso al mismo”.

(Programa de Empleabilidad)

“A nivel estructural no hay suficientes espacios para atender esas necesidades (rezo separado por cuestiones religiosas)”.

(Centro de acogida nocturna)

“Desde el centro, tratamos de responder a esa necesidad siendo flexibles y adaptándonos en la medida de lo posible a sus horarios, adaptando las intervenciones a sus necesidades, pero cuando hay menores a veces requieren de otros recursos que nosotras no les

podemos ofrecer. Existe carencia de otros recursos, adecuados y flexibles, que apoyen las necesidades de atención en esos momentos”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

En ocasiones, la falta de capacidad hace referencia a naturaleza del servicio que atiende fundamentalmente a los hombres, tratando de paliar estas dificultades mediante el vínculo y trabajo educativo con las usuarias y usuarios así como la coordinación con otros recursos.

“No mucha capacidad. Es un servicio mayoritariamente de hombres, por lo que es complicado con la poca presencia femenina que hay fomentar la participación”.

(Centro de día)

“El vínculo que se establece y el trabajo educativo es la única capacidad que tenemos de abordaje”.

(Centro de día)

“Neurri oso txikian, esku-hartzebakar batean honen detekzioa edo diagnostikoa egin daiteke, errekurtsoen eskeintza eta deribazio egoki bat”.

(Servicio de coordinación de urgencia social)

“El servicio ofrece información y orientación al respecto, no pudiendo ofrecer una resolución física inmediata. Se realiza una búsqueda de alojamiento alternativo”.

(Servicio de coordinación de urgencia social)

De forma específica, se han recogido alusiones a la falta de recursos para casos de violencia doméstica hacia los hombres.

“En los casos de violencia doméstica hacia el hombre los recursos de urgencia son inexistentes o limitados”.

(Servicio de coordinación de urgencia social)

Existen diferencias en la capacidad de responder a las diferencias de género en función del enfoque de derechos y/o necesidades de los centros y

programas, [χ^2 (3, $N = 60$) = 13,92, $p = ,003$]. Los centros con un claro enfoque de derechos muestran más capacidad para responder a las necesidades específicas de las mujeres (100%) en comparación con los centros con un enfoque mixto de derechos y necesidades (72,2%), con un claro enfoque de necesidades (33,3%) o con un bajo enfoque de derechos y necesidades (25%).

El 86,9% considera que con las actividades que diseñan y llevan a cabo en sus programas se busca que las asimetrías de poder entre mujeres y hombres no sean obstáculo para la participación en las mismas. Señalan acciones de discriminación positiva, y atención psicosocial, que realizan desde un enfoque de género integrado tanto en la formación como en la programación de actividades del centro promocionando la participación de las mujeres, la conciencia de su situación de desigualdad y empoderamiento:

“Se atienden particularmente casos de violencia de género, donde se valoran las necesidades de mujeres sometidas al poder de sus parejas o exparejas, en función de lo que se les orienta a determinados recursos y/o actividades concretas, con el objetivo de promover su autonomía, independencia y conciencia de sentimiento de igualdad”.

(Servicio de coordinación de urgencia social)

“Sí, incluso en ocasiones hay actividades que se realizan con discriminación positiva hacia las mujeres, hay espacios en los que participan únicamente mujeres”.

(Centro de día)

“Se intenta dar soluciones con las herramientas y espacios que disponemos. Por ejemplo, que limpieza que no sea cuestión de género, algo que está bastante interiorizado en la comunidad árabe. No suponen nunca un obstáculo. Únicamente a la hora de cambiarse o usar el baño, es cierto que solo tenemos uno”.

(Centro de acogida nocturna)

“Se intentan tanto en la programación de actividades como en la planificación y desarrollo.”

(Centro de día)

“Intentamos incorporar las miradas trabajadas de forma específica en el día a día del trabajo en grupo”.

(Centro de día)

“Sí, además se protege la participación de la mujer para potenciar su empoderamiento”.

(Servicio de orientación e información)

“Absolutamente. Y casualmente en estos momentos nos encontramos organizando una máster class sobre igualdad de género para todos los participantes del programa”.

(Programa de Empleabilidad)

Cabe señalar que, si bien esa es la respuesta mayoritaria de los/as participantes, las referencias específicas que señalan como ejemplo no hacen tanta referencia a la consideración de las asimetrías de poder y situaciones de desigualdad sino a necesidades específicas de las mujeres usuarias y la igualdad de trato a mujeres y hombres.

“Sí, la igualdad es algo innato al servicio. Ya vienen con situaciones complicadas como para añadirles más, la igualdad es algo muy importante en nuestro centro y procuramos aplicarlo”.

(Centro de día)

“Tratamos de que los grupos estén configurados por hombres y mujeres ya que así se enriquece las actividades a realizar”.

(Información, asesoramiento y orientación)

“Se intenta, pero no es fácil cuando el cupo no es de 50%. Se intenta dar la respuesta a las necesidades de cada una de las personas. Si no se consigue grupalmente, se activan actividades individuales que puedan dar respuesta a la necesidad de la persona, no siendo obstáculo el género”.

(Centro residencial para la inclusión social)

Por otro lado, entre los centros/programas cuyas intervenciones no atienden de forma específica las asimetrías de poder entre mujeres y hombres, argumentan no tener ese enfoque o las capacidades adecuadas para dar respuesta a ello.

Otros centros manifiestan tener en cuenta las necesidades individuales indistintamente del género; y otros centros, una normativa y objetivos comunes con una visión androcéntrica.

“El hecho de que por trayectoria atendamos a un mayor número de chicos, hace que muchas de las ideas/proyectos que se crean, sean con un enfoque "masculino"... ya que la mayoría de los jóvenes que participan son chicos”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de jóvenes)

“Hasta la fecha el piso de mujeres se configura como un programa diferente, pero la normativa, filosofía del centro y objetivos son comunes a los de los hombres”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

A partir de las respuestas ofrecidas en este apartado podemos señalar que gran parte de las y los profesionales participantes dicen ser conocedores de intervenciones que se están haciendo para integrar la perspectiva de género. Sin embargo, por sus respuestas en ocasiones no existe una reflexión profunda de lo que significa y cómo se concreta. Considerando el contenido y argumentación de las respuestas a las cuestiones realizadas en este apartado, creamos una nueva variable de transversalidad de género en el abordaje de la soledad, considerando no sólo el acceso a los derechos e igualdad, sino una filosofía que cuestiona los valores que alimentan las relaciones de poder. La asignación de cada tipo de servicio a dicha categoría se realizó mediante acuerdo interjueces. El 17,7% ($n = 11$) tiene un enfoque de género transversal, mientras que el 82,3% ($n = 51$) si bien muestra una sensibilidad a la hora de identificar algunas cuestiones derivadas de la diferencia de género, a la hora de la intervención muestra dificultades para la aplicación de un enfoque transversal. Cabe señalar que los centros/programas con un claro abordaje de género, en comparación con aquellos sin una mirada de género tan evidente consideran más vulnerables a sufrir soledad a las personas que se dedican a los cuidados [$t=-2,23$; $p = ,030$] ($M = 3,82$ y $M = 3,18$, respectivamente) y tendencialmente a las personas que sufren violencia machista [$t=-1,944$, $p= ,057$], ($M = 3,82$ y $M = 3,18$, respectivamente).

Puntos clave y dificultades de los modelos de actuación para reducir la soledad

Puntos clave para reducir la soledad

Los y las profesionales de los diferentes centros/programas han mencionado los que consideran que son sus puntos fuertes para abordar la soledad (ver Figura 24).

El *Acompañamiento* es el aspecto clave más mencionado, aproximadamente la mitad de los centros/programas participantes lo señala (43,10%). En algunos programas, se describe un tipo de acompañamiento individualizado que se realiza dentro del centro. En otros programas, también se trata de un acompañamiento individual, pero realizado junto con la familia, en situaciones de urgencia o fuera del centro. Por último, en algunos programas se ofrece un acompañamiento de carácter social o comunitario, entendiendo que se apoya a las personas para que logren una estabilidad fuera del centro y establezcan relaciones con otras personas y grupos de la comunidad.

“Acompañamiento no dirigido, sino consensuado con el usuario mediante PIA, coloquios individuales”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“Acompañamiento en el proceso tanto a la persona usuaria como a la familia”.

(Centro de día)

“El acompañamiento como herramienta clave en la intervención diaria; ello engloba las tutorías, realización de gestiones, compartir las tareas domésticas, realización de asambleas grupales semanales, el diseño de actividades de ocio y tiempo libre los fines de semana...”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“Acompañamiento en el proceso para lograr una estabilidad fuera del centro”.

(Centro residencial para la deshabitación)

Otro de los aspectos principales señalados como puntos clave para reducir la soledad es la *Atención individualizada* (21 programas, 36,21%). Si bien existen diferencias en lo que hacen o entienden por atención individualizada, lo más importante y común a todas las respuestas, es que el programa pone en el centro

a la persona y actúa en función de sus necesidades o de sus peticiones. La acción individualizada queda representada en acciones como respetar los tiempos de las personas, ofrecer un apoyo en función de la demanda, así como adecuar la intervención, planificación y seguimiento a sus necesidades y capacidades.

“La intervención individualizada, el apoyo. Adaptación a las necesidades individuales de las personas. Diseñamos los itinerarios socio-laborales de las personas teniendo en cuenta el momento/situación de cada persona (traje a medida)”.

(Programa de Empleabilidad)

“Trabajar las potencialidades de cada persona, desde la voluntariedad respetando los momentos de cada persona”.

(Servicio de atención residencial)

“La intervención individualizada, el apoyo. Adaptación a las necesidades individuales de las personas. Diseñamos los itinerarios socio-laborales de las personas teniendo en cuenta el momento/situación de cada persona (traje a medida)”.

(Programa de empleabilidad)

“Está enfocado en cada persona, sus necesidades, su historia y en sus objetivos”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“Nuestro proyecto se caracteriza especialmente por respetar los tiempos necesarios”.

(Centro de acogida nocturna)

“Trabajar las potencialidades de cada persona, desde la voluntariedad respetando los momentos de cada persona”.

(Centro residencial para la inclusión social)

El *Establecimiento de un vínculo positivo con la persona* (19 programas, 32,76%) ha sido mencionado por uno de cada tres programas. Se refieren a la relación que se establece entre profesionales y usuarios/as. Destacan la importancia de crear un buen vínculo con las personas usuarias, mostrándose cercanos/as, teniendo mucha empatía con su situación y necesidades, ofreciendo cariño, apoyo y una escucha activa.

“La flexibilidad, la empatía junto con la escucha activa, mostrarnos como un punto de referencia y apoyo, mostrándonos accesibles”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“Establecer un vínculo estrecho y comunicación cercana con las personas”.

(Programa de Empleabilidad)

“La cercanía, el cariño, el diálogo de grupo e individual, etc.”.

(Centro de día)

Otro de los puntos clave más mencionado para evitar la soledad desde los programas es el *Fomento de las Relaciones sociales* con otras personas usuarias o de la población general (19 programas, 32,76%). Desde las entidades organizan diferentes actividades que tienen por objetivo que las personas usuarias creen, mantengan o aumenten sus redes sociales y de apoyo, bien en el mismo centro bien en la comunidad.

“Tratamos de que compartan espacios en las zonas comunes y acudan a las actividades de fin de semana en grupo para relacionarse y fomentar las relaciones sociales”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“La posibilidad de poner en contacto y favorecer actividades entre iguales”.

(Información, asesoramiento y orientación)

“Se consensuan objetivos dirigidos a la ampliación de red social y/o fortalecimiento/mantenimiento de la red familiar, así como el fomento de las interacciones cooperativas en el propio recurso”.

(Centro residencial para la protección de mujeres víctimas de violencia machista)

En quinto lugar, aparece el *Trabajo Comunitario* (15 programas, 25,86%). En esta categoría se integran las acciones en las que explícitamente se menciona la importancia de la comunidad. Se trata de acciones que potencian las relaciones con su comunidad, la identificación y participación en grupos ya existentes que

sean afines a los intereses de las personas usuarias, y la búsqueda de grupos de referencia en el espacio local.

“Buscar alianzas en la comunidad, recursos y personas para trabajando habilidades sociales hagan relaciones con las personas usuarias de nuestro servicio”.

(Centro de día)

“Trabajar la participación en los grupos propios de la entidad y en los existentes en la comunidad”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“Buscar o crear espacios alternativos de interacción, potenciar la búsqueda de apoyos en su contexto inmediato, tanto a nivel profesional como de la comunidad”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

En 8 programas (13,79%) consideran determinadas características de las entidades que son claves para afrontar la soledad. Destacan como importante el hecho de que sea *Una entidad flexible*, entendida como una entidad que se adecúe a las necesidades y demandas de las personas usuarias, accesible y que ofrece ayuda inmediata e incondicional.

“La incondicionalidad en la ayuda”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de jóvenes)

“La flexibilidad y la cercanía del recurso”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

De forma más periférica, se recogen intervenciones dirigidas a la *Capacitación de las personas usuarias* (6 programas, 10,34%) a través de cursos y entrenamiento de habilidades sociales.

“Participar en cursos de capacitación”.

(Información, asesoramiento y orientación)

“Adquisición de habilidades sociales”.

(Centros de día)

Y también el diseño de *Actividades en grupo* es otro de los puntos mencionados para prevenir la soledad (6 programas, 10,34%), ya que hacer actividades grupales permite que las personas estén en contacto con otras personas y puedan ir desarrollando redes sociales e incorporarse más fácilmente al conjunto general de la población.

“También ayuda a mitigar esa soledad las actividades que se organizan a nivel grupal”.

(Servicio residencial para la inclusión social)

Por su parte, las *Estrategias de acceso o mejora laboral*, son actividades propuestas en 5 programas (8,62%).

“Conseguir los objetivos formativo-laborales”.

(Servicio residencial para la deshabitación)

Por último, mencionan cuestiones relacionadas con la forma de trabajar de las entidades. Una cuestión clave para abordar la soledad sería *Trabajar en equipo* (5 programas, 8,62%), la *Actuación integradora* (3 programas, 5,17%) y la *Inclusión de enfoques específicos* (3 programas, 5,17%), tales como la inclusión de la perspectiva terapéutica, el enfoque de bienestar relacional y el enfoque ecológico.

“El trabajo en equipo. Equipo multidisciplinar (psicólogo, trabajador social, educadoras)”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“Actividades Educativo- Terapéuticas integradoras”.

(Centro de día)

“Incorporar el enfoque comunitario y el enfoque de Bienestar Relacional”.

(Centro residencial para la valoración y el diagnóstico especializado)

“Inclusión de la perspectiva terapéutica”.

(Centro residencial para la inclusión social)

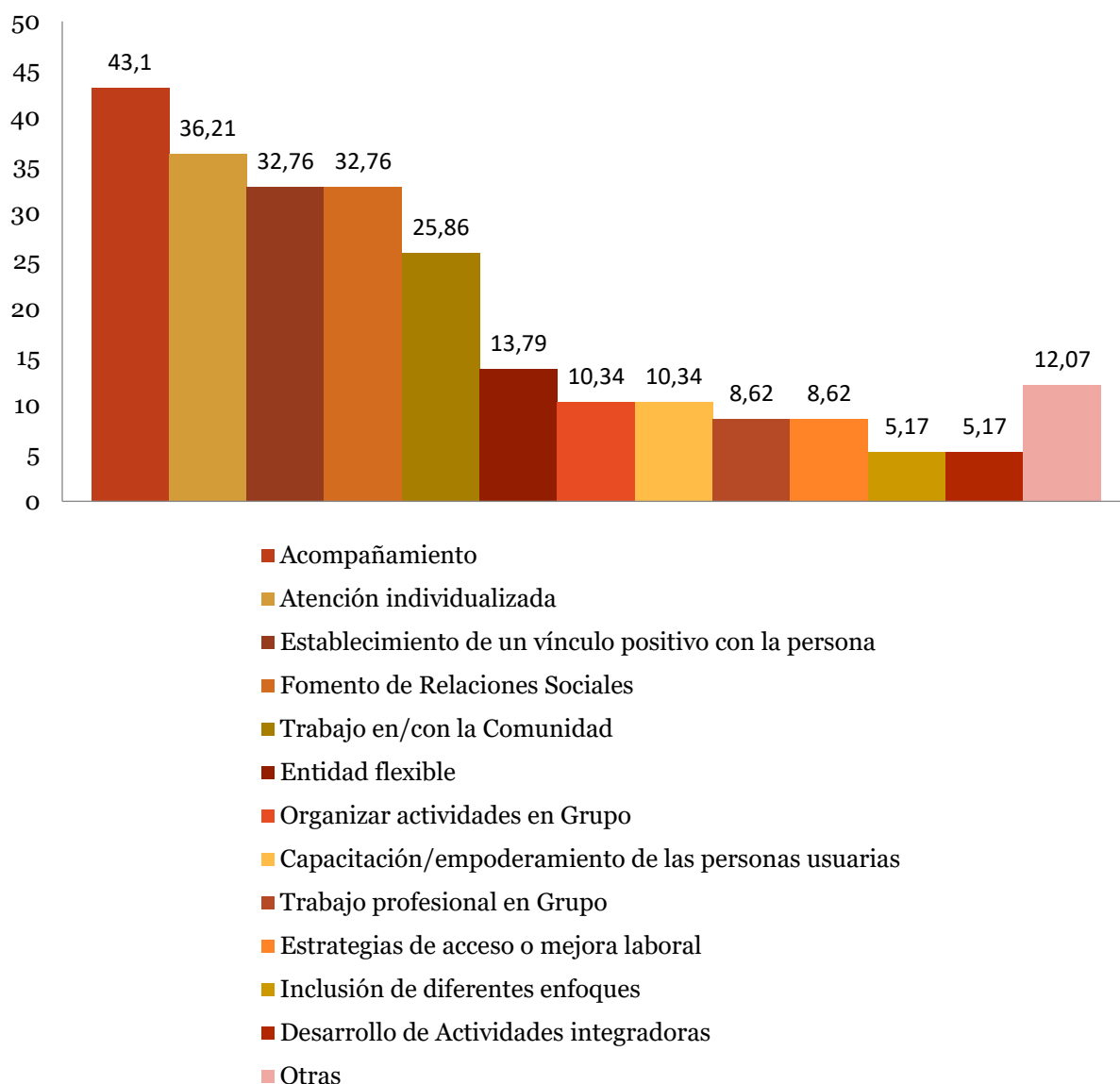


Figura 104. Frecuencia en los Puntos Clave de los programas para trabajar la soledad (%)

Difficultades de los programas para trabajar la soledad

Con relación a las dificultades encontradas para abordar el tema de la soledad, los/as profesionales han ofrecido diferentes respuestas que pueden agruparse en 5 niveles: 1) dificultades asociadas a la persona usuaria, 2) al/a la profesional, 3) a la interacción usuaria-profesional, 4) a la organización y 5) a la

sociedad o la comunidad (ver Figura 25). La mitad de las dificultades manifestadas hacen alusión a características o situaciones propias de personas usuarias (54,92%). En segundo lugar, aparecen las dificultades propias de la organización (22,13%), seguidas de las dificultades de la sociedad o comunidad (9,02%), de la interacción usuaria-profesional (7,38%) y de las dificultades de los/as profesionales (6,56%).

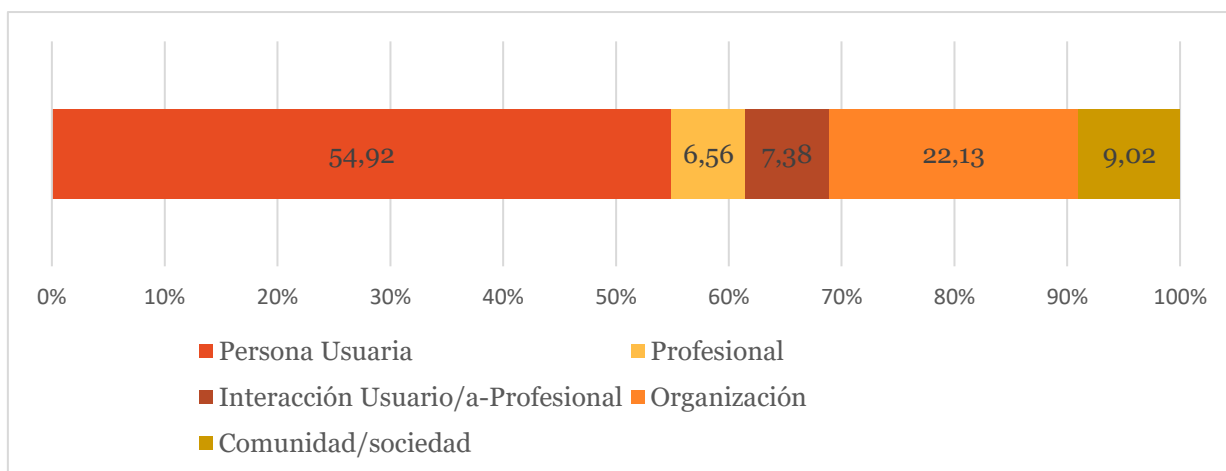


Figura 115. Porcentaje de dificultades asociadas en cada nivel/dimensión

Dificultades de la persona Usuaria

Las dificultades planteadas en torno a la persona usuaria quedan reducidas a 10 categorías. En primer lugar, la *Desmotivación*, que representa el 23,88% de las respuestas ofrecidas en cuanto a las dificultades centradas en la persona usuaria y ha sido mencionada en 16 programas (27,6%). Se refieren a la desmotivación de las personas para participar de las actividades propuestas o para plantearse un cambio. Esta desmotivación se asocia en la mayoría de las ocasiones a una resistencia o desinterés de las personas participantes, pero también remarcan que en ocasiones las condiciones en las que están las personas dificultan que se sienten motivadas o que quieran participar. Todo esto repercute en la baja participación o absentismo por parte de algunas personas.

“En ocasiones no tienen muchas ganas de participar en los cursos o en las actividades”.

(Programa de empleabilidad)

“En los casos que presentan soledad suele pasar que la asistencia no suele ser continuada, aunque exista vinculación el estado emocional condiciona no solamente esta asistencia sino también limita a la hora de trabajar las emociones, la aceptación de la misma soledad, la participación en actividades compartidas, etc.”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

La segunda dificultad más nombrada (11 programas, 19%) para trabajar la soledad es el *Deterioro de la persona*, que representa el 16,42% de las respuestas en cuanto a las dificultades centradas en la persona usuaria. Los/as profesionales explican que las situaciones que han vivido o viven las personas en riesgo o en situación de exclusión marcan tanto las circunstancias vitales, que dificulta el poder trabajar con ellas. Así, las trayectorias de consumo, la estancia en prisión, las situaciones laborales precarias, la situación de calle, los problemas de salud mental y los problemas no diagnosticados o mal diagnosticados, entre otros, serían algunas de las causas que provocan el deterioro en las personas usuarias. En algunos casos, el impacto no lo provoca la situación en sí, sino el estigma social que está ligado a su situación, y que finalmente paraliza a la persona usuaria.

“El progresivo deterioro que van presentando las personas por diversas causas (larga estancia en prisión, salud mental no diagnosticada o mal diagnosticada para poder abordar el tratamiento correcto, largas trayectorias de consumos)”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“Cuando las personas que atendemos tienen problemas de salud mental el impacto que tiene sobre ellas el estigma social es muy grande por lo que es mucho más difícil que den el paso para participar en los recursos de su comunidad”.

(Información, asesoramiento y orientación)

La *Falta de Habilidades Sociales* y la *Falta de Redes Sociales* han sido mencionadas por 7 programas (12,1%) y cada una de ellas representan el 10,45% de las respuestas referidas a las dificultades centradas en la persona usuaria. La primera de ellas hace alusión a la falta de habilidades sociales que a menudo tienen las personas usuarias para relacionarse con otras personas en diferentes

ámbitos (con otros/as usuarios/as, con los/as profesionales, con la población general, etc.) y para gestionar el tiempo libre.

“La gestión del tiempo una vez que desaparece la necesidad de supervivencia más crítica (techo y comida)”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“Dificultades en las habilidades sociales de las personas que atendemos”.

(Servicio de atención social especializado)

En cuanto a la *Falta de Redes Sociales*, otra de las dificultades que se encuentran en los diferentes programas para trabajar la soledad es la falta de redes sociales informales, bien de amistades o de familiares, que les puedan apoyar. En ocasiones, las redes existen, pero no son eficaces ya que la implicación o participación de las mismas es baja.

“Falta de redes sociales informales”.

(Centro de día)

“Poco apoyo social y familiar”.

(Centro residencial para la inclusión social)

En cuarto lugar, aparecen otras dificultades que han sido mencionadas en 5 programas (8,6%): *Hábitos Sociales negativos cronificados, Falta de Conciencia, Hermetismo y Problemáticas personales.*

En cuanto a Los *Hábitos Sociales negativos cronificados*, los/as profesionales mencionan lo difícil que resulta que algunas personas abandonen antiguos hábitos y relaciones sociales perjudiciales que posibiliten el cambio y “salir” de la situación de soledad.

“Desvinculación de anteriores relaciones de peso y el fondo que las sostenía, entornos de exclusión, redes de drogodependencia etc.”

(Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

“Cronificación de hábitos”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

Asimismo, la *Falta de toma de conciencia* asociada a las dificultades que las personas usuarias tienen para darse cuenta de la soledad, de su situación y de las consecuencias que tiene permanecer mucho tiempo en dicha situación. Igualmente, la falta de toma de conciencia también hace referencia a la importancia de adquirir determinadas habilidades sociales o participar en actividades para poder provocar un cambio.

“Toma de conciencia de la problemática”.

(Centro de día)

“A veces les cuesta asumir o aceptar ese sentimiento sobre todo a las personas más jóvenes”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

El *Hermetismo* de las personas usuarias para compartir sus experiencias y expresar sus emociones y sentimientos, dificulta el trabajo en general y el de la soledad en particular.

“Las limitaciones a la hora de trabajar las emociones e incluso la verbalización y expresión de la propia soledad”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“El hermetismo de las personas”.

(Vivienda con apoyos para la inclusión de jóvenes, Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos)

Otras *Problemáticas personales* se refieren a aquellas respuestas en las que los/as profesionales consideran circunstancias especiales no generalizables a todas las personas usuarias.

“Las diferentes problemáticas personales”.

(Centro de día)

La situación ligada con estados depresivos, como la tendencia al aislamiento social o la baja autoestima que tienen las personas usuarias, también dificultan el abordaje de la soledad. Los *Síntomas depresivos* representan el 4,48% de las respuestas ofrecidas en cuanto a las dificultades centradas en la persona usuaria y se ha mencionado en 3 programas (5,2%).

“Baja autoestima”.

(Programa de empleabilidad)

“Tendencia al aislamiento”

(Vivienda con apoyos para la inclusión)

Por último, *Otras dificultades*, se refieren a la sobrecarga de los/as hijos/as, las dificultades de algunas usuarias para acceder a los recursos y las historias personales y transgeneracionales de exclusión.

Dificultades del/de la Profesional

Las dificultades asociadas a los/as profesionales pueden agruparse en dos. En primer lugar, estaría la *Falta de conocimiento y habilidades profesionales* (representa el 62,5% de las respuestas centradas en las dificultades del/de la profesional, mencionada en 5 programas, el 8,6%), y en segundo lugar, las *Dificultades del rol profesional* que pueden dificultarles su tarea (representa el 37,5% de las respuestas centradas en las dificultades del/de la profesional, mencionada en 3 programas, 5,2%).

Respecto a la falta de capacidad profesional, los/as profesionales creen que algunas personas no están lo suficientemente formadas y no pueden atender a los/as usuarios de una forma adecuada, y que en ocasiones no hay conocimientos actualizados sobre formas de trabajar o nuevos servicios. También se apunta la falta de empatía o dificultad para ponerse en el lugar de la persona atendida, las

dificultades para entender y admitir los comportamientos y deseos de los/as usuarios/as, o la falta de habilidades para poder responder a las demandas.

“Conocimiento actualizado de los mismos profesionales, sobre nuevos servicios o mejorara de los servicios”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“Capacidad para entender y admitir los comportamientos y deseos de los/as usuarios/as porque los perfiles son muy diferentes”.

(Centro de día)

Las *Dificultades asociadas al rol profesional* hacen alusión a las funciones o acciones que tienen que ver con las obligaciones que se tiene como profesional, y son cuestiones como la incapacidad para poner límites, la interferencia de roles o tener que asumir que no se puede cambiar su vida.

“Saber poner límites”.

(Centro de día)

“La mayoría de los acompañantes, a su vez son gestores de los recursos, por lo que los roles se combinan y sufren interferencias”.

(Centro de acogida nocturna)

“Podemos ayudar a los usuarios en la medida de lo posible, pero no podemos cambiar sus vidas”.

(Centro residencial para la inclusión social).

Dificultades de la Interacción Usuario/a-Profesional

Las dificultades en este nivel se refieren a la *Distancia Cultural* existente entre la persona usuaria y el/la profesional, cuestión que ha sido referida por 9 programas (15,5%). Se entiende como distancia cultural a las diferencias en la

cultura, en el idioma, en los códigos sobre las relacionales entre hombres y mujeres, etc., que crean confusiones o pueden paralizar el trabajo con la persona que acude al servicio.

“El idioma es una barrera entre ellos mismos y los educadores”.

(Centro de día)

“El idioma y la cultura”.

(Centro residencial para la inclusión social)

“Identidad y cultura propia de la comunidad gitana. Resistencias al cambio. Roles muy marcados en ciertas familias”.

(Programa de Empleabilidad)

Dificultades de la Organización

A nivel organizacional los/as profesionales resaltan dos tipos de dificultades: la *Falta o limitación de los recursos materiales*, que supone un 74,1% de las respuestas centradas en las dificultades centradas en la Organización y ha sido mencionada por 20 programas (el 34,5%); y la *Falta de recursos en personal*, que representa el 25,9% y se ha nombrado en 7 programas (12,1%).

Con relación a la *Falta o limitación de los recursos materiales*, los/as profesionales refieren a varias dificultades que tienen que ver con la falta o la limitación de algunos servicios o de las características de los mismos. Comentan que en ocasiones no existen los recursos adecuados para trabajar las verdaderas necesidades de las personas que acuden a los programas, como por ejemplo la provisión de relaciones sociales. En otras ocasiones, las características de los recursos en cuanto a la limitación del tiempo disponible no permiten realizar una atención adecuada, concluir los objetivos planteados con una persona o hacer un seguimiento de su situación. Unido a esta cuestión, el tiempo destinado a la gestión y a temas urgentes imposibilita la adecuada atención al tema de la soledad, así como los tiempos de espera para acceder a algunos recursos. Otra de las cuestiones que dificulta el trabajo en estos programas son las características del espacio físico o la falta de instalaciones.

“A veces no existen los recursos adecuados a los intereses y necesidades de esa persona, o existen, pero no están accesibles (ubicación, horario, coste económico)”.

(Servicio de acompañamiento social especializado)

“Las condiciones físicas del espacio en muchas situaciones son un problema”.

(Centro de acogida nocturna)

En cuanto a la *Falta de recursos en personal*, las dificultades radican en que es necesario más profesionales para la cantidad de personas que se atienden en los programas.

“Ratio de trabajadores escaso”.

(Centro residencial para la inclusión social)

Dificultades de la Sociedad/Comunidad

Las dificultades relacionadas con la sociedad y la comunidad quedan reflejadas en dos categorías. La primera haría referencia a las *Dificultades para la relación con la comunidad* (63,4% de las respuestas centradas en las dificultades a este nivel social/comunitario) y se ha nombrado en 9 programas (15,5%). Señalan la dificultad de crear redes fuera del ámbito más cercano y conocido como puede ser la familia, las instituciones, otros/as usuarios/as, y la necesidad de relacionarse con grupos externos o de la población general. Manifiestan que es complicado encontrar puntos en común entre los intereses de la sociedad y los intereses de las personas que acuden a los distintos programas. Igualmente, sugieren que hay poca variedad de actividades y que el acceso a ellas es complicado.

“Dificultades para encontrar puntos de unión o de interés común entre la sociedad y las personas en esta situación”.

(Centro de día)

“Encontrar personas dispuestas a hacer relaciones de amistad con personas con discapacidad”.

(Centro de día)

El *Estigma social* o el rechazo que la sociedad muestra hacia diferentes colectivos es otra de las dificultades mencionadas por 4 programas (6,4%) y supone el 36,4% de las respuestas centradas en las dificultades a nivel social/comunitario.

“El estigma social es muy grande por lo que es mucho más difícil que den el paso para participar en los recursos de su comunidad”.

(Información, asesoramiento y orientación)

En la siguiente figura (ver Figura 26) se representan las dificultades en diferentes niveles y que los/as profesionales han manifestado para trabajar la soledad.



Figura 126. Niveles y Categorías referentes a las dificultades de trabajar la soledad

Resumen y Conclusiones

El presente informe ofrece los antecedentes y avances en cuanto al conocimiento científico de la relación entre la soledad no deseada y la exclusión social, así como, a través de dos estudios consecutivos, las evidencias empíricas encontradas en el territorio de Gipuzkoa sobre cómo la soledad es vivenciada por las personas en riesgo o en situación de exclusión social usuarias de diversos servicios de inclusión (estudio 1), y sobre cómo es percibida y abordada por los recursos y las prácticas de los centros de atención en Gipuzkoa (estudio 2). En este apartado final se presentan las conclusiones de cada estudio, teniendo en cuenta los resultados más relevantes y las implicaciones que puedan tener los mismos para el diseño de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de las personas.

Estudio 1: Soledad de las personas en riesgo o situación de exclusión

Participaron 15 personas, 8 son mujeres y 7 hombres en edades comprendidas entre los 22 y 61 años ($M=45,33$ años; $DT= 12,90$). El 66,66% son personas autóctonas y el 33,33% extranjeras procedentes de Marruecos y Bolivia. El 60% están valoradas en riesgo de exclusión social y el 40% en situación de exclusión social o situación asimilada a la exclusión. El 73,33% reside en viviendas colectivas institucionales, mientras que el 26,66% viven en sus propias viviendas y/o en alquiler. En cuanto al estado civil, el 66,66% está soltero/a y el resto está separado/a o divorciado/a. De las personas entrevistadas el 46,66% es padre o madre. Por último, el 57,14% presenta alguna enfermedad mental, tales como el trastorno depresivo mayor o esquizofrenia y el 53,33% muestra algún tipo de enfermedad física.

Diagnóstico social de las personas en riesgo o en situación de exclusión

Los resultados del diagnóstico social muestran una situación social de vulnerabilidad o riesgo tanto en el ámbito Económico - Laboral Residencial, como Convivencial, Personal, de Salud y Social. Los mayores déficits se encuentran en el ámbito Económico-laboral con relación a la ocupación y el empleo (45,5% se encuentran en una situación deficitaria), así como en el ámbito Convivencial, en cuanto al apoyo social de redes secundarias y comunitarias (45,5%), de relaciones

con la familia extensa (63,6%), así como de relaciones de convivencia personal y familiar (50%). Las mayores fortalezas se encuentran en el ámbito Personal y Relacional. El 72,7% posee competencias cognitivas básicas adecuadas, y el 54,5% presenta una situación adecuada respecto a las habilidades básicas de interacción y comunicación. En lo que concierne a la situación relacional, en el ámbito de la convivencia, el 40% tiene una situación adecuada y en las relaciones vecinales el 62,5%.

Vivencia de la soledad: compañía, exclusión y aislamiento

En cuanto a la vivencia de soledad, teniendo en cuenta los tres indicadores de la escala Ucla de soledad (falta de compañía, sensación de sentirse excluidas y aislamiento), el 76,9% de las participantes tienen altas vivencias de soledad y un 23,1% no se siente sola. El 46,2% refiere sentir que le falta compañía a menudo, el 69,2% se siente excluido/aparte del tiempo, y el 15,4% a menudo y el 53,8% se siente aislado/a parte del tiempo.

Calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de exclusión

Los resultados de la Escala de Calidad de Vida (Gencat) muestran que el índice promedio es de 88,4 puntos ($DT = 14,03$), lo que implica que los/as participantes del estudio se encuentran 11,6 puntos por debajo de la media de la población general. Coherente con los datos proporcionados por el diagnóstico social, las puntuaciones más altas de calidad de vida se refieren a las dimensiones de Desarrollo Personal y de Autodeterminación, seguidas de la dimensión de Derechos y Bienestar Emocional. Se obtuvieron puntuaciones intermedias en cuanto a las Relaciones Interpersonales e Inclusión social y las puntuaciones más bajas se registraron en la dimensión de Bienestar Físico y de Bienestar Material.

No existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de las variables de estudio. Sólo en el caso de las mujeres con niveles tendencialmente mayores de Bienestar y en el caso de los/as jóvenes-adultos/as (18 – 44 años) en

con mayores niveles de Bienestar Emocional en comparación con los/as adultos/as mayores de 44 años.

Significados de la soledad: análisis de contenido a través de la voz de las participantes

El análisis de contenido de las entrevistas muestra diversos temas y subtemas que fueron sintetizados en la Tabla 19.

1) *Significados de la soledad no deseada*

De las significaciones ofrecidas de la vivencia de la soledad por las personas en riesgo o en situación de exclusión podemos observar la naturaleza multidimensional de la soledad. Tomando como base la taxonomía de las relaciones de Weiss (1987, 1998) que distingue entre relaciones de apego y de pertenencia, los participantes hacen referencia tanto a la soledad social como a la soledad emocional. Definen la soledad como la ausencia de redes y la falta de compañía cuando la necesitan, experimentada como sensación de vacío, nostalgia, sentimientos de tristeza, angustia y desesperación. Hacen referencia a una soledad ligada a la distancia o pérdida de personas significativas, al abandono, la marginalidad y el rechazo social. Una soledad que se enfrenta como se puede; en ocasiones con conductas autodestructivas, y en otras, tratando de realizar actividades que la amortigüen.

Atendiendo a la clasificación de Hawkley y Cacioppo (2009) que diferencian la soledad experimentada de forma aguda de la soledad crónica, parece que la mayor parte de las personas entrevistadas tendrían una soledad crónica, como rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia a experimentar sentimientos de aislamiento que le acompañan a lo largo de su vida.

2) *El papel de la familia en la soledad*

La ausencia de la familia, por abandono, pérdida, conflictos en la convivencia, separaciones u otras causas (abusos sexuales, exposición a violencia machista, etc.), emerge como una dimensión relevante en la vivencia de la soledad. En ocasiones, estas ausencias se arrastran desde edades muy tempranas y, en el caso de los progenitores, el apego y la imprescindibilidad de estas figuras, se constata en las narrativas de las personas entrevistadas. Asimismo, se han registrado vivencias de la soledad asociadas a la crianza monomarental, vivida como una crianza y educación en solitario, así como relatos asociados al establecimiento de relaciones de pareja con problemas de consumos y poco saludables para la persona.

Tabla 19. Temas y subtemas del análisis de contenido

Significados		Factores asociados			Grupos más vulnerables	
Significados de la soledad	El papel de la familia	Situación de calle y soledad en los centros residenciales	Situación socioeconómica	Personas con enfermedad mental	Personas migrantes	Personas que se dedican a los cuidados
<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de redes y falta de compañía -Distancia o pérdida de personas significativas -Sensaciones de vacío. -Abandono, marginalidad y rechazo social -Sentimientos de tristeza, angustia, impotencia, dolor, desesperación -Pensamientos suicidas y autolesiones -Nostalgia en fechas significativas o rituales sociales -Llenar el vacío mediante ingestas descontroladas, alcohol u otras drogas y estableciendo de relaciones tóxicas -Evitación de la soledad mediante el deporte o la búsqueda de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> -Abandono por parte de figuras de apego. -Apoyo recibido por los padres y madres como figuras imprescindibles -Separación o divorcio Familia monomarental y crianza en solitario -Pérdidas de los progenitores, hijos/as y amistades más cercanas -Figuras de apego y/o parejas con problemas de consumos y que se movían en ambientes hostiles -Trayectoria vital dolorosa (ej. abusos sexuales y violencia machista) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificulta relaciones sociales de confianza -El tipo de alojamiento afecta a las relaciones sociales -Problemas de convivencia -Diferentes perfiles e historias de vida que no permiten la conexión y relaciones entre ellos/as. -Apoyo recibido por los/as compañeros/as así como los equipos profesionales -Los centros permiten participar en actividades y establecer nuevas relaciones de amistad -Carácter temporal del recurso del que participan (y las relaciones) -Se valora el asesoramiento, orientación y/o apoyo psicológico ofrecido -Necesidades básicas cubiertas, trato individualizado, estabilidad y acompañamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultades económicas que limitan la vida social -Prestaciones económicas y sentimiento de vergüenza -Exclusión y rechazo social -El trabajo como principal herramienta de inclusión -Actividad laboral o voluntariado como realización personal y contribución social 	<ul style="list-style-type: none"> -Estigma y rechazo social -Ansiedad, depresión y soledad -Soledad asociada a enfermedades mentales graves, y trastornos afectivos -Elevado uso de fármacos -Dificultades para conciliar el sueño, y tendencia a recurrir a la medicación -Impotencia por los ataques de crisis e intentos de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de soledad, tristeza y desesperación -Añoranza y desarraigo -Necesidad de la familia, especialmente quienes migraron siendo menores -Se oculta a las familias en la situación en la que se encuentran para evitar preocuparlas -Proyecto migratorio de tipo familiar -Largos periodos sin regresar al país de origen y visitar a las familias debido a irregularidad administrativa -Insultos racistas y necesidad de explicar diferencias culturales y religiosas -Barreras por parte de la población autóctona -Estigma y carácter cerrado de las cuadrillas -No pertenecer a ningún lugar, sentirse extraños/as tanto en país de origen como de destino -Supervivencia económica sin cuidar necesidades de integración 	<ul style="list-style-type: none"> -Precarización económica y reducida vida social -El cuidado como nicho laboral en las mujeres extranjeras -Mayor vulnerabilidad ante abusos -Jornadas de trabajo interminables y/o alta inestabilidad laboral -Dificultad para poder organizarse y tener una vida social o incluso, cuidar de su propia familia -Precarización económica derivada de hacerse cargo de sus progenitores supone ver reducida su vida social a favor del cuidado de otros/as

3) *La situación de calle, centros residenciales y su impacto en la soledad*

La exclusión residencial dificulta el tejido de relaciones sociales de confianza y afecta a la capacidad de tejer relaciones sociales en los y las participantes. Vivir en centros residenciales, si bien aporta cierto grado de contacto social y apoyo con las/os compañeras/os y profesionales, supone una pérdida de autonomía e intimidad, enfrenta problemas de convivencia y a menudo confronta con diferencias individuales (distintos perfiles e historias de vida) que son fuentes de conflictos. A pesar de ello, las relaciones que allí se establecen, así como las actividades que en estos centros se fomentan, son una fuente de apoyo y posibilidad de relacionarse, a pesar del carácter temporal, efímero y momentáneo tanto del recurso como de las relaciones que en ellos se genera. Se destaca la valoración del asesoramiento, orientación y/o apoyo psicológico ofrecidos.

4) *Situación socioeconómica y soledad*

Las dificultades socioeconómicas se vivencian como motivos de exclusión y rechazo social y la posibilidad de tener un trabajo, se asocia a la posibilidad de mejorar la situación actual y relacionarse con otras personas. La actividad laboral, así como alguna forma de voluntariado, se relaciona con una forma de ocupación del tiempo, de realización personal y percepción de utilidad social (versus sentimientos de vergüenza por la dependencia de ayudas sociales).

5) *Soledad de las personas con enfermedad mental*

La soledad de las personas con enfermedad mental o limitaciones físicas se identifica como una soledad específica, que se relaciona con procesos de estigmatización y rechazo social. La ansiedad, la depresión y otros trastornos afectivos están presentes en los relatos de los y las participantes, entre quienes el elevado uso de fármacos para aliviar la sintomatología es un recurso generalizado. El estigma asociado a estos perfiles está relacionado con el hecho de sentirse solas.

6) *La soledad de las personas migrantes*

En el caso de las personas migrantes, la soledad se explica a través del duelo y desarraigo respecto del lugar de origen y la familia especialmente en

aquellos/as que migraron siendo menores. La comunicación con la familia de origen suele verse distorsionada por la ocultación sobre la situación real que se está viviendo en el país de destino, lo que afecta a la calidad del apoyo social que de la familia puede percibirse. La supervivencia económica se prioriza sobre la integración en la comunidad, quien además (a través del racismo y la xenofobia, así como el carácter cerrado de las cuadrillas como estructura tradicional de organización social) no siempre facilita una participación normalizada para la población extranjera. La irregularidad administrativa supone para muchas personas la imposibilidad de volver al país de origen y el desarraigo, así como la sensación de sentirse extraños/as en origen y en destino, está relacionado con la experimentación de la soledad.

7) *Soledad de las personas que se dedican a los cuidados*

En el caso de las personas dedicadas al ámbito de los cuidados, cabe diferenciar a las personas que cuidan de sus propios familiares y aquellas que están laboralmente insertadas en este sector. En mayor o menor medida, en ambos casos, la precariedad, la exposición a abusos y situaciones de explotación, las jornadas de trabajo por encima de lo que marca la ley, la dependencia, así como la poca posibilidad de planificación del tiempo de ocio y tiempo de trabajo, dificulta la posibilidad de organizarse y tener una vida social y hacer redes de amistad, así como incluso, poder cuidar de su propia familia.

Estructuras más relevantes en la vivencia de la soledad y exclusión

Para finalizar con el análisis de contenido de las 15 entrevistas realizadas se optó por el software Iramuteq basado en el método Reinert (1998). El objetivo de este software es cuantificar un texto para extraer sus estructuras más importantes con el fin de aprovechar la información esencial contenida en los datos textuales. Ello permite obtener una serie de clases en forma de palabras típicas y segmentos de texto típicos, proporcionando una base para interpretar las clases como mundos léxicos.

A partir de un tratamiento informatizando y mediante series de algoritmos, las estructuras más importantes de los datos textuales obtenidos de

las entrevistas fueron organizadas en 4 clases diferenciadas e interdependientes. La Clase 1 “falta de solvencia económica” (27,6% de las palabras) incluye una agrupación de palabras vinculadas con la falta de trabajo y las dificultades para cubrir las necesidades básicas de forma autónoma, así como la dependencia de recursos y ayudas sociales. La Clase 2 (27,8% de las palabras) denominada “Déficits en la red familiar” agrupa palabras vinculadas con la familia, tales como hermano, padre, hijo, madre, tío y del entorno socio-sanitario como médico, psiquiatra, político o personal, pero qué a su vez, muestran ideas de posibles pérdidas y duelos con palabras como muerto o angustia. De la Clase 2 surgen las Clases 3 y 4. La Clase 3 (25% de las palabras) muestra la idea de “soledad emocional y social”, relacionada con la necesidad de sentir contacto, compartir, respetar, hablar, preguntar, solucionar. La Clase 4 (19,6% de las palabras) se refiere a la idea de “laberinto de la exclusión”, vinculada con la vivencia de calle, estigma social, dificultad para cambiar y salir de la situación.

El análisis factorial de correspondencias muestra cómo la Clase 1 queda asociada a las condiciones socio-económicas de precariedad y el trabajo y el dinero como necesidad, de una manera bien diferenciada. Las Clases 3 y 4 (soledad, y exclusión social o el estigma que conlleva, respectivamente) se relacionan entre sí y surgen de la Clase 2, asociada a la ausencia del soporte familiar, las pérdidas y angustia relacionada asimismo con la dependencia de ayudas y recursos socio-sanitarios necesarios para afrontar la vida. Estas estructuras detectadas en las entrevistas son coherentes con los mayores déficits detectados en el diagnóstico social, relacionados con la ocupación y el empleo, así como de las relaciones de convivencia personal y familiar, de relaciones con la familia extensa, y el apoyo social de redes secundarias y comunitarias.

Estudio 2. Recursos y buenas prácticas en el abordaje de la soledad en los centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa

Este segundo estudio se realizó con el objetivo de profundizar en los recursos, modelos de intervención y necesidades que los centros y programas de inclusión social de Gipuzkoa tienen en el abordaje de la soledad no deseada con las

personas usuarias de sus servicios. Para ello, se creó una encuesta *on line* en euskera y castellano para obtener información de los diversos centros y programas. El contacto con los/as participantes se realizó a través del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, mediante una carta informativa solicitando la colaboración de las personas responsables de los diferentes centros y programas con la finalidad de recoger las diversas opiniones que existen en torno a este tema.

Se consiguió la participación de 87 centros/programas, correspondientes a 62 centros y programas de inclusión social de 28 entidades sociales en el territorio de Gipuzkoa.

Destacan los Servicios de atención diurna (centros de día) (27,4%) y los Servicios de atención ambulatoria con un 27,4% que incluye los Servicios de acompañamiento especializado, los Servicios de información, asesoramiento y orientación y los Servicios de Coordinación a Urgencias Sociales. Le siguen los Servicios de atención residencial (24,2%), tales como los Centros residenciales para la inclusión social, las Viviendas con apoyos para la inclusión y emancipación, los Centros residenciales para la protección de mujeres de violencia machista, y el Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas. Los Servicios de apoyo a procesos de deshabitación representan el 9,7% de la muestra que incluye los Centros residenciales para la deshabitación y Programas de deshabitación de drogas. Los Servicios de apoyo y orientación a la empleabilidad representan el 8,1%, y los Servicios de atención nocturna o centros de acogida nocturna el 3,2%.

En cuanto a las situaciones de necesidad atendidas por los distintos centros y programas, una tercera parte de la muestra (32,8%) atiende tanto personas en riesgo como en situación de exclusión social o asimiladas a la exclusión, y el 21,3% a personas en situación de exclusión social o asimiladas a la exclusión social. El resto trabajan con personas que tienen otras necesidades específicas, tales como discapacidad y/o dependencia, dependencia a tóxicos/adicciones, con población gitana, personas extranjeras, en situación de excarcelación o procesos de empleabilidad.

A continuación, se presentan las principales conclusiones asociadas a los objetivos del estudio:

Soledad percibida de las personas en situación de exclusión

Los/as profesionales de los diversos centros y programas identifican más vulnerables a sufrir situaciones de soledad no deseada, a las personas con enfermedades físicas o mentales, seguidas de las personas mayores, las personas migrantes y las personas que han sufrido violencia machista (con puntuaciones por encima de 4 sobre 5). Le siguen las personas con diversidad funcional, aquéllas que se identifican como LGBTIQ+, las personas que viven en un entorno urbano, las personas que viven en un entorno rural y finalmente las personas jóvenes.

El nivel de soledad percibida de los diversos grupos de personas es similar en los diferentes Servicios de atención. Aun así, los Servicios de deshabitación, en comparación con el resto de los servicios, señalan una mayor vulnerabilidad a sufrir soledad a las personas pertenecientes a una familia monomarental/monoparental, a las personas que se identifican como LGBTIQ+, a las personas con diversidad funcional, a las personas de un entorno rural y a las mujeres víctimas de violencia machista. Estos resultados permiten considerar una mayor sensibilidad de los servicios de atención de drogodependencias en cuanto a la mayor vulnerabilidad de determinados grupos, posiblemente por la mayor diversidad de los perfiles atendidos en sus centros y programas.

Buenas prácticas e intervenciones dirigidas a reducir la soledad

En general, cabe señalar que casi la totalidad de la muestra refieren fundamentalmente intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales, seguidas de las estrategias dirigidas a fomentar el apoyo e interacción social. Dos terceras partes refieren intervenciones psicoeducativas y aproximadamente la mitad intervenciones comunitarias dirigidas a fomentar los recursos, la autogestión y el empoderamiento de la propia comunidad. Algo menos de la mitad refieren llevar a cabo intervenciones dirigidas a modificar los pensamientos distorsionados, y aproximadamente una quinta parte terapias de tipo cognitivo conductual. Otras intervenciones señaladas por los/as

participantes son aquellas dirigidas a la mejora de la inserción laboral e intervenciones en situaciones de urgencia, más específicas de los Servicios dirigidos a la Empleabilidad y el Servicio de Urgencias, respectivamente.

Las actividades que se desarrollan con más frecuencia en los diferentes servicios para afrontar la soledad están dirigidas a fomentar las habilidades sociales, aumentar la red de apoyo e interacción social. Se trata de intervenciones que realizan mediante talleres, encuentros, salidas grupales o tutorías individuales y se trabaja la adquisición de estilos de comunicación asertiva, estrategias de resolución de conflictos, gestión del ocio y tiempo libre, gestión de la economía doméstica o hábitos de vida saludables. También, se realizan intervenciones para mejorar el apoyo social o ampliar las redes relacionales, tanto la red de apoyo familiar como no familiar.

Asimismo, las intervenciones educativas concretas se realizan frecuentemente como estrategia para disminuir la soledad en los distintos servicios. Se trata de actividades dirigidas a trabajar la educación por la igualdad, la educación sexual y la adquisición de herramientas personales para el crecimiento personal (autonomía, gestión de emociones, toma de decisiones) para lograr hacer frente a situaciones de adversidad y la reivindicación en los derechos humanos de todas las personas.

En bastantes tipos de servicios se desarrollan actividades comunitarias y de fomento de la red social de apoyo, actividades de sensibilización y participación social, encuentros para fomentar la multiculturalidad, el fomento de la cultura local y acondicionamiento de los barrios y ciudades desde una cultura colectiva del cuidado del bien común. Son actividades que generan gran sentimiento de pertenencia y comunidad y que ayudan a disminuir el sentimiento de soledad. Por tanto, es conveniente que se continúe con esta labor de tejer una red comunitaria.

Finalmente, pocos tipos de servicios emplean intervenciones para modificar los pensamientos distorsionados mediante el desarrollo de tutorías individuales o talleres de modificación cognitiva para situar de otra forma más adaptativa la realidad a la que las personas se enfrentan. Principalmente se trabaja con este objetivo en los servicios residenciales, aunque en los servicios de

atención nocturna, diurna y ambulatoria también se realizan algunas intervenciones con este fin. Sería interesante, de acuerdo a lo sugerido por la literatura científica, aumentar la frecuencia de este tipo de intervenciones en los diferentes tipos de servicios como estrategia para disminuir la soledad.

La mayoría de los estudios de revisión detectan cuatro estrategias principales de intervenciones para la reducción de la soledad (p.e., Masi et al., 2011): (a) mejorar las habilidades sociales, (b) mejorar el apoyo social, (c) aumentar las oportunidades para la interacción social, y (d) actuar sobre los pensamientos sociales mal-adaptativos o la cognición social.

El entrenamiento en habilidades sociales si bien a menudo se desarrolla para reducir la ansiedad y la timidez, se ha adaptado con éxito para tratar la soledad. Las intervenciones para mejorar las habilidades sociales enfatizan habilidades de conversación, hablar por teléfono, dar y recibir elogios, el manejo de períodos de silencio, la mejora del aspecto físico, los métodos de comunicación no verbales y el abordaje de la intimidad física, entre otros.

También las intervenciones que buscaban mejorar el apoyo social con las personas más afectadas demostraron ser efectivas para reducir los sentimientos de soledad. Se ha visto asimismo que el aumento de oportunidades para la interacción social también reduce la soledad. Una forma de aumentar las oportunidades para la interacción social es entablar amistades, que apunta a desarrollar una relación entre individuos que sea diferente de las relaciones que se establecen con los/as profesionales. Este tipo de actividades desarrolladas para reducir la soledad, pueden asimismo ayudar a mejorar la calidad de vida, reducir el aislamiento social, ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades emocionales y promover y mantener la salud mental.

Igualmente, los programas enfocados en la cognición social o los pensamientos sociales mal-adaptativos a través de la Terapia Conductual Cognitiva (TCC) parecen tener éxito en la reducción de la soledad. Los déficits en la cognición social se abordan a través de grupos de autoayuda, que intentan cambiar los pensamientos negativos y temerosos por pensamientos positivos y autosuficientes.

Especialmente importante es incluir actividades grupales con un componente educativo (p.e., Cattán et al., 2005), tales como realizar intervenciones grupales para brindar apoyo social; información o servicios sociales; visitas domiciliarias o contacto telefónico para proporcionar asistencia directa o resolución de problemas; e intervenciones individuales para proporcionar apoyo social.

Las intervenciones más efectivas incluían actividades grupales, de ayuda mutua o apoyo para afrontar las pérdidas, dirigidos a grupos específicos (p. ej., mujeres o personas viudas), utilizando más de una estrategia de intervención. Lo que parece evidente es que la combinación de diferentes estrategias (por ejemplo, combinar la TCC con el entrenamiento en habilidades sociales) puede ser más efectivo que cualquiera de las intervenciones por separado (Cattán et al., 1998; 2005).

Abordaje individual/grupal/comunitario de las intervenciones para reducir la soledad

En cuanto al abordaje de las intervenciones señaladas para reducir la soledad, podemos agrupar las intervenciones en tres categorías: (a) actividades grupales, (b) intervenciones individuales, (c) y enfoques comunitarios. En general se utiliza un abordaje mixto, en mayor medida de tipo individual (96,8%), seguido del grupal (85,5%) y comunitario (56,5%).

Algunas de las intervenciones individuales de la revisión teórica (p.e., Gardiner et al., 2018), incluyeron programas telefónicos con la intención de generar sentido de pertenencia, visitas domiciliarias y contacto intergeneracional, uso de las nuevas tecnologías y redes sociales, terapia psicológica (terapia del humor, reducción del estrés, por ejemplo), terapia asistida con animales para mejorar la interacción social y el apoyo social, respectivamente. De manera similar, las intervenciones grupales (p.e., Findlay, 2003) incluyeron teleconferencias, grupos de ayuda mutua y de intereses comunes o grupos específicos dirigidos (p.e., con personas cuidadoras, personas con problemas de salud mental etc.) que favorezcan a los/as participantes cierto grado de control. Estos programas ayudaron a mejorar la interacción social y las

habilidades sociales. Se pueden considerar como intervenciones comunitarias los programas de jardinería vecinales, los servicios de biblioteca comunitarios e iniciativas de arte que incluyen grupos de canto y/o pintura, por ejemplo, creados por y para la comunidad.

A pesar de que los resultados muestren la efectividad de los formatos grupales y de los individuales para enfrentar la soledad, es arriesgado determinar una de las dos como la más adecuada para ello.

Enfoque de derechos y necesidades en los centros/programas de atención

Los resultados muestran que el 19,4% de los/as participantes identifican su centro/programa con un tipo de intervención más enfocado a la promoción de derechos (vs. necesidades), el 14,5% con un claro enfoque de necesidades (vs. de derechos), el 59,7% un claro enfoque de derechos y necesidades y el 6,5% un bajo enfoque de necesidades y de derechos. No existen diferencias significativas en función del tipo de Servicio de atención. Sin embargo, el tipo de enfoque de derechos y/o necesidades muestra algunas especificidades en cuanto a los grupos de población que se perciben más vulnerables a sufrir soledad. En concreto, los/as participantes de los centros y programas con un claro enfoque de derechos y necesidades perciben a las personas pertenecientes a una familia monoparental/monomarental y las víctimas de violencia machista más vulnerables a sufrir la soledad que los participantes con bajo enfoque de ambos (derechos y necesidades), y los participantes con un claro enfoque de necesidades en comparación con los participantes con bajo enfoque de ambos (derechos y necesidades) a las personas con enfermedades físicas y/o mentales como más vulnerables a sufrir la soledad.

De estos resultados se deduce que el enfoque de derechos permite detectar como más vulnerables a sufrir soledad a aquellas personas que tienen necesidades más invisibilizadas en comparación con las personas con enfermedad mental (tradicionalmente consideradas con mayor vulnerabilidad y dependencia). Esto se debe a que la atención basada en los derechos subjetivos de las personas usuarias se centra en la individualización y pone en el centro la

persona atendida detectando, priorizando y reconociendo sus necesidades y objetivos de tal manera que pueda decidir acerca de los apoyos que quiere recibir y el proceso a seguir.

Transversalidad de género en las intervenciones para reducir la soledad

Con relación al abordaje de la soledad, la gran mayoría de los centros/programas participantes (72,9%) reconocen distintas necesidades en función del género de las personas usuarias. Sobre las necesidades de las mujeres reconocen dificultades de conciliación por las cargas y responsabilidades familiares y la escasa red social que dificultan la asistencia y participación en las actividades que se promueven desde el centro. Otras cuestiones señaladas hacen referencia al efecto diferenciado de la soledad (más emocional en las mujeres y más ligado con los consumos en el caso de los hombres), así como diferencias en los estilos relacionales, donde los hombres muestran mayores dificultades de expresión y mayores niveles de soledad asociados a otros tipos de problemas de salud física y mental. Algunos centros/programas refieren la interacción entre género y cultura como un elemento a considerar, como es el caso de la comunidad gitana con roles muy marcados de género. Otros centros/programas hacen referencia a dificultades independientemente de su género, asociadas a la vulnerabilidad, situación de calle y circunstancias particulares de cada persona.

El 68,3% de los/as informantes afirma que sus centros/programas tienen capacidad de responder a esas necesidades diferentes de las mujeres, especialmente aquellos centros con un claro enfoque de derechos, y mayoritariamente (87%) consideran que con las actividades que diseñan y llevan a cabo en sus programas se busca que las asimetrías de poder entre mujeres y hombres no sean obstáculo para la participación en las mismas.

Plantean una respuesta que respete las particularidades identitarias y el favorecimiento de espacios y tiempos necesarios para la participación y empoderamiento de las mujeres. Los centros manifiestan una capacidad de respuesta en base a la incorporación de la perspectiva de género en los servicios que ofrecen, y la formación continua tanto de los/as profesionales del centro

como en las actividades formativas que realizan para los/as usuarios/as. Además, consideran relevante la flexibilidad de los horarios y citas, el acceso a los programas de tratamiento con sus hijos/as y medidas de discriminación positiva.

Sin embargo, de otras respuestas se percibe una cierta confusión de la perspectiva de género, al hacer referencia a la inclusión en el equipo de profesionales a mujeres y hombres o la naturaleza mixta de sus servicios donde pueden participar tanto hombres como mujeres. Una gran parte de los centros/programas refieren una capacidad de respuesta no tanto por sus dificultades inherentes a su género, sino a través de planes de intervención individualizados. Más de la mitad de los centros en su argumentación, hacen referencia a esta cuestión.

El 86,9% considera que con las actividades que diseñan y llevan a cabo en sus programas se busca que las asimetrías de poder entre mujeres y hombres no sean obstáculo para la participación en las mismas. Sin embargo, el análisis de las respuestas indica que sus actuaciones no tienen ese objetivo, sino que se centran, fundamentalmente, en incluir las necesidades específicas de las mujeres usuarias y la igualdad de trato a mujeres y hombres. Señalan acciones de discriminación positiva, y atención psicosocial, que realizan desde un enfoque de género integrado tanto en la formación como en la programación de actividades del centro promocionando la participación de las mujeres, la conciencia de su situación de desigualdad y empoderamiento. Entre los centros/programas que señalan no tener capacidad para responder a las dificultades específicas de las mujeres, ni poder atender de forma específica las asimetrías de poder entre mujeres y hombres, argumentan no tener ese enfoque o las capacidades adecuadas para dar respuesta a ello, señalan las dificultades de acceso, dificultades estructurales y falta de personal. Esta falta de capacidad hace referencia a naturaleza del servicio que atiende fundamentalmente a los hombres, tratando de paliar estas dificultades mediante el vínculo y trabajo educativo con los usuarios/as, así como la coordinación con otros recursos.

A partir de las respuestas ofrecidas en este apartado podemos señalar que gran parte de las y los profesionales participantes dicen ser conocedores de intervenciones que se están haciendo para integrar la perspectiva de género. Sin embargo, por sus respuestas en ocasiones no existe una reflexión profunda de lo

que significa y cómo se concreta. Cabe señalar que los centros/programas con un claro abordaje de género, en comparación con aquellos sin una mirada de género tan evidente consideran más vulnerables a sufrir soledad a las personas que se dedican a los cuidados y tendencialmente a las personas que sufren violencia machista. Asimismo, tienen un enfoque basado en los derechos tendencialmente mayor. Esto se podría explicar desde la perspectiva de género e interseccionalidad, de tal manera que se tienen en cuenta las múltiples opresiones que las personas cuidadoras y las víctimas de violencia machista sufren. Por ejemplo, el trabajo de los cuidados es un sector feminizado y a su vez, en la mayoría de las veces, es ejercida por las mujeres migrantes. Por lo tanto, se podría concluir que la transversalidad del enfoque de género y la mirada interseccional permiten tener en cuenta las circunstancias específicas de las mujeres y/o personas más vulnerabilizadas.

Tenemos el convencimiento de que el trabajo que realizamos desde la intervención social tiene un valor fundamental para la transformación social y superación de la inequidad de género. Los y las profesionales son sensibles a la identificación del impacto diferenciado que la inequidad genera, pero en ocasiones no existe una reflexión profunda sobre cómo se concreta y sobre cómo podemos reducirla. Así, sería necesario poner en común reflexiones y prácticas de lo que implica la transversalidad de género en el abordaje de la soledad. En este reto, pareciera necesaria una mayor incorporación de la interseccionalidad y un enfoque feminista que orienten las intervenciones que se realizan, identificando qué aspectos de la desigualdad de género son los causantes de un impacto diferenciado en las vivencias de la soledad de hombres y mujeres y cómo estas pueden ser enfrentadas.

Puntos clave y dificultades en los modelos de actuación para reducir la soledad

Respecto a los puntos clave (ver Tabla 20) para poder trabajar la soledad no deseada, destaca el acompañamiento a la persona, siendo un punto que aparece en casi la mitad de los centros o programas. Teniendo en cuenta la diversidad de las personas atendidas en los programas de inclusión, el

acompañamiento (individual o social) se ofrece tanto en las situaciones más urgentes como en el seguimiento, tanto dentro del centro como en la comunidad.

Entre el 25% y 35% de los programas realiza una atención individualizada y centrada en las necesidades de la persona, establece un vínculo positivo y de confianza con la persona, y plantea actividades que fomenten la generación o mantenimiento de redes sociales, impulsando la participación en actividades de la comunidad.

En menor medida, y alrededor del 10% de los centros consideran que es clave que la entidad sea flexible, accesible y se adecue a las necesidades y demandas de las personas, ofreciendo ayuda inmediata. También se señala la importancia de diseñar actividades en grupo que promuevan el contacto con otras personas y ofrecer formación en habilidades sociales para facilitar que dichos contactos se produzcan en condiciones positivas.

Por último, se mencionan la organización de actividades relacionadas con el acceso o mejora laboral, la importancia de que el equipo de profesionales trabaje en grupo, y tenga una actuación integradora con enfoques terapéuticos y ecológicos.

Tabla 20. Puntos clave para reducir la soledad

PUNTOS CLAVE PARA REDUCIR LA SOLEDAD
<p>Acompañamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual dentro del centro. - Individual junto con la familia, en situaciones de urgencia, fuera del centro social o comunitario para que establezcan relaciones con otras personas y grupos de la comunidad.
<p>Atención individualizada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrada en la persona (teniendo en cuenta sus necesidades y/o peticiones). - Respetar sus tiempos. - Adecuar la intervención, planificación y seguimiento a sus necesidades y capacidades.
<p>Establecimiento de vínculo positivo con la persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre profesional y usuarios/as. - Cercanía, empatía, cariño, apoyo y escucha activa.
<p>Capacitación de las personas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursos y entrenamiento de habilidades sociales.
<p>Fomento de relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con otras/os usuarias/os. - Con población de la comunidad (fuera del centro).
<p>Actividades en grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas están en contacto con otras personas y desarrollan redes sociales que facilitan su inclusión social.
<p>Trabajo comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar relaciones con la comunidad, identificación y participación en grupos ya existentes afines a sus intereses. - Búsqueda de grupos de referencia en el espacio local.
<p>Entidad flexible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se adecúa a las necesidades y demandas de las personas. - Accesible, ayuda inmediata e incondicional.
<p>Forma de trabajar de las entidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en Equipo. - Actuación integradora. - Inclusión de enfoques terapéuticos: perspectiva terapéutica, bienestar relacional, ecológico.

Las dificultades que los/as profesionales señalan en el abordaje de la soledad se sitúan en diferentes niveles de análisis (individual, relacional, organizacional y social) (ver tabla 21).

Más de la mitad de las dificultades planteadas se refieren a características o situaciones de las personas que acuden a los programas. En uno de cada cuatro programas han identificado como dificultad la desmotivación o resistencia de las personas, tanto para cambiar su situación como para acudir y participar en las actividades propuestas. Otra dificultad señalada por el 20% de los programas es el deterioro de las personas atendidas debido a diferentes causas como el

consumo, la estancia en prisión, la situación de calle, los problemas de salud mental, etc.

La falta de habilidades sociales para relacionarse con otras personas y la falta de redes sociales que puedan ayudar o apoyar a las personas usuarias son otros dos aspectos que dificultan trabajar la soledad no deseada, mencionados en el 10% de los programas. Ya en menor medida, los hábitos sociales negativos cronificados, la falta de conciencia de la situación, el hermetismo, las problemáticas personales y la sintomatología depresiva, serían otras dificultades detectadas en los programas de inclusión.

En segundo lugar, el 20% de las respuestas ofrecidas harían alusión a dificultades de la organización, tales como limitaciones en los recursos materiales, la falta de tiempo, espacios físicos inadecuados para las actividades programadas, etc. Por otro lado, los/as profesionales hacen saber que en muchas ocasiones los recursos con los que cuentan no son suficientes, en lo que se refiere al ratio de usuarios/as-profesionales.

En una proporción similar, alrededor del 10%, se mencionan dificultades de los/as profesionales, de la interacción usuario/a-profesional y de la sociedad/comunidad. Con relación a los profesionales, la falta de conocimiento o de habilidades profesionales para afrontar las demandas de los/as usuarios/as en algunos casos, así como las dificultades asociadas al rol profesional tales como la incapacidad para poner límites o la interferencia de roles. Respecto a la interacción usuario/a-profesional, destacan como dificultad las diferencias culturales y de idioma que dificultan la comunicación o pueden generar malentendidos. Por último, a nivel social o de la comunidad, se señala el estigma social o el rechazo que existe hacia diferentes colectivos, y las dificultades de generar redes sociales con personas de la población general.

Tabla 21. Dificultades en el abordaje de la soledad

DIFICULTADES
<p>DE LAS PERSONAS USUARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desmotivación para participar en las actividades propuestas: baja participación y/o absentismo. - Desmotivación para plantearse cambios: resistencia, desinterés o condiciones en las que están las personas. - Deterioro de las personas (circunstancias vitales): trayectoria de consumos, estancia en prisión, trabajos precarios, situación de calle, problemas de salud mental diagnosticados, no diagnosticados o mal diagnosticados. - Falta de habilidad sociales. - Falta de redes sociales o redes poco eficaces con implicación/participación baja: familia, amistades. - Dificultades para gestionar el tiempo libre. - Hábitos sociales negativos, cronificados. - Falta de conciencia: dificultad para darse cuenta de la soledad, de su situación y de las consecuencias de permanecer mucho tiempo en esa situación - Hermetismo: dificultad para compartir sus experiencias y expresar sus emociones, sentimientos. - Estados depresivos: tendencia al aislamiento social, baja autoestima. - Otras dificultades: sobrecarga de los/as hijos/as; dificultad de acceso a recursos; historias familiares y transgeneracionales de exclusión.
<p>DE LAS Y LOS PROFESIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos: sin suficientes conocimientos para atender de forma adecuada. - Conocimientos no actualizados que se adecúen a las nuevas formas de trabajar y los nuevos servicios. - Falta de empatía. - Dificultades para entender y admitir los comportamientos y deseos de las usuarias y los usuarios. - Dificultades para aceptar las limitaciones propias y las de las usuarias y los usuarios. - Falta de habilidades para responder a las demandas de manera adecuada. - Interferencia de roles (conflictos entre unos roles y otros de la persona).
<p>DE LA INTERACCIÓN ENTRE PROFESIONALES Y USUARIOS/AS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad/dificultades para poner límites - Distancia cultural: diferencias en la cultura, el idioma, los códigos relacionales (por ejemplo, entre hombres y mujeres)
<p>DE LA ORGANIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta o limitación de los recursos materiales: adecuados a las necesidades de las personas, por ejemplo, para proveer relaciones sociales. - Falta de tiempo: dificultan una atención adecuada, concluir los objetivos planteados o hacer seguimiento de la situación. El tiempo destinado a la gestión o a temas urgentes imposibilita una atención adecuada al tema de la soledad. - Tiempos de espera para acceder a algunos recursos. - Características del espacio físico y/o falta de instalaciones. - Falta de recursos humanos: necesidad de mayor número de profesionales para la cantidad de personas que se atienden.
<p>DE LA SOCIEDAD/COMUNIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estigma social y el rechazo social son tan grandes que hace más difícil que las usuarias y los usuarios den el paso para participar en los recursos de su comunidad.

Propuesta de actuaciones que mejoren el abordaje de la soledad

A partir de la revisión de programas evaluados que abordan el tema de la soledad no deseada y de los resultados de esta investigación, se presentan algunas líneas que se considera deberían ser discutidas y pensadas con los y las profesionales para una mejora de los planes de actuación para la reducción de la soledad no deseada que viven personas que están en riesgo o en exclusión social.

La investigación muestra que la soledad tiene un peso importante a nivel personal y social, por lo que su abordaje también debe contemplar diferentes niveles de intervención. En ese sentido, las propuestas dirigidas a reducir la soledad implican que el cambio hay que hacerlo a nivel sistémico, analizarlo e intervenir desde dentro hacia afuera:

En el **nivel individual**, se han de superar las barreras internas de las personas que se sienten solas. Parece que cuesta reconocer lo que la soledad a uno/a le hace sentir. En el análisis léxico del primer estudio, eran escasas las palabras relacionadas con las emociones. Así, es fundamental entender las dificultades y los obstáculos a los que se enfrentan las personas en situación de riesgo y exclusión. A las vivencias reportadas en el primer estudio (precariedad laboral, déficits en la red familiar, soledad, y exclusión) se añaden las dificultades detectadas por los/as profesionales que hay que considerar para entender lo que viven cada una de las personas que se atienden en los servicios. Entre otras, la desmotivación o resistencia de las personas, tanto para cambiar su situación y participar en las actividades propuestas, su nivel de deterioro, la falta de habilidades sociales para la relación y la falta de redes sociales entre otros aspectos.

En este sentido, parece importante sentarse a escuchar a las personas usuarias de los servicios de atención y ver cuáles son las barreras y dificultades ante la soledad, para reconstruir junto a ellas las posibles soluciones.

En el **nivel grupal – relacional**, es fundamental la organización de actividades que favorezcan las relaciones significativas y redes sociales que permitan el contacto social, debido al sostenimiento y el apoyo que puede ofrecer la conexión con la gente. Son diversas las estrategias que la literatura ha mostrado eficaces, y que los diferentes centros y programas ya ponen en práctica.

Considerando las aportaciones de los/as profesionales del estudio, parece relevante la organización de actividades que ayuden a generar redes sociales. Para ello, es importante facilitar escenarios de contacto y garantizar que dichos contactos se den en circunstancias positivas para que puedan despertar el interés de nuevos encuentros. En esta acción general se agruparían diferentes puntos clave propuestos: hacer un esfuerzo por diseñar actividades en grupo, el entrenamiento en habilidades sociales, la organización de actividades específicas para fomentar las relaciones sociales, y el trabajo en la comunidad. Atendiendo a sus propias propuestas, así como a la frecuencia de aparición, parece que lo más importante para trabajar la soledad no deseada es ofrecer una atención individualizada, en la que se creen en primer lugar lazos de confianza con los/as profesionales, y progresivamente potenciar que se establezcan lazos y redes con otras personas del centro u otras personas usuarias, e ir extendiendo los contactos hacia la población general.

Según la literatura revisada, parece que el aumento de oportunidades para la interacción social y la mejora del apoyo social pueden abordar el aislamiento social más que la soledad. En contraste, mejorar las habilidades sociales y abordar los pensamientos sociales mal-adaptativos se centran más en la calidad de las relaciones y la interacción social, lo cual permite abordar la soledad de manera más directa. En cualquier caso, lo cierto es que las diferentes revisiones consultadas en la literatura (p.e., Gardiner et al., 2018; Masi et al., 2011; Poscia et al., 2018) identifican estrategias de reducción de la soledad exitosas y no exitosas, concluyendo que la soledad puede mitigarse con intervenciones específicas. Dichas intervenciones deben de implicar a la población usuaria de los servicios y programas, lo cual implica tener en cuenta las relaciones ya disponibles, sus necesidades e intereses. De hecho, las intervenciones más eficaces fueron las que dieron a los/as participantes algún grado de control y protagonismo. En cualquier caso, todas las revisiones consultadas concluyeron que siguen existiendo preguntas sobre la eficacia de las intervenciones y que se necesita una investigación más rigurosa en esta área con evaluaciones sistemáticas de las intervenciones que se realizan.

En el **nivel organizacional-comunitario**, supone considerar lo que se viene realizando desde los servicios públicos, la investigación y las iniciativas de

las entidades que trabajan en el ámbito de la inclusión social. Un abordaje comunitario de la soledad implica tratar de potenciar todo aquello que favorezca la comunidad y la cohesión, así como generar espacios e iniciativas que pongan en relación a unos agentes con otros donde pueda fortalecerse el trabajo en red e incidir en diferentes espacios para abordar la soledad de una manera conjunta.

Implica asimismo revisar lo que ha funcionado en otros países con una mayor trayectoria de trabajo en este sentido, evaluar y saber lo que funciona en los centros y en los programas de atención, para luego adaptar las buenas prácticas a la realidad y posibilidades de cada centro de trabajo.

En la literatura se ha visto que, por ejemplo, el transporte y la tecnología juegan un papel crítico a la hora de facilitar la conexión entre las personas de la comunidad para mantener las relaciones existentes y fomentar nuevos vínculos vecinales.

Todo ello exige un trabajo en red, a partir de las diferentes experiencias de trabajo en los centros y programas. Generar un espacio de conexión para dar a conocer lo que se está haciendo en las diferentes entidades. Favorecer esa colaboración interinstitucional exige pasar de un abordaje más particular o individualizado, a un abordaje más social, tratando de incidir en diferentes espacios para abordar la soledad de una manera conjunta.

Si tenemos en cuenta las principales dificultades señaladas por los/as profesionales (dificultades propias del servicio/programa, tales como limitaciones en los recursos materiales, la falta de tiempo, espacios físicos inadecuados para las actividades programadas, etc.), supone asimismo destinar mayores recursos en lo que se refiere al ratio de usuarios/as-profesionales para un abordaje más efectivo, e introducir algunos cambios en el ámbito de trabajo, tales como una mayor formación para los y las profesionales, así como una mayor reflexión en términos de interculturalidad y perspectiva de género.

Un cambio sistémico, no puede olvidarse del **nivel social-cultural**. Las principales dificultades se centran en el estigma social o el rechazo que existe hacia diferentes colectivos, y las dificultades de generar redes sociales con personas de la población general. En este sentido, a nivel social parece importante fomentar espacios de encuentro, de interacción, que se asienten en valores de

compromiso de mutualidad. Supone implicar a la sociedad en diversas iniciativas de nuestra vida cotidiana mediante actividades con grupos de voluntarios/as y vecindario que reduzcan el estigma social y rechazo que existe hacia las personas en riesgo o en situación de exclusión, generando redes sociales con personas de la población general.

Si ponemos en relación los dos estudios realizados, se detecta una falta de correspondencia que merece la pena destacar. Si bien los aspectos socioeconómicos son centrales en el diagnóstico social y aparecen de forma saliente en el análisis de contenido de las entrevistas realizadas con las personas en riesgo o situación de exclusión (Estudio 1), se observa en los/as profesionales una tendencia a la sobrerresponsabilización de la persona, y una escasa consideración de la dimensión social de la exclusión. Sólo recogen de forma periférica la necesidad de intervenciones sociolaborales que permitan la autonomía económica de las personas. Así, parece clave poner el foco sobre estos aspectos: salir de la exclusión y la precariedad socioeconómica y residencial puede ser un trampolín para tejer de forma autónoma redes sociales significativas que protejan de la exclusión. Esta perspectiva, implicaría fortalecer intervenciones basadas en un enfoque de derechos (versus de urgencia) y abordar desde una perspectiva más estructural las vivencias de la soledad de la población con la que se trabaja. La prevención de la soledad no deseada en las personas en situación de riesgo o exclusión pasa por realizar una detección temprana de los procesos de aislamiento y exclusión, considerando que existen algunas situaciones vitales precipitantes (pérdidas y déficits familiares, problemas de salud mental, inmigración, precariedad económica y laboral, etc.) y que agudizan estos procesos. Supone asimismo potenciar políticas públicas relacionadas con el empleo y prestaciones económicas que sean entendidas como derecho y no como vergüenza social, así como la sensibilización que reduzca el estigma y rechazo social que existe hacia las personas en riesgo o en situación de exclusión.

Limitaciones y continuidad del Proyecto

La limitación más obvia del estudio es el pequeño tamaño de la muestra del primer estudio, así como el hecho de que la mayoría de las personas

entrevistadas responden a un perfil muy específico (dos terceras partes se encuentran en exclusión residencial) y por tanto quedan fuera del estudio otras formas de expresión de la exclusión social. La falta de diferencias estadísticamente significativas para varias de las variables estudiadas que, sin embargo, aparecen de forma emergente en las entrevistas sugiere la necesidad de muestras más grandes.

Aun así, tanto el diagnóstico social, como el análisis de la calidad de vida y análisis de contenido, han señalado algunos puntos que son relevantes con relación a la soledad, su estudio y aspectos a tener en cuenta por los/as profesionales que trabajan con las personas en riesgo o en situación de exclusión.

De cara a nuevos estudios sería interesante buscar otros perfiles hasta tener una representatividad extensa de las personas que se encuentran en riesgo de exclusión social o en exclusión social en la sociedad (personas jóvenes, personas mayores, personas víctimas de violencia machista, personas con diferentes identidades de género, etc.), garantizando así la riqueza de la información obtenida.

Respecto al segundo estudio, la principal limitación tiene que ver con el tipo de encuesta *on line*, que no permite profundizar en los tipos de respuestas ofrecidas por los/as profesionales. Por ejemplo, con relación a las actividades que realizan, si bien se pregunta por el tipo de estrategias que utilizan para reducir la soledad, no podemos saber con certeza si se refieren a la soledad, o en general al tipo de intervención que desarrollan. Al tener ya un tipo de respuestas tipo, es posible que hayan sobredimensionado el tipo de intervenciones que desarrollan.

En contraposición, una fortaleza del estudio es la muestra de profesionales de diversos servicios de atención, siendo una muestra representativa de los centros y programas de Gipuzkoa. De hecho, el estudio incluye tanto a los centros y programas que se incluyen en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, como otros centros y programas conveniados y/o con subvenciones para la atención de las personas en situación de exclusión, que les afectan distintas circunstancias, de los que hemos obtenido gran cantidad de información que en un grupo de discusión difícilmente habiésemos podido extraer.

Finalmente, señalar que el proyecto prevé continuidad en el 2020-2021, en el que se diseñará y aplicará una batería de evaluación breve con una medida estandarizada de la evaluación de la soledad y exclusión social a una muestra amplia de personas que se encuentren en la situación objeto de estudio. Pretende dar un valor adicional a la información disponible en el Instrumento de Valoración de la Exclusión desarrollado por la Diputación Foral de Gipuzkoa, analizando la relación de la soledad con otros indicadores de interés propuestos en la literatura y destacados por los/as participantes del presente estudio.

Referencias

- Aartsen, M., y Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. *Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes envejecimiento en Red*, 22, 1-38.
- Achotegui, J. (2002). Los aspectos psicológicos y psicosociales en la migración: características de los duelos migratorios. *VVAA, La inmigración, Una realidad en España, Centro Pignatelli, Seminario de investigación para la Paz, Zaragoza*.
- Achotegui, J. (2004). La soledad de los inmigrantes o el síndrome de Ulises. *Crítica*, 914, 59-63.
- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en salud mental relacional*, 7(1), 15-25.
- Adams, K. B., Sanders, S., y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental health*, 8(6), 475-485.
- Age UK (2013). *Later Life in Rural England*. Recuperado de <http://www.ageuk.org.uk/latest-press/archive/the-challenges-of-rural-living-for-older-people/>
- Alaviani, M., Khosravan, S., Alami, A., y Moshki, M. (2015). The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on Pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to Gonabad urban health centers. *International Journal of Community based Nursing and Midwifery*, 3(2), 132-140.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., y Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148.

- Alonso, F. (2008). *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, programas, casos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Anderson, G. O., y Thayer, C. E. (2018). *A National Survey of Adults 45 and Older. Loneliness and Social Connections*. Washington: AARP Research and GfK Custom Research, Inc.
- Andrews, G. J., Gavin, N., Begley, S., y Brodie, D. (2003). Assisting friendships, combating loneliness: Users' views on a "befriending" scheme. *Ageing & Society*, 23, 349-362.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K., Fuhrer, R., y Dartigues, J. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58(4), 767-783.
- Antrobus, A., Edwards, J., Devane, C., Farmer, P., Herklots, H., Khan, O., ... y Sutherland, R. (2014). *Alone in the crowd: loneliness and diversity*. Campaign to End Loneliness and Calouste Gulbenkian Foundation UK (May 2014). Recuperado de: <http://gulbenkian.org.uk/publications/publications/112-Alone-in-the-crowd--loneliness-and-diversity.html>.
- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., y Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Ageing & Mental Health*, 17(1), 33-39.
- Bachiller, S. (2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, 47, 63-73.
- Ballantyne, A., Trenwith, L., Zubrinich, S., y Corlis, M. (2010). 'I feel less lonely': what older people say about participating in a social networking website. *Quality in Ageing and Older Adults*, 11(3), 25-35.

- Banks, M. R., y Banks, W. A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoös*, 18(4), 396-408.
- Bartlett, H., Warburton, J., Lui, C. W., Peach, L., y Carroll, M. (2013). Preventing social isolation in later life: findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing and Society*, 33(7), 1167-1189. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X12000463>
- Bartsch, D. A., Rodgers, V. K., y Strong, D. (2013). Outcomes of senior reach gatekeeper referrals: comparison of the Spokane gatekeeper program, Colorado Senior Reach, and Mid-Kansas Senior Outreach. *Care Management Journal*, 14(1), 11-20.
- Bartsch, D. A., y Rodgers, V. K. (2009). Senior reach outcomes in comparison with the Spokane Gatekeeper program. *Care Management Journals*, 10(3), 82-88.
- Bayram, N., Aytac, S., Aytac, M., Sam, N., y Bilgel, N. (2012). Poverty, social exclusion, and life satisfaction: a study from Turkey. *Journal of Poverty*, 16(4), 375-391.
- Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of gerontological nursing*, 30(6), 27-34.
- Berry, J.W. (2006). Acculturative stress. En P.T.P. Wong y L.C.J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*, (pp. 287-299). New York: Springer.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... y Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17, 97. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Blažun, H., Saranto, K., y Rissanen, S. (2012). Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Computers in Human Behavior*, 28(4), 1202-1212.

- Bøen, H., Dalgard, O.S., Johansen, R., y Nord, E. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BMC Geriatrics*, 12, 20.
- Bowlby, J., (1982). *Attachment and Loss. vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brown, V. M., Allen, A. C., Dwozan, M., Mercer, I., y Warren, K. (2004). Indoor gardening and older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 34-42.
- Brunet, I. (2009). Pobreza y exclusión social desde la perspectiva de género. *Revista Internacional de Organizaciones*, 3,13-27.
- Burholt, V., y Dobbs, C. (2012). Research on rural ageing: Where have we got to and where are we going in Europe?. *Journal of Rural Studies*, 28(4), 432-446.
- Butler, S. S. (2006). Evaluating the senior companion program: A mixed-method approach. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(1-2), 45-70.
- Buz, J., y Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.
- Cabrera, P. J., y Rubio, M. J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*,75, 51-74.
- Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (2008). Lonely in a social world. En Cacioppo, J. T.; y Patrick, W. (Eds.) *Loneliness: human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.
- Cacioppo, J. T., y Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72.
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., y Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.

- Calvo, E. G. (2003). *El poder gris: una nueva forma de entender la vejez*. Madrid: Mondadori.
- Cant, B., y Taket, A. (2005). Promoting social support and social networks among Irish pensioners in South London, UK. *Diversity in Health and Social Care*, 2(4), 263-270.
- Carrasco, S. (2017). Análisis de la realidad de las mujeres en situación o riesgo de exclusión social en la Comunidad Autónoma de Euskadi. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, 64, 141-151.
- Casas, F., González, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A., y Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 355-378.
- Castro, M. D. P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. En Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento* (X Jornadas), (pp. 33-45). Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5)
- Castro, M. D. P. (2016). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. Tesis Doctoral, Universidad de Deusto.
- Cattan, M., Kime, N., y Bagnall, A. M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people—an evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 19(2), 198-206.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.
- Cattan, M., y White, M. (1998). Developing evidence based health promotion for older people: A systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*, 13, 1-9.

- Cerezo, A. (2016). The impact of discrimination on mental health symptomatology in sexual minority immigrant Latinas. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3, 283-292.
- Chang, E. C. (2018). Relationship between loneliness and symptoms of anxiety and depression in African American men and women: Evidence for gender as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 120, 138-143.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A., Kotler, M., Vass, J., MacLennan, B., y Rosenberg, F. (2007). Shared interest groups (SHIGs) in low-income independent living facilities. *Clinical Gerontologist*, 31(1), 101-112.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., y Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160-1170.
- Cohen-Mansfield, J., y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294.
- Cohen-Mansfield, J., y Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), 109-125.
- Coll-Planas, L., Del Valle Gomez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., y Monteserin, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 145-157.
- Courtin, E., y Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.
- Cox, A. D. (1993). Befriending young mothers. *British Journal of Psychiatry*, 163, 6-18.
- Crandall, R., y Hojat, M. (1989). *Loneliness. Theory, Research, and Applications*. Newbury Park: Sage.

- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... y Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*, 26(7), 1095-1101.
- Cutrona, C. E., y Peplau, L. A. (1979). *Loneliness and the process of social adjustment*. Comunicación presentada en la reunión de American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., y Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Ageing and Mental Health*, 19(7), 409-417.
- Dahlberg, L., Andersson, L., y Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: Results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, 22(2), 190-196.
- Dahlberg, L., y McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504-514.
- Damonti, P. (2014). Exclusión Social y Género: un análisis de la realidad contemporánea. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, Revista de servicios sociales*, 57, 71-89.
- Davidson, J. W., McNamara, B., Rosenwax, L., Lange, A., Jenkins, S., y Lewin, G. (2014). Evaluating the potential of group singing to enhance the well-being of older people. *Australasian Journal on Ageing*, 33, 99-104.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119-128.
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- De Jong Gierveld, J. D., Fokkema, T., y Van Tilburg, T. G. (2011). Alleviating loneliness among older adults: possibilities and constraints of

- interventions. En *Safeguarding the convoy: A call to action from the campaign to end loneliness*(pp. 41-45). Oxon, UK: Age UK Oxfordshire.
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., y Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. En A. Vangelisti y D. Perlman (Eds.), *Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- De Jong Gierveld, J., y Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 109-13.
- De Koning, J. L., Stathi, A., y Fox, K. R. (2015). Similarities and differences in the determinants of trips outdoors performed by UK urban-and rural-living older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(4), 613-621.
- De Koning, J. L., Stathi, A., y Richards, S. (2017). Predictors of loneliness and different types of social isolation of rural-living older adults in the United Kingdom. *Ageing & Society*, 37(10), 2012-2043.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22, 417-427.
- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., y Irving, K. (2008). The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing & Society*, 28(8), 1113-1132.
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide; Étude de Sociologie*. Paris: Félix Alcan.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91-100.
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. G., y De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.

- Dykstra, P. A., y De Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 141-155.
- Dykstra, P.A., y Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12.
- EAPN. (2019). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018 (9)*. Recuperado de https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_Resumen_Ejecutivo.pdf
- Elgorriaga, E., Martínez-Taboada, C, y Arnosó, A. (2008). Inmigración, afrontamiento psicosocial y emoción. En I. Etxebarria et al. (Ed), *Emocion y motivación. Contribuciones actuales* (pp. 298-298). Astigarraga: Asociación de motivación y emoción.
- Emakunde. (2018). *La evaluación de impacto en función del género en la exclusión social y pobreza*. Recuerado de <https://bit.ly/2WVfPdz>
- EPESG. (2019). 3ª *Encuesta de pobreza y exclusión social de Gipuzkoa*. Recuperado de <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio-novedad/544469/>
- Eurostat. (2018). *People at risk of poverty or social exclusion*. Recuperado de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
- Expósito, F., y Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 297-316.
- FEAFES. (2014). *Enfermedad mental y pobreza dos realidades que van de la mano*. Recuperado de: <http://feafesgalicia.org/ES/noticia-detalle/enfermedad-mental-y-pobreza-dos-realidades-que-van-de-la-mano>

- Ferreira-Alves, J. F., y Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 65–77.
- Ferreira-Alves, J., Magalhães, P., Viola, L., y Simoes, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(3), 613-623.
- Ferreras, S. O., y Evangelista, G. F. (2018). Espacio público y penalización del sinhogarismo desde un enfoque de derechos humanos. *Revista Barcelona Societat*, 22, 1-17
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation among older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23, 647-658.
- FOESSA. (2019). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (8)*. Recuperado de <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 201-228.
- Fokkema, T., y Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging and Mental Health*, 11(5), 496-504.
- Fokkema, T., y Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 264-275.
- Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., y Riva, G. (2014). Intergenerational group reminiscence: a potentially effective intervention to enhance elderly psychosocial wellbeing and to improve Children's perception of aging. *Educational Gerontology*, 40, 486-498. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2013.844042>

- Galanter, M. (1988). Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: A study of Recovery, Inc. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 1248-1253.
- Gallo, J., y Molina, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, *26*(1), 3-9.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., y Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 147-157.
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., y Rodríguez, R. (2019). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*. Avance online <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Glass, C. R., Gottman, J. M., y Shmurak, S. H. (1976). Response acquisition and cognitive self-statements modification approaches to dating skills training. *Journal of Counseling Psychology*, *23*, 520-526.
- Goodman, A., Wrigley, J., Silversides, K., y Venus-Balgobin, N. (2015). *Measuring your impact on loneliness in later life*. London: Age UK and Campaign to End Loneliness.
- Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T. y Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*, 281-288.
- Guasp, A., Statham, H., y Jennings, S. (2010). *Different families: The experiences of children with lesbian and gay parents*. Cambridge, UK: Center for Family Research at the University of Cambridge and Stonewall, 10.
- Hawkley, L. C. y Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness Matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218-227.
- Heikkinen, R. L., y Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(1), 33-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.017>

- Heller, T., Roccoforte, J. A., Hsieh, K., Cook, J. A., y Pickett, S. A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 187-198.
- Hemingway, A., y Jack, E. (2013). Reducing social isolation and promoting well being in older people. *Quality in ageing and older adults*, 14(1), 25-35.
- Heo, J., Chun, S., Lee, S., Lee, K. H., y Kim, J. (2015). Internet use and well-being in older adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 268-272.
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y Organizaciones. El software mental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Stek, M. L., Van Tilburg, T. G., Visser, P. J., ... y Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological medicine*, 42(4), 843-853.
- Honigh-de Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Groeniger, I. B.-O., de Groot, L., y van 't Veer, P. (2014). Determinants of trends in loneliness among dutch older people over the period 2005–2010. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 422-440. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313518066>
- Iparraquirre, J. (2017). *Predicting the Prevalence of Loneliness in Old Age across Small Geographical Areas in England*. London: Age UK.
- Irfaeya, M., Maxwell, A. E., y Krämer, A. (2008). Assessing psychological stress among Arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the Community Oriented Primary Care (COPC) approach. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(4), 337-344.
- Isaakyn, I., y Triandafyllidou, A. (2016). Female high-skill migration in the 21st century: the challenge of the recession. En A. Triandafyllidou (eds.), *High-skill migration and recession: gendered perspective* (pp. 1-21). London: Palgrave Macmillan.

- Izquierdo, M. J. (2010). Las dos caras de la desigualdad entre mujeres y hombres: explotación económica y libidinal. *Quaderns de Psicologia*, *12*(2), 117-129.
- Jacob, L., Haro, J. M., y Koyanagi, A. (2019). Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *PloS one*, *14*(5), e0215182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215182>
- Jehoel-Gijsbers, G., y Vrooman, C. (2007). *Explaining social exclusion. A theoretical model tested in the Netherlands*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research/SCP.
- Jivraj, S., Nazroo, J., y Barnes, M. (2012). 3. Change in social detachment in older age in England. En J. Banks, J. Nazroo y A. Steptoe (Eds.), *The Dynamics of Ageing*(pp. 48-97). Londres: The Institute for Fiscal Studies.
- Jones, R.B., Emily, J., Jo, A., y Barbara, D. (2015). Older people going online: its value and before-after evaluation\nof volunteer support. *Journal of Medical Internet Research*, *17*, 122-134. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3943>
- Jones, W. H., Hobbs, S. A., y Hockenbury, D. (1982). Loneliness and social skill deficits. *Journal of Personality and Social Psychology*,*42*, 682-689.
- Jopling, K. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. London: Age UK and Campaign to End Loneliness.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging* *23*(2), 157-168.
- Jylhä, M., y Saarenheimo, M. (2010). Loneliness and aging: Comparative perspectives. En D. Dannefer y C. Phillipson (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology*(pp. 317-328). Washington DC: SAGE Publications.
- Kowalski, N. C. (1981). Institutional relocation: Current programs and applied approaches. *Gerontologist*, *21*, 512-519.

- Krause-Parello, C. A. (2012). Pet ownership and older women: The relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatric Nursing*, 33(3), 194-203.
- Laparra, M. (2010). El impacto de la crisis en la cohesión social o el surf de los hogares españoles en el modelo de integración de la sociedad líquida. *Documentación Social*, 158, 97-130.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J., y Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-17.
- Le Mesurier, N. (2003). *The Hidden Store: Older People's Contributions to Rural Communities*. Age Concern Report. Recuperado de <http://www.leveson.org.uk/stmarys/resources/The20Hidden20Store.pdf>
- Litwin, H. (2009). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 599-608.
- Liu, S. J., Lin, C. J., Chen, Y. M., y Huang, X. Y. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 12(3), 133-142.
- Loek A.H., Willems, C. G., Spreeuwenberg, M. D., Rietman, J., y De Witte, L. P. (2012). Implementation of CareTV in care for the elderly: the effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technology and Disability*, 24(4), 283-291.
- Low, L.F., Baker, J.R., Harrison, F., Jeon, Y. H., Haertsch, M., Camp, C., y Skropeta, M. (2015). The lifestyle engagement activity program (LEAP): implementing social and recreational activity into case-managed home care. *JAMDA*, 16(12), 1069-1076. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.002>

- Luanaigh, C. Ó., y Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221.
- Lucas, R., Batista, G., Borrás, V., Catarineau, S., Sánchez-Sahis, I., y Valls, E. (1995). Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22(1), 18-24.
- Luhmann, N. (1990). *Essays on self-reference*. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Marin, B., y Zaidi, A. (2017). Trends and Priorities of Ageing Policies in the UN-European Region. In B. Marin y M.A. Zaidi (Eds.), *Mainstreaming Ageing: indicators to Monitor Sustainable Policies*, (pp. 61-106). Hants, England: Ashgate Publishing Limited.
- Martínez-Taboada, C; Arnosó, A., y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del choque psicosocial de las personas inmigradas en Donostia*. San Sebastián: Ayuntamiento de San Sebastián.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., y Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- McWhirter, B. T. (1990). Factor analysis of the revised UCLA Loneliness Scale. *Current Psychology: Research and Reviews*, 9, 56-58.
- Milbourne, P. (2012). Growing old in rural places. *Journal of Rural Studies*, 4(28), 315-317.
- Millar, J. (2007). Social exclusion and social policy research: defining exclusion. En D. Abrams, J. Christian y D. Gordon (Eds.), *Multidisciplinary Handbook of Social Exclusion Research* (pp. 1-16). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

- Milligan, C., Payne, S., Bingley, A., y Cockshott, Z. (2013). Place and wellbeing: shedding light on activity interventions for older men. *Ageing & Society*, 35(1), 124-149. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X13000494>
- Ministerio de Igualdad. (2010). Instituto de la Mujer para la Igualdad de Oportunidades. *Vulnerabilidad y Múltiple discriminación*. Recuperado de: <https://bit.ly/2Kux7vy>
- Montero, M., López, L. y Sánchez, J. (2001). La soledad como fenómeno Psicológico: Un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27.
- Moody, E., y Phinney, A. (2012). A community-engaged art program for older people: fostering social inclusion. *Canadian Journal on Aging*, 31, 55-64.
- Moral, P. A., Gascón, M. L., y Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra 1), 45-70.
- Mulry, C. M., y Piersol, C. V. (2014). The Let's go program for community participation: a feasibility study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(3), 241-254. <http://dx.doi.org/10.3109/02703181.2014.932316>
- Muñoz, M., Pérez, E., y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(2), 64-72.
- Muñoz, M., Vázquez, C., y Cruzado, J. A. (1995). *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Murray, P. (1996). Recovery, Inc. as an adjunct to treatment in an era of managed care. *Psychiatric Services*, 47, 1378-1381.
- Newall, N. E., y Menec, V. H. (2013). Targeting socially isolated older adults: a process evaluation of the senior centre without walls social and educational program. *Journal of Applied Gerontology*, 34(8), 958-976. <http://dx.doi.org/10.1177/0733464813510063>

- Nicholson, N.R., y Shellman, J. (2013). Decreasing social isolation in older adults: effects of an empowerment intervention offered through the CARELINK program. *Research in Gerontological Nursing*, 6, 89-97. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20130110-01>
- Nicolaisen, M., y Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78, 229-257.
- Olivos, X. (2010). *Entrenamiento de habilidades sociales para la integración psicosocial de inmigrantes*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/10653/1/T31851.pdf>
- Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puukka, P., Hinkka, K., y Pöntinen, S. (2008). Alleviating loneliness among frail older people—findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(2), 26-34.
- Ortega, M. Á., Ramírez, A. L., y Simmonds, J. P. (2019). «Habitáculo productivo» *Del sinhogarismo a la dignidad habitacional*. Tesis doctoral, Universidad de la Costa.
- Ortiz, L. P. (2004). *Envejecer en femenino, las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Panadero, S., y Vázquez, J. J. (2012). La investigación sobre las personas sin hogar y los recursos de atención al colectivo en España. Evolución, situación actual y retos futuros. En C. Zúñiga (Ed.), *Psicología, sociedad y equidad: aportes y desafíos* (pp. 87-107). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Pearce, D. (1978). The feminization of poverty: Women, work, and welfare. *Urban and social change review*, 11(1-2), 28-36.
- Peplau, L.A., y Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and theory*. New York: Wiley Interscience.

- Perese, E. F., y Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 591-609.
- Pérez, A. (2014). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En C. Carrasco (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política* (pp.49-73). Madrid: La Oveja Roja.
- Perkins, P. (2012). Impact of a horticultural therapy program on the well-being of lowincome community dwelling older adults. *Acta Horticulturae*, 954, 123-132.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 181-188.
- Pettigrew, S., y Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging and Mental Health*, 12(3), 302-309.
- Philip, L. J., y Gilbert, A. (2007). Low income amongst the older population in Great Britain: A rural/non-rural perspective on income levels and dynamics. *Regional Studies*, 41(6), 735-746.
- Pilisuk, M., y Minkler, M. (1980). Supportive networks: Life ties for the elderly. *Journal of Social Issues*, 36, 95-116.
- Pinazo, S. y Donio, M. (2018). *La Soledad de las Personas Mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Pinedo, R., y López, F. (2015). Soledad social y emocional en personas que ejercen prostitución: Factores de riesgo asociados. *Apuntes de Psicología*, 33(1), 17-22.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston, H., Mathieson, J., y Rispel, L. (2008). *Understanding and tackling social exclusion: final report to the*

WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Geneva, Switzerland: WHO.

- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ... y Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental gerontology*, *102*, 133-144.
- Pyle, E., y Evans, D. (2018). *Loneliness – What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?* Londres: Office for National Statistics.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., y Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 250-264.
- Riso, W. (2003). *Afirmando la Personalidad*. Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., y Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *JAMDA*, *14*, 661-667. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.007>
- Rodríguez, G. (2004). Los límites del Estado del bienestar. La transición hacia la nueva reforma social. En G. Rodríguez (Ed.), *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos* (pp. 15-44). Madrid: Fundamentos.
- Rokach, A. (1988). Antecedentes de la Soledad: un análisis factorial. *Journal Psychology*, *123*(4), 39-54.
- Rolls, L., Seymour, J. E., Froggatt, K. A., y Hanratty, B. (2011). Older people living alone at the end of life in the UK: research and policy challenges. *Palliative Medicine*, *25*(6), 650-657.
- Rook, K. S. (1984). Promoting social bonds: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, *39*, 1389-1407.

- Rook, K. S., y Peplau, L. A. (1982). Perspectives on helping the lonely. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 351-378). New York, NY: John Wiley.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., y Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology*, *52*(3), 181-187.
- Routasalo, P., y Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, *13*, 303-311.
<http://dx.doi.org/10.1017/S095925980400111X>
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores.
- Sadler, W.A. y Johnson T.B. (1980). *From loneliness to anomia*. Nueva York: International Universities Press.
- Saito, T., Kai, I., y Takizawa, A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of gerontology and geriatrics*, *55*(3), 539-547.
- Salaberria, K., y Sánchez, A. (2017). Estrés migratorio y salud mental. *Psicología Conductual*, *25*(2), 419.
- Santibáñez, R., Flores, N., y Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *Iqual. Revista de género e igualdad*, *1*, 123-144.
- Santos-Olmos, A. B. (2016). *Personas mayores en situación de aislamiento social: diseño y efectividad de un servicio de apoyo psicológico*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., y Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*(3), 223-233.
- Seidmann, S., y Muchnik, E. (1998). *Aislamiento y soledad*. Buenos Aires: Eudeba.

- SIIS, Centro de Documentación y Estudios (2018). Bases teóricas para la definición de los centros de Servicios Sociales para la inclusión social del TH de Álava.
- Singh, S., McBride, K., y Kak, V. (2015). Role of social support in examining acculturative stress and psychological distress among Asian American immigrants and three sub-groups: Results from NLAAS. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1597-1606.
- Snow, D. A., y Anderson, L. (1993). *Down on their luck: A study of homeless street people*. University of California Press.
- Solar, O., y Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Ginebra: WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L., y Iredell, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26(2), 81-86.
- Stevens, N. L., Martina, C. M., y Westerhof, G. J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46(4), 495-502.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona. Fundación La Caixa. Colección de Estudios, 16.
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., y Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275.
- Teater, B., Baldwin, M. (2014). Singing for successful ageing: the perceived benefits of participating in the golden oldies community-arts programme. *The British Journal of Social Work*, 44, 81-99.
- Tijhuis, M. A. R., De Jong Gierveld, J., Feskens, E. J. M., y Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing*, 28(5), 491-495.

- Toepoel, V. (2013). Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people?. *Social Indicators Research*, 113(1), 355-372.
- Tornstam, L. (2007). Stereotypes of old people persist: A Swedish facts on aging quiz in a 23-year comparative perspective. *International Journal of Ageing and Later Life*, 2(1), 33-59.
- Tortosa, J. M. (2009). Feminización de la pobreza y perspectiva de género, *Revista Internacional de Organizaciones*, 3, 71-89.
- Tsai, H. H., Tsai, Y. F., Wang, H. H., Chang, Y. C., y Chu, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging and Mental Health*, 14(8), 947-954.
- Tse, M. M. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 949-958.
- Tse, T., y Linsey, H. (2005). Adult day groups: Addressing older people's needs for activity and companionship. *Australasian Journal on Ageing*, 24(3), 134-140.
- Twentyman, C. T., y Zimering, R. T. (1979). Behavioral training of social skills: A critical review. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 319-400). New York, NY: Academic Press.
- Vachon, M. L., Lyall, W., Rogers, J., Freedman-Letofsky, K., y Freeman, S. (1980). A controlled study of a self-help intervention for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1380-1384.
- Valente, S., y Aoyama, D. (1993). Ayudar al paciente a vencer su soledad. *Revista Nursing (Edición Española)*, 11(7), 26-28.
- Van Der Heide, L.A., Willems, C.G., Spreeuwenberg, M.D., Rietman, J., y De Witte, L.P. (2012). Implementation of CareTV in care for the elderly: the effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technology Disability*, 24, 283-291.

- Van Dulmen, M. H. y Goossens, L. (2013). Loneliness trajectories. *Journal of Adolescence*, 36, 1247-1250.
- Van Tilburg, T., De Jong Gierveld, J., Lecchini, L., y Marsiglia, D. (1998). Social integration and loneliness: A comparative study among older adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(6), 740-754.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2009). *Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., y Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión: manual para la docencia* (pp. 443-461). Salamanca: Amarú.
- Victor, C. R., Burholt, V., y Martin, W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *Journal of cross-cultural gerontology*, 27(1), 65-78.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N., y Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(6), 357-375.
- Victor, C. R., Scambler, S., y Bond, J. (2009). *The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life*. Maidenhead: Open University Press.
- Victor, C. R., y Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 85-104.
- Victor, C. y Sullivan, M.P. (2015). Loneliness and isolation. En J. Twigg y W. Martin (Eds.), *Handbook of Cultural Gerontology* (pp. 252-260). Abingdon, Oxon: Routledge.
- Vidal, M. J., Labeaga, J. M., Casado, P., López, J., Montero, A., y Meil, G. (2017). *Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos*

estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Vogelapoel, N., y Jarrold, K. (2014). Social prescription and the role of participatory arts programmes for older people with sensory impairments. *Journal of Integrated Care*, 22, 39–50. <http://dx.doi.org/10.1108/JICA-01-2014-0002>
- Vrooman, J. C., y Hoff, S. J. (2013). The disadvantaged among the Dutch: A survey approach to the multidimensional measurement of social exclusion. *Social indicators research*, 113(3), 1261-1287.
- Wallerstein, J. S., y Kelly, J. B. (1977). Divorce counseling: A community service for families in the midst of a divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 4-22.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Westberg, N. (2012). *Meddelanden från enskildheten: En sociologisk studie av ensamhet och avskildhet*. Tesis Doctoral: Daidalos.
- Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2.
- Wilson, J., Ward, C., Fetvadjev, V. H, y Bethel, A. (2017). Measuring cultural competencies: the development and validation of a revised measure of sociocultural adaptation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1475-1506.
- Wu, Y. T., Prina, A. M., Barnes, L. E., Matthews, F. E., y Brayne, C. (2015). Relocation at older age: results from the Cognitive Function and Ageing Study. *Journal of Public Health*, 37(3), 480-487.
- Yang, K., y Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368-1388.

- Yanguas, J. (2018). *Encuesta 2018. Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Obra Social “la Caixa”. Recuperado de <http://www.infocoponline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf>
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 379-406). New York, NY: John Wiley.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Florida: Professional resource exchange.

Anexos

Anexo 1. Guión de la entrevista

1. INICIO

- La persona entrevistadora se presenta
- Le plantea el objetivo del estudio y el porqué de esta entrevista
- Hablarle de la confidencialidad y del anonimato
- Solicitar autorización para grabar la entrevista, explicando por qué y mencionarle que luego se destruye

2. GUIÓN POR BLOQUES TEMÁTICOS

a. EL CONCEPTO DE SOLEDAD

El objetivo es conocer qué significado o significados tiene este concepto para la persona entrevistada. Qué sentimientos le provoca. Con qué situaciones asocia la soledad.

- **¿Qué significa para ti la soledad?**
- **¿Qué sentimientos te provoca?**
(fracaso, nostalgia, falta de afecto)
- **¿Con qué situaciones asocias el sentimiento de soledad? ¿Cuáles crees que son las razones por las cuales te sientes solo/a? ¿Qué consecuencias tiene para ti?**
(permite ver si lo asocia con algunas de las dimensiones que luego iremos explorando)

b. DIMENSIÓN ECONÓMICA Y LABORAL DE LA PERSONA

b1. SITUACIÓN ECONÓMICA

El objetivo es conocer si la soledad y/o el aislamiento social percibido por la persona guarda alguna relación con su situación económica (pasada, presente, futura).

- **Me gustaría que pudiésemos hablar sobre tu situación económica actual, así como de los sentimientos que te produce**

(disponibilidad, suficiencia y fuente de ingresos; gastos a los que tienes que hacer frente)

- **¿Tu situación ha sido siempre así o ha ido cambiando con el tiempo?**
- **¿Cómo ha repercutido en tus relaciones con la familia, amistades, vecindario, trabajo?, ¿Y en tu vivencia de la soledad?**

(En caso de familias monomarentales/monoparentales): ¿En qué medida crees que el pertenecer a una familia monoparental ha podido afectar a su sentimiento de soledad?

- **Con relación a lo económico, cómo describirías los apoyos que has encontrado en el camino. Actualmente, con qué apoyos cuentas y cómo te hacen sentirte.**

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

b.2. SITUACIÓN LABORAL

El objetivo es conocer si la soledad y/o el aislamiento social percibido por la persona guarda alguna relación con su situación laboral (pasada, presente, futura).

- **Me gustaría que pudiésemos hablar sobre tu situación laboral actual y sobre los sentimientos que te produce.**

(explorar si está trabajando; buscando empleo de forma activa; trabajos no remunerados/precarios (cuidados); situación de enfermedad-discapacidad; pensionista; condiciones laborales; estabilidad)

- **¿Tu situación ha sido siempre así o ha ido cambiando con el tiempo?**
- **¿Cómo ha repercutido en tus relaciones con tu familia, amistades, vecindad, trabajo?, ¿Y en tu vivencia de la soledad?**
- **Con relación a lo laboral, cómo describirías los apoyos que has encontrado en el camino. Actualmente, con qué apoyos cuentas y cómo te hacen sentirte.**

(Si se da el caso), ¿De qué manera crees que el hecho de dedicarte a los cuidados de otras personas afecta en tus sentimientos de soledad y en tus relaciones sociales?

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

c. DIMENSIÓN ALOJAMIENTO Y VIVIENDA

El objetivo es conocer si la soledad y/o el aislamiento social percibido por la persona guarda alguna relación con su situación de alojamiento (particular, colectiva, sin alojamiento o alojamiento excluyente; estabilidad de alojamiento; accesibilidad; acceso a servicios básicos...).

- **Me gustaría que pudiésemos hablar sobre tu alojamiento/vivienda y sobre los sentimientos que te produce.**

(Si se da el caso): ¿Cómo ha repercutido que vivas en un entorno rural en tus relaciones y sentimiento de soledad?

- **¿Tu situación ha sido siempre así o ha ido cambiando con el tiempo?**
- **¿Cómo ha repercutido en tus relaciones con tu familia, amistades, vecindario, trabajo? ¿Y en tu vivencia de la soledad?**
- **Los cambios en los modelos de familia hacen que éstas vivan cada vez más distanciadas y por tanto la ayuda entre sus integrantes es menor, ¿en qué medida te sientes identificada/o con esta situación?**
- **Con relación a tu vivienda o a tu alojamiento, cómo describirías los apoyos que has encontrado en el camino. Actualmente, con qué apoyos cuentas y como te hacen sentirte.**

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

d. DIMENSIÓN SALUD

El objetivo es conocer si la soledad y/o el aislamiento social percibido por la persona guarda alguna relación con su salud física y/o mental.

- **Me gustaría que pudiésemos hablar sobre tu salud y sobre los sentimientos que te produce.**

Explorar qué tipo de problemas; si hay problemas de consumo de drogas; si recibe tratamiento-farmacológico; si tiene garantizada la asistencia; le genera sufrimiento físico/psíquico; afecta a su nivel de autonomía; afecta a su situación laboral...)

- **¿Tu situación ha sido siempre así o ha ido cambiando con el tiempo?**
- **(a personas mayores de 65 años): ¿Podrías comentar en base a tu experiencia si el hecho de ser una persona mayor / que tiene más de 65 años repercute de alguna forma en la experiencia de la soledad?**

- **¿Cómo ha repercutido en tus relaciones con tu familia, amistades, vecindad, trabajo?, ¿Y en tu vivencia de la soledad?**
- **Con relación a tu salud física y/o mental, cómo describirías los apoyos que has encontrado en el camino. Actualmente, con qué apoyos cuentas y como te hacen sentirte.**

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

e. DIMENSIÓN ÁMBITO SOCIAL

El objetivo es conocer si la soledad y/o el aislamiento social percibido por la persona guarda alguna relación el hecho de tener dificultades en sus relaciones sociales, con el tipo de relaciones que mantiene con su entorno, así como la manera en que su entorno se relaciona con ella.

- **Me gustaría que pudiésemos hablar sobre cómo son tus relaciones sociales, en qué medida te sientes integrado/a y aceptado/a socialmente y sobre los sentimientos que te produce.**

(explorar su relación con las personas de su comunidad; vecindad; trabajo; de los servicios a los que recurre -servicios sociales, centro de salud, Lanbide, organizaciones sociales)

Explorar en qué medida las relaciones y apoyos con los que cuentas se acercan a los que te gustaría tener.

- **(en caso de que sea una persona migrante): ¿De qué manera crees que ser una persona migrante te ha podido afectar en tus relaciones sociales y en tus sentimientos de soledad?**
- **(en caso de que la persona se identifique con una identidad de género/preferencia sexual no normativa): ¿Crees que tu identidad de género o preferencia sexual te ha podido afectar en tus relaciones sociales y en tus sentimientos de soledad?**
- **Otro tema que me gustaría que pudiésemos tocar es tu participación en actividades de tu entorno y sobre cómo te sientes con relación a este tema.**

(informales, formales; grupo deportivo, religioso, político, cultural, para mayores, mujeres etc.)
- **¿La manera en que te relacionas con las personas y tu entorno, ha sido siempre así o ha ido cambiando con el tiempo?**

- **¿Tu grado de participación, cómo ha ido cambiando?**
- **Cómo describirías los apoyos que has encontrado a lo largo de tu vida en el ámbito de tu comunidad, vecindad, trabajo, servicios sociales, centro de salud, organizaciones sociales... Actualmente, con qué apoyos cuentas y cómo te hacen sentirte (sondear su nivel de aislamiento social).**

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

f. ÁMBITO DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES SOCIALES

Habría que ver cómo abordarlo para valorar su relación con el sentimiento de soledad y el aislamiento social.

- **Me gustaría que pudiésemos hablar acerca de cómo sueles hacer tú para relacionarte y establecer vínculos con la gente y cómo te sientes ante esas situaciones.**

(si le cuesta o no, si le gusta conocer gente, si siente algún tipo de obstáculo para entablar relaciones...)

- **¿Cómo te sueles manejar ante situaciones de dificultad que se te presentan en el día a día? ¿Y ante situaciones nuevas?**

(En caso de que se detecten dificultades) ¿Cómo te ha podido afectar todo esto en tus relaciones sociales y en tus sentimientos de soledad?

- **Con relación a tus competencias y habilidades sociales cómo describirías los apoyos que has encontrado en el camino. Actualmente, con qué apoyos cuentas y como te hacen sentirte.**

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

g. VÍNCULOS AFECTIVOS Y RECEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

El objetivo es conocer la disponibilidad de relaciones y de vínculos afectivos que tiene la persona (relaciones estables de cuidado mutuo y de intimidad, incluyendo todo el abanico de relaciones -también profesionales-). Es probable que hayan ido saliendo a lo largo de la entrevista, cuando se han tocado las diferentes dimensiones. No obstante, se le puede plantear de manera explícita esta cuestión por si hay algo que quiere añadir o en lo que quiere profundizar.

- **Me gustaría saber a quién sueles acudir cuando te sucede algo y necesitas compartir tus emociones.**

- **Podrías hablarme sobre qué sentimientos te generan las relaciones que mantienes con tus familiares o amistades. ¿Te sientes arropado por ellos?**

(si en los problemas del día a día puede contar con sus familiares o viceversa)

- **En ocasiones las relaciones que tenemos con la familia y amistades nos proporcionan seguridad, reconocimiento, valía, y otras veces en cambio sensación de soledad y de vacío ¿Cómo es tu caso?**

(en caso de que tenga pareja): ¿Cómo es la relación con tu pareja? ¿te sientes cercana a ella o te apoyas en ella cuando lo necesitas?

(Si procede): ¿Qué necesitarías para sentirte mejor?

3. CIERRE

Cuando ya se ha concluido con todos los bloques, se aconseja ofrecer a la persona un espacio de reflexión o la posibilidad de ampliar algún tema en particular; realizar comentarios; sugerencias. También es fundamental agradecerle su tiempo, su disponibilidad a contarnos aspectos de su vida tan personales e importantes para ella. También destacar la importancia de todo lo que ha compartido para poder llevar a cabo el estudio.

- **Para sentirte mejor, ¿Qué necesitarías?**
- **Para ir terminando, ¿Te gustaría añadir algo nuevo o profundizar en algún tema que hemos tocado?**

Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado

“ Personas en riesgo o en exclusión social y soledad no deseada ”

Por medio del presente documento le extendemos la invitación a participar en el estudio titulado “Personas en riesgo o en exclusión social y soledad no deseada”, el cual forma parte de un Proyecto realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea en colaboración con Emaus Fundación Social, Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa y Cáritas de Gipuzkoa en el marco del convenio con la Diputación Foral de Gipuzkoa, Gipuzkoa ElkarEKIN.

El objetivo principal de este estudio es visibilizar, en el territorio de Gipuzkoa, la soledad tal y como es vivenciada por las personas en riesgo o en situación de exclusión social, así como explorar hasta qué punto variables como el género, la edad, la situación de extranjería, la desigualdad socioeconómica, y/o problemas de salud física o mental influyen en este proceso. Los hallazgos son fundamentales para desarrollar estrategias que mejoren el abordaje de la soledad en la atención que reciben las personas en riesgo o en situación de exclusión social, así como contribuir a su prevención y a mejorar su calidad de vida.

Si usted acepta colaborar en este estudio, se le solicitará su participación en una entrevista, donde se abordarán preguntas en torno al significado que para usted tiene la soledad y los sentimientos asociados, así como cuestiones relacionadas con su situación económica y laboral, alojamiento y vivienda, sobre su papel en la sociedad y procesos participativos, situación de salud (física y mental), disponibilidad de vínculos afectivos y apoyo social. Le llevará aproximadamente una hora y media contestar. Previamente realizaremos una cita en el horario que mejor le convenga. La persona responsable de la realización de la entrevista será Montse Peris/Maribel Pizarro.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos pasarán a formar parte del fichero “ Personas en riesgo o en exclusión social y soledad no deseada ” de la UPV/EHU. Los datos obtenidos serán tratados con absoluta confidencial. Una vez finalizada la investigación es posible autorizar su utilización en futuros proyectos relacionados con esta línea de investigación por parte de este grupo de investigación. En ningún caso figurarían datos que lo pudieran identificar. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. Además, se entregará a la Diputación Foral de

Gipuzkoa, un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de los participantes.

La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin dar explicaciones y sin que ello suponga ningún perjuicio. Usted tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada. La retirada del consentimiento para la utilización de sus datos podrá hacerla efectiva poniéndose en contacto con la investigadora principal en la dirección que consta en este documento. Si usted colabora en este proyecto, una vez haya finalizado, tendrá a su disposición toda la información relativa a los resultados obtenidos en el mismo, respetando la confidencialidad de las personas participantes. Es muy importante que durante la entrevista sea honesto/a ya que eso nos permitirá conocer sus situaciones y problemáticas para mejorar la atención y las soluciones a otras personas con problemas parecidos.

Los beneficios directos que recibirá son los resultados de las evaluaciones y la posibilidad de ayudar a desarrollar programas de intervención más eficaces que aborden en forma temprana la soledad y contribuyan y a mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de exclusión.

Cualquier pregunta, comentario o preocupación sobre sus derechos al participar en el estudio puede dirigirse a la investigadora principal del proyecto, Ainara Arnosó, Dpto. Psicología Social y de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Teléfono: 943 015 647, Correo electrónico: ainara.arnosó@ehu.eus.

Ainara Arnosó

Investigadora Principal

Anexo 3. Servicios de atención, Tipos de centro, Identificación y Entidad

Servicio de atención	Tipo de centro	Identificación centro/programa	Entidad
Servicios de atención diurna	Centros de día	Área de Personas Sin Hogar, Laguntzaetxea	Cáritas
Servicios de atención diurna	Centros de día	Eutsi	Cáritas
Servicios de atención diurna	Centros de día	Centro de día Bidasoa/Auzolan	Emaús Fundación Social
Servicios de atención diurna	Centros de día	Garagune Amara y Usandizaga	Fundación Goyeneche
Servicios de atención diurna	Centros de día	Hestia	ArratsElkartea
Servicios de atención diurna	Centros de día	Aterpe	Cáritas
Servicios de atención diurna	Centros de día	Centro educativo ocupacional Lamorus	Cáritas
Servicios de atención diurna	Centros de día	Centro de Día de Inclusión Social Algara de Cruz Roja	Cruz Roja
Servicios de atención diurna	Centros de día	Centro de día Usabal	Peñasal S. Coop.
Servicios de atención diurna	Centros de día	GaraguneArrasate y Bergara	Fundación Goyeneche
Servicios de atención diurna	Centros de día	Garagune de Azpeitia	Fundación Goyeneche
Servicios de atención diurna	Centros de día	Aukera	Sareafundazioa
Servicios de atención diurna	Centros de día	Garagune de Donostia	Fundación Goyeneche
Servicios de atención diurna	Centros de día	Centro de Día Arregitorre	ZabaltzenSartuKoop. Elkartea

Servicios de atención diurna	Centros de día	Munto	Emaús Fundacion Social
Servicios de atención diurna	Centros de día, Vivienda con apoyos para la inclusión, Servicios de acompañamiento social especializado	Centro integral para integración sociolaboral de las personas	Peñascal S.Coop.
Servicios de atención diurna	Centros de día y Servicios de acompañamiento social especializado	Centro de día y Programa de acompañamiento y empleabilidad	Asociación Erroak-Sartu
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Trintxer/Emeki	Cáritas
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Casa de acogida Sorabilla	Cáritas
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Munto	Emaús Fundación Social
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Villa Betania	Cáritas
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Portuenea, centro de valoración y diagnóstico especializado	Emaús Fundación Social
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Loiolaetxea-Ategorrieta	Asociación Loiolaetxea
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la inclusión social	Servicios: Uba III, Ustez, Isla	Emaús Fundación Social
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión	IrunArrats Bidasoa	ArratsElkartea
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión	Programa Habitat (Modelo Housing First)	Asociación RAIS Euskadi
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión	Errotaburu/ Zarautz 1 y 2/ Urdaburu	Emaús Fundación Social
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión	Pisos de transición residencial	Asociación Loiolaetxea

Servicios de atención residencial	Centros residenciales para la protección de mujeres víctimas de violencia machista	Urrats acogida urgente	FEPAS
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión y Pisos de emancipación	Pisos para jóvenes en riesgo de exclusión social/Servicios de acompañamiento social especializado/Programas de emancipación	Asociación Intercultural KoloreGuztiak
Servicios de atención residencial	Vivienda con apoyos para la inclusión y Pisos de emancipación	Vivienda con apoyos para la inclusión	Peñascal S.Coop
Servicios de atención residencial	Centros residenciales para mujeres	Haurtxoak	AGIPAD
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa de Acompañamiento Especializado	Peñascal S. Coop.
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa de Acompañamiento Especializado a Adultos	Cruz Roja
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa de Acompañamiento Especializado	ArratsElkartea
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa Aukera	ArratsElkartea
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	RomiBidean	Asociación ROMI BIDEAN
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Integración social de familias gitanas	AGIFUGI
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa de Acompañamiento Especializado	Asociación Loiolaetxea

Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Programa de Acompañamiento Especializado	KalexkaElkartea
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de acompañamiento social especializado	Proyecto de intervención social en el centro penitenciario de Martutene	Iresgi
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Servicio de atención en materia de extranjería	Sos Racismo Gipuzkoa
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Servicio de orientación e información: Área sociolaboral	Cruz Roja
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Servicio de Apoyo y Acompañamiento a personas con Inteligencia Limite, y sus familias.	Ortzadar
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Asesoría jurídica de Cáritas	Cáritas
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Servicio de atención telefónica y Asesoramiento/Acompañamiento emocional	Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa
Servicios de atención ambulatoria	Información, asesoramiento y orientación	Programa Ateak	ArratsElkartea
Servicios de atención ambulatoria	Servicios de coordinación a Urgencias Sociales	Servicio Foral de Coordinación de Urgencias Sociales (SFCUS)	Eulen
Servicios de atención ambulatoria	Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas	Tutela de adultos con enfermedad mental o deterioro cognitivo	HurkoaFundazioa
Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	Programa de empleabilidad	Programa Landuz	Katealegaia

Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	Programa de empleabilidad	Programa Landuz	Sutargi
Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	Programa de empleabilidad	Programa Landuz	GureakInklusioFundazioa
Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	Programa de empleabilidad	Programa Acceder	Fundación Secretariado Gitano
Servicios de apoyo y orientación a la Empleabilidad	Programa de empleabilidad	Programa Lorbide	Fundación secretariado Gitano
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Centros de día	Centro de Día Hernani	Fundación IZAN Fundazioa
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Centros de día	Centro de Día Ulia-Enea	Fundación IZAN Fundazioa
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Centros residenciales para la deshabitación	Programa Residencial de Alcoholismo Itxaro	Fundación IZAN Fundazioa
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Centros residenciales para la deshabitación	Centro de Inserción Social Tradicional	Fundación IZAN Fundazioa
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Centros residenciales para la deshabitación	Centro de Inserción Social Hernani	Fundación IZAN Fundazioa
Servicios de apoyo a procesos de deshabitación	Programa deshabitación	Admisión	AGIPAD
Servicios de atención nocturna	Centro de acogida nocturna	Aterpegaua	Cáritas
Servicios de atención nocturna	Centro de acogida nocturna	Hotzaldi	Cáritas

Anexo 4. Tipos de intervenciones y actividades concretas

Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none">- Mediante el taller que tenemos y actividades intentamos crear un estilo de comunicación asertiva, que la interioricen, para que lo puedan aplicar en su día a día y así evitar situaciones de conflictos. (Centro de día).- Enseñanza de protocolos tan básicos como saber estar en una mesa; realizar peticiones dando las gracias; corregir actuaciones que en grupo no ayudan a integrarse. (Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos).- Taller de lectura taller de horticultura /jardinería; taller de cocina alimentación y hábitos saludables; ejercicio físico y motricidad; taller de manualidades e informática; comunicación y habilidades sociales administración del tiempo y economía doméstica. (Centro de día).- Habilidades sociales (tutorías individuales, didáctica en la gestión de recursos, mejora de apoyo e interacción (acompañamientos a gestiones, búsqueda de recursos de forma individual o grupal). (Servicios de acompañamiento social especializado). (Centros residenciales para la inclusión social).- Mejora de Habilidades Sociales a través de la participación en actividades y/o talleres de desarrollo personal. (Centro de día).
Apoyo e interacción	<ul style="list-style-type: none">- Trabajamos con las personas la ampliación de las redes relacionales y de apoyo social. Centros residenciales para la inclusión social).- Actividades ocupacionales dónde poder tejer red social. (Centro de día).- Activación obligatoria e inmediata de procesos formativos integrados en un grupo como elemento clave de nuevas relaciones. (Centros residenciales para la inclusión social).- Realizar actividades durante el fin de semana para fomentar la interacción entre las personas que viven en el centro, además de

mejorar así sus habilidades sociales y relacionales. (Centro residencial para la valoración y el diagnóstico especializado).

- Desde las visitas que reciben se desarrollan actuaciones vinculadas con la confrontación de las redes de apoyo. (Centros residenciales para la deshabitación).

Intervención psicoeducativa

- Conversaciones normalmente a nivel individual dirigidas a la educación por la igualdad; charlas en torno a la educación sexual; charlas sobre el esfuerzo personal y la constancia frente a situaciones de adversidad. (Centro de día).

- Sesiones de trabajar los derechos de las personas con discapacidad. (Centro de día).

- Escucha activa, acompañamiento individual. (Servicios de acompañamiento social especializado).

- Sesiones individuales con cada figura profesional (Educatora, Trabajadora social y psicóloga) y grupales. Centros residenciales para la inclusión social).

- Facilitar estrategias y aprendizajes de habilidades de salud, educación física, autodeterminación, solución de problemas, facilitar sesiones psicológicas individuales orientadas a ampliar círculo de referencia. (Vivienda con apoyos para inclusión de adultos).

Intervenciones comunitarias

- Actividades de sensibilización (participamos en todas las fiestas de las localidades donde tenemos recursos, llevamos a cabo talleres infantiles) participamos en las diferentes actividades que se ofrecen (bizilagunak, arroces del mundo...), diferentes proyectos ocio y deporte saludable (equipo de fútbol), colaboramos con otras entidades/asociaciones. (Vivienda con apoyos para la inclusión de jóvenes).

- Participación en actividades comunitarias y sociales (Solidaritza eguna, Círculos del silencio, Arroces del mundo, Javierada, Día de la mujer, etc.), creación de un equipo de fútbol liga Diario Vasco,

<p>actividades programadas (cine, salidas de fin de semana, excursiones). (Centros residenciales para la inclusión social).</p> <p>- colaboración también con la factoría Albaola, colaboración con pruebas deportivas. (Centro de día).</p> <p>- Participación en iniciativas para jóvenes en el ayuntamiento para la mejora del barrio (construcción de un pin pon y de una fuente); mantenimiento de los jardines del barrio.</p> <p>- Jornadas de puertas abiertas, organización de eventos para la comunidad (Quincena Musical, Día del árbol, etc.) y participación en eventos organizados por la comunidad (Asociación de vecinos, comisión de fiestas, etc.). (Centros residenciales para la inclusión social).</p>	
<p>Intervención modificar pensamientos</p>	<p>- Intervenciones dirigidas a modificar los pensamientos distorsionados: tutorías individuales uso de confrontación con acogida, situar en la realidad desde la empatía, orientación y asesoramiento en distintas realidades. (Servicios de acompañamiento social especializado).</p> <p>- Poner a disposición de las personas usuarias espacios individuales de atención psicológica para la modificación de pensamientos distorsionados. (Centros residenciales para la inclusión social).</p> <p>- Talleres de modificación cognitiva. (Vivienda con apoyos para la inclusión de adultos).</p>
<p>Terapia cognitivo conductual</p>	<p>- Proveer un espacio donde las personas participantes se sientan emocionalmente seguras de cara a poner en práctica aquellas indicaciones orientadas a la modificación y/o adquisición de actitudes, hábitos y habilidades. (Centros residenciales para la inclusión social). Terapia de reestructuración cognitiva. (Programa de empleabilidad).</p> <p>- Técnicas individuales de modelaje para potenciar conductas positivas y de confrontación para reducir las conductas negativas. (Centros residenciales para la inclusión social).</p>

	- Derivación a programa de atención psicológica de Diputación Foral. (Centros residenciales para la inclusión social).
Inserción laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en nuevas tecnologías, en cocina en restauración de muebles, en técnicas hortícolas, en encuadernación artesanal. (Centros residenciales para la inclusión social). - Técnicas de búsqueda de empleo. (Programa de deshabitación). - Formación profesional, empoderamiento académico, actividades de integración social en entornos normalizados. (Centros residenciales para la inclusión social). - Cursos de capacitación profesional e intermediación laboral. (Información asesoramiento y orientación). - Talleres ocupacionales. (Centro de día). - Actividades laborales en equipo y clases formativas grupales. (Centro de día).
Urgencia social	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de las situaciones de urgencia. (Servicio Foral de Urgencias Sociales). - Acompañamiento y ayuda en función de la urgencia. (Servicio Foral de coordinación de Urgencias Sociales). - Contención emocional. (Centros residenciales para la protección a mujeres víctimas de violencia machista). - Atención psicosocial de urgencia a personas que se encuentran en riesgo o situación de desprotección sobrevenida. (Servicios de atención a urgencias sociales). - Ofrecer recursos. (Servicio Foral de coordinación de Urgencias Sociales). - Derivaciones adecuadas. (Servicios de atención a Urgencias sociales).
