



Universidad Abierta
Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

Tesis de Grado:

***“La soledad en el adulto mayor en contexto de
distanciamiento por coronavirus”***

Tutor: Raúl Gómez Alonso

Tesista: Rafael Lanese

Título a obtener: Licenciado en Psicología

Rosario, Santa Fe, Marzo de 2021

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo fue describir las características del sentimiento de soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario, en situación de distanciamiento por la pandemia por Coronavirus. Se utilizó un diseño de estudio de tipo descriptivo, de carácter no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 31 adultos mayores de 65 años de edad, jubilados no institucionalizados y residentes en el Distrito Centro de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. Los instrumentos utilizados fueron dos escalas, la escala ESBA (Auné, Abal y Attorresi, 2019) y la escala UCLA (Cava, Estévez, Buelga y Musitu, 2013), ambas en modalidad autoadministrado y entrevista, de respuestas tipo Likert y una ficha de datos sociodemográficos elaborado para este trabajo. Los resultados obtenidos permiten inferir que los adultos mayores de la ciudad de Rosario en situación de distanciamiento por Coronavirus, presentan un grado medio o moderado de sentimiento de soledad y en cuanto a sus dimensiones, presentan un nivel bajo de soledad emocional y un nivel medio o moderado de soledad social.

Palabras clave: Adulto Mayor, Soledad, Distanciamiento por Coronavirus

ÍNDICE

RESUMEN.....	II
INTRODUCCIÓN	3
TEMA Y PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS	5
ESTADO DEL ARTE.....	6
MARCO TEÓRICO.....	16
Capítulo I - Contexto actual	16
Capítulo II - Adulto Mayor.....	21
Capítulo III - Soledad	25
Capítulo IV - Sentimiento de soledad	44
Capítulo V - Adulto Mayor y Pandemia	47
MARCO METODOLÓGICO	50
Posicionamiento	50
Tipo de estudio	50
Categoría de análisis	50
Descripción del contexto de investigación	52
Unidades de análisis.....	53
Técnicas e instrumentos.....	53
Consideraciones éticas	57
RESULTADOS	58
Análisis e interpretación de datos.....	58
Escala de Soledad de Buenos Aires – ESBA	60
Escala UCLA de soledad.....	64
Integrando los dos instrumentos.....	72
CONCLUSIÓN	74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS	i
Anexo A - Consentimiento informado	i
Anexo B - Ficha de Datos Sociodemográficos	ii
Anexo C - Protocolo Escala de Soledad de Buenos Aires ESBA	iii
Anexo D - Protocolo Escala de Soledad UCLA.....	iv

INTRODUCCIÓN

En el mes de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara como pandemia a la enfermedad respiratoria conocida como SARS-CoV-2 (OPS, 2020), también llamada Coronavirus o Covid-19. A partir de esa declaración del organismo internacional, los gobiernos de los distintos países del mundo fueron tomando medidas preventivas, entre las que se destacó el “*aislamiento social preventivo y obligatorio*” (ASPO) (DECNU 297/2020, 2020), como un intento de detener los contagios. Esta medida fue bastante efectiva desde lo físico, pero no así en términos de salud mental, afectada por sentimientos como la incertidumbre, el miedo y la desesperación.

Con el paso de los meses, del aislamiento de las personas se pasó al distanciamiento entre las personas, como estrategia recomendada por la OMS para ralentizar la propagación de la enfermedad (Silva, 2020).

En este contexto, la imposibilidad de visitar a las personas mayores se fue transformando en una fuente de aislamiento y soledad. El vínculo social fue reducido a su más mínima expresión y en muchos casos desapareció.

La soledad es un fenómeno psicológico, personal y subjetivo, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que afecta el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto (Montero López Lena y Sánchez Sosa, 2001). Muchnik y Seidmann (2004) consideran que es parte de la condición humana, un fenómeno que está asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Los seres humanos viven en complejas redes de interacción social. Las relaciones permanentes como la pareja o la relación materno-filial, crean lazos y vínculos y permiten construir un sentimiento de continuidad, de protección y de seguridad.

Weiss (1983; citado en Montero López Lena y Sánchez-Sosa, 2001), dice que es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular. Ante esa ausencia el autor propone que para remediar la soledad procedente del aislamiento emocional (soledad emocional), se ha de tener cubierto el suministro social del apego, mientras que para hacerlo con la soledad procedente del aislamiento social (soledad social), se ha de tener cubierta la integración social (1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

La situación de pandemia y las medidas preventivas como el aislamiento o el distanciamiento, son situaciones nuevas, ante las cuales se requiere información, que se puede conseguir mediante investigaciones.

Las restricciones a las relaciones sociales aumentan el problema de soledad y aislamiento de las personas mayores y las consecuencias sobre la salud. Agravan los problemas ya existentes en este grupo etario.

Con esta investigación se pretende aportar información sobre los adultos mayores y el sentimiento de soledad. También sobre la situación objetiva y subjetiva, las dimensiones social y emocional de la soledad, lo que podría colaborar con otras investigaciones afines, continuando trabajos anteriores o sirviendo de base para nuevas líneas de investigación.

Para este trabajo se tomó como grupo poblacional los adultos mayores que residen en el distrito centro de la ciudad de Rosario. Se emplearon dos escalas de soledad: la Escala de Soledad de Buenos Aires ESBA (Auné, Abal y Attorresi, 2019) y la Escala de Soledad de California, UCLA (Valverde Mayol, Fragua Gil y García de Cecilia, 2016); también se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, construida para este trabajo, que se utilizó para caracterizar la muestra poblacional.

Al momento de realizada esta investigación, la pandemia estaba aún vigente, habiendo transcurrido once meses desde que fuera declarada y en situación de distanciamiento social, que se diferencia del aislamiento social declarado en un principio, en que se permite la circulación de las personas, respetando la distancia física entre ellas. Pasado este tiempo de vigencia de la situación sanitaria y social, debe ponderarse el acostumbramiento a las condiciones contextuales por parte de las personas. Algunos habrán podido adaptarse, mientras que otros tal vez no y estén en situación de vulnerabilidad ante las consecuencias negativas del distanciamiento social y la soledad.

Esta tesis se organizó de la siguiente forma:

- En la primera parte de la misma, el problema y los objetivos de la investigación.
- En una segunda parte, se expusieron los conocimientos actuales sobre el tema.
- En el capítulo siguiente se incluyen los aspectos teóricos que dan marco a la presente investigación.
- Seguidamente se detalló lo referido al aspecto metodológico del presente trabajo, incluyendo el diseño de la investigación, los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos.
- Se finaliza el trabajo con la presentación de las conclusiones.

TEMA Y PROBLEMA

Tema

La soledad en el adulto mayor en contexto de distanciamiento por Coronavirus

Problema

¿Qué características tiene el sentimiento de soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario en situación de distanciamiento por Coronavirus?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las características del sentimiento de soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario, en situación de distanciamiento por Coronavirus

Objetivos Específicos

- Caracterizar la dimensión social de la soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario, en situación de distanciamiento por coronavirus.
- Identificar la dimensión emocional de la soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario, en situación de distanciamiento por coronavirus.
- Analizar e interpretar el sentimiento de soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario, en situación de distanciamiento por coronavirus.

ESTADO DEL ARTE

En relación a la temática de la soledad, se han llevado a cabo investigaciones desde diferentes disciplinas científicas. De las investigaciones y artículos publicados en los últimos cinco años, se mencionan en este apartado aquellos considerados relevantes, en relación al tema abordado en el presente trabajo.

Los estudios citados, dan cuenta de la creciente importancia y del interés que ha suscitado para los investigadores, en los últimos años, el tema de la soledad. Los que se mencionan fueron recuperados de buscadores científicos como Redalyc, Scielo, Dialnet, de Google académico, organizados cronológicamente.

En el año 2016, se publicó un artículo titulado *“La soledad de los adultos mayores ¿un problema mayor?”*, autoría de Graciela Scarimbolo, que formó parte de una ponencia en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, en la Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires.

Se mencionan los cambios significativos que implica el envejecimiento, en lo familiar, laboral y social. Esos cambios implican replanteo y cuestionamiento acerca de cómo envejecer. Se habla de un posicionamiento acerca de la vejez y su correlato con la posición adoptada ante a los infortunios y cambios no deseados de la vida.

La autora expresa que la soledad acorta la esperanza de vida y que es un factor de riesgo, que se equipara en este sentido, a una enfermedad. Es fundamental la construcción de nuevos vínculos, de nuevas redes y que el adulto mayor pueda encontrar un lugar en el que se sienta mirado y escuchado desde otra perspectiva. Realza la importancia de que las personas mayores tengan conciencia sobre la realidad que atraviesan. Que reconozcan sus limitaciones y sus posibilidades, para poder ubicarse en su nueva realidad y poder planear nuevos proyectos.

Se propone la construcción de una nueva mirada sobre la vejez, donde se pueda envejecer siendo protagonistas, estando activo y participando, siendo productivo y enriqueciendo la propia vida y la de los otros. Es fundamental considerar las circunstancias socioculturales actuales, en que se tiende a desmentir y denegar que en algún momento se llega a ser viejo. Pareciera que la vejez fuera un período de la vida desdeñable, del cual es mejor no pensar ni hablar demasiado.

En esta etapa de la vida, si bien hay limitaciones, también hay posibilidades, en el sentido de la participación, la actividad, el enriquecimiento de la propia vida y la de los

demás. El intercambio con los pares facilita atravesar los cambios y las angustias y temores que pueden provocar.

Percibirse solo genera sentimientos de desamparo y vulnerabilidad, propiciando la aparición de enfermedades y trastornos corporales, el cuerpo habla de este modo. Muchas personas que están solas arman cuadros hipocondríacos porque la única manera que tienen de armar redes sociales, es a través de la enfermedad; que a veces le brinda al adulto mayor, la posibilidad de volver a ser protagonistas, ser mirados, ser tenidos en cuenta.

Hay algo que se puede prever. Se sabe que se va a jubilar, a enviudar, que los hijos estarán ocupados en sus vidas, Las redes se pueden ir armando desde antes, disminuyendo así la sensación de aislamiento y colaborando en eliminar obstáculos hacia nuevos proyectos. El intercambio generacional es de enriquecimiento mutuo y genera en los más jóvenes una nueva mirada sobre el adulto mayor.

El objetivo buscado en el artículo citado, fue proponer una nueva mirada sobre la vejez, el adulto mayor y la soledad. La propuesta no es sin fundamento, sino que es el resultado de investigaciones propias y de terceros que la autora menciona.

Otro trabajo recopilado, relacionado con la temática de la soledad en la tercera edad, es una tesis doctoral titulada *“La soledad en la vejez”*, del año 2017, que su autora, Raquel Lorente Martínez, llevó a cabo para la Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.

Esta tesis doctoral tuvo como objetivo principal, conocer el impacto de una intervención psicosocial sobre la soledad en la vejez, a través de un programa de acompañamiento.

Las personas que envejecen en solitario, según la autora, tienen más riesgos de sufrir soledad, experiencia psicológica que compromete su calidad de vida y su envejecimiento activo y saludable. En esta población, los factores psicosociales, como atribuciones causales, el control percibido y la participación social, determinan el desarrollo y mantenimiento de la soledad en la vejez y que las intervenciones para combatirla deben orientarse sobre dichos factores. Los hallazgos demuestran la influencia que tiene el modo de procesar la información del individuo en el desarrollo de la soledad, tal como se postula desde el Modelo de Discrepancia Cognitiva, de Peplau y Perlman (1979).

A partir de la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos, se pudo observar que el significado de la soledad y las atribuciones causales de la soledad

influyen en los resultados sobre la misma. Las personas que hacían de la soledad una interpretación positiva o neutra, se beneficiaron mejorando su soledad y/o el control percibido para manejar este sentimiento. Las personas que atribuían su soledad a factores internos y a factores controlables por ellos mismos también mejoraron su soledad y el control percibido. Se observó una mejora en la autoeficacia para envejecer, para manejar diversas áreas del envejecimiento (salud, cognitiva, física, socioemocional) y la autoeficacia para mejorar la soledad en la vejez.

La investigación arrojó varias conclusiones:

- La experiencia previa de soledad influye en los resultados, lo cual indica que debe tenerse en cuenta para el diseño de las intervenciones sobre la soledad.
- Las personas mayores prefieren no implicarse en actividades sociales a largo plazo, por lo cual las actividades de ocio y tiempo libre tienen que adaptarse a sus preferencias.
- La soledad es una experiencia compleja y su significado es particular en cada individuo. Los participantes del estudio distinguen tres dimensiones de la soledad: negativa, positiva y neutra.
- Se han identificado distintos perfiles atribucionales: los perfiles que atribuyen la causa de la soledad a factores externos, estables e incontrolables, conciben que esta circunstancia no es susceptible de ser cambiada por ellos mismos y experimentan soledad de manera constante. Los perfiles que atribuyen la soledad a causas internas o controlables, perciben control sobre la situación de soledad y no experimentan este sentimiento, o si lo hacen, es susceptible de ser cambiado por ellos mismos. Por lo que se puede concluir que existen perfiles atribucionales de la soledad que facilitan o protegen de la aparición de ese sentimiento en la vejez.

En cuanto a la articulación de distintos conceptos que guardan relación con el tema de la soledad, se cita un trabajo de final de grado, del año 2017, titulado *“Proceso de envejecimiento y vejez en relación con el sentimiento de soledad y las vicisitudes de la subjetividad”*, autoría de Dahiana Arévalo, para la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

El objetivo del trabajo fue la reflexión sobre la vinculación de la soledad con la vejez y lo que ella eventualmente implica, la construcción subjetiva del proceso de envejecimiento y vejez y la influencia que ejerce el contexto en dicho proceso.

La soledad es un constructo complejo y para su comprensión la autora toma como punto de apoyo el enfoque del curso de la vida y la perspectiva de la psicogerontología, como así también los aportes de la perspectiva psicoanalítica y la cognitiva. Se considera que la soledad es un fenómeno multifactorial, que implica aspectos personales singulares en cada sujeto y transcurren a lo largo de la vida y que van a estar condicionados histórica y culturalmente.

Respecto al adulto mayor, dice que la vivencia interna de la soledad, remitirá a componentes de la personalidad, a los modos en que el sujeto la elabora en el transcurso de su vida, pudiendo acentuarse con la enfermedad. Condicionado todo por la época, la cultura y los estereotipos de la vejez impuestos.

El proceso de envejecimiento genera demandas en materia de salud y desafíos al bienestar y calidad de vida de la población envejecida. Sin embargo ocasionalmente, la aparición de la enfermedad puede ser el vehículo que le permita al sujeto mitigar el sentimiento de soledad.

La perspectiva de la psicogerontología tiene como objeto de estudio la complejidad del fenómeno del envejecer, atendiendo al ser envejeciente, desde el momento mismo en que este ser existe como ser biopsicosocial, como sujeto deseante. La riqueza de esta perspectiva es que repara en el estudio de la subjetividad del ser que envejece, la influencia del contexto y los cambios históricos y culturales además de los biológicos, sociales y psicológicos.

El enfoque del curso de la vida o trayecto de vida, se opone a la expresión ciclo de vida, por la consideración de ciclo a la manera de ciclo biológico. El curso de la vida, pretende alejarse de ese modelo, considerándolo simplista, puramente biológico y descuidando lo propio del ser humano, que consiste en su carácter psicológico, social e histórico.

La perspectiva psicoanalítica permite abordar una pregunta que guía el desarrollo del trabajo: ¿el sentimiento de soledad es innato o se trata de una construcción social?, además, ¿puede definirse una etiología del sentimiento de soledad?

En este apartado del estudio se menciona a Melanie Klein, quien dentro del campo psicoanalítico fue la primera que se ocupó del sentimiento de soledad. También menciona a Donald Winnicott que, si bien no se refiere al sentimiento de soledad en sí, habla de “estar solo”, que se trata de una capacidad, una habilidad, que se aprende.

La perspectiva cognitiva habla de la soledad como un fenómeno multidimensional, que comprende aspectos de la personalidad, de interacción social y de habilidades conductuales. Depende de la interpretación que el sujeto haga de la situación que está atravesando, para que la carencia afectivo-social y/o física que reconozca, sea valorada como una situación negativa o como una oportunidad de autoconocimiento.

Según la autora, la soledad ha sido considerada como un mal de la vejez, asociada con un aumento de problemas de salud. Paradojalmente, la enfermedad en algunos adultos mayores, oficia de vehículo para el investimento de cuidados y afectos por parte de la familia o seres queridos y así mitigar la soledad o el temor a sentirse solos.

Como reflexión final, en el trabajo se propone problematizar aquello que se establece socialmente como esperado en la vejez. Se pregunta si la soledad es un mal propio de la vejez o si en realidad encubre los estereotipos de la vejez que impone la cultura.

Desde el abordaje del trabajo social, en relación al tema de la soledad, se cita un estudio de fin de grado, del año 2019, titulado *“La soledad en las personas mayores, a veces invisible: un estudio empírico desde el trabajo social”*, autoría de Javier Núñez Castaño, para la Universidad de Valladolid, España.

Una investigación sobre la soledad social percibida por un grupo de 60 personas mayores de 65 años residentes en la provincia de Valladolid, en entorno rural y urbano. Se utilizó como instrumento, la Escala ESTE II de Rubio y Pinel (2010, citado en Núñez Castaño, 2019). El objetivo del estudio fue comprobar si existe sentimiento de soledad en las personas mayores diferenciando si viven en residencia comunitaria, entorno rural o urbano.

Se obtuvo una conclusión novedosa, ya que en el mismo no aparecen sentimientos de soledad y no es porque la soledad no esté presente, sino porque es un tema oculto, que algunas personas quieren invisibilizar y preservar sus sentimientos.

Durante la etapa de envejecimiento se producen una serie de cambios en las personas mayores, que pueden facilitar la aparición de sentimientos de soledad. El envejecer es un aspecto positivo, no obstante, puede tener un significado negativo, cuando trae consigo sentimientos de soledad. Puede deberse al debilitamiento continuo de los apoyos familiares, sociales y culturales. La persona mayor se convierte en una persona más

frágil debido a su edad, frente a las enfermedades y esto le provoca inseguridad y desprotección.

Existen evidencias de que la soledad no deseada en las personas mayores actúa como un factor de riesgo de: deterioro cognitivo, demencia, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, pérdida de movilidad, pérdida de autoestima, depresión y mortalidad temprana.

Con el trabajo citado pudo observarse que hay diferencias entre las visitas a las personas mayores en relación a vivir en residencia o en su domicilio. Las que viven en su domicilio reciben más visitas. El sentimiento de soledad está presente en el 51 % de las personas. Y se menciona especialmente, la ocultación de los sentimientos de soledad en las personas mayores, del que el autor habla como un problema invisible que no se quiere manifestar.

Sobre el sentimiento de soledad en la etapa de la vejez, se cita un estudio de posgrado en Gerontología, del año 2019, titulado “*Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez*”, autoría de Ivannia Fonseca Céspedes, para la Universidad de Costa Rica.

Este estudio se refirió a la importancia de definir la soledad desde varias posturas, lo que daría respuesta al interrogante: ¿Qué lleva a las personas adultas mayores a sentirse solas? En la búsqueda de respuesta, se trabajó integrando dos temas: la salud percibida durante la adultez mayor y las diferencias que el género establece con respecto a la percepción de soledad.

La autora postula en su trabajo que la soledad puede ser vista desde distintas aristas: mientras que en el contexto europeo se asocia mayormente con independencia, en el entorno latinoamericano se considera como un factor de riesgo. La vivencia del sentimiento de soledad es distinta tanto culturalmente como de persona a persona.

Sobre la soledad, la mayoría de los autores que se citan en el estudio, coinciden en que se trata de un fenómeno universal de carácter biológico y que la cultura juega un rol importante, influyendo en las expectativas de las personas con respecto a la cantidad de conexiones sociales que deben tener.

Las causas que llevan a una persona adulta mayor a vivir sola o bien a sentirse sola, se asignan a factores como la muerte del cónyuge o a una red social reducida, por fallecimiento de amigos o falta de oportunidades de integrarse a la sociedad. Se hace

referencia al cambio demográfico, relacionado con el envejecimiento de la población, la baja natalidad, la urbanización de las áreas rurales, el uso de las nuevas tecnologías y las relaciones virtuales y también la salida del hogar de los hijos. Estos factores influyen en las personas mayores, vivan solas o con familiares.

Las características de la personalidad y el nivel socioeconómico, se incluyen caracterizándolos como factores de riesgo. En el otro extremo, como recursos protectores se postulan un alto nivel educativo y un alto ingreso económico.

Se concluye primeramente que el proceso de socialización diferenciado para hombres y mujeres influye en la vivencia de soledad. Hay además una gran afectación si la forma en que se vive la soledad es impuesta o voluntaria. La influencia de la cultura es un factor que debe destacarse con respecto a la vivencia de soledad. Mientras que en Latinoamérica una persona mayor que vive sola se le considera como un factor de riesgo, en España se sienten bien con esa situación y no se relaciona con riesgo.

El factor socioeconómico aparece como un elemento importante que puede facilitar o entorpecer la vivencia de la vejez y la soledad. La cultura, el momento sociohistórico, el nivel socioeconómico, la salud y el género influyen en la percepción de soledad en las personas mayores.

Finalmente, la autora concluye que es necesario adoptar una postura sobre las personas mayores y la soledad. Ya sea para comprender y apoyar a aquellas personas adultas mayores que deseen vivir solas y mantener su independencia; o bien, prevenir el sentimiento de soledad en aquellas que sientan temor a la soledad y en ese caso, buscar soluciones viables compartidas.

La pandemia de coronavirus es un tema de actualidad. Hay trabajos en curso y algunos ya finalizados. De las investigaciones que ya se han publicado, se cita una titulada *“La salud de las personas adultas mayores durante la pandemia de Covid-19”*, del año 2020, autoría de un grupo de cinco investigadores mexicanos de diferentes ciencias: medicina, gerontología, salud pública; publicado en la revista Journal, de España (Vega Rivero, Ruvalcaba Ledezma, Hernández Pacheco, Acuña Gurrola y López Pontigo, 2020)

Un trabajo de revisión sistemática de artículos indexados, cuyo objetivo fue analizar la situación de las personas adultas mayores, ante la problemática del nuevo coronavirus y compilar medidas de prevención para la protección de este grupo etario vulnerable.

Los autores consideran que la principal razón para este trabajo de revisión es la alta relevancia del tema y el análisis de la salud de los mexicanos, las inequidades y desigualdades sociales y en especial los grupos vulnerables.

La búsqueda del material para revisión se hizo a partir de palabras clave: adulto mayor, medidas preventivas, coronavirus, pandemia. Los principales ejes de análisis son la relación de la situación económica y laboral, la salud y los factores de riesgo generales para la población y específicos para las personas adultas mayores.

Para los autores del artículo citado, la discriminación por edad (el viejismo o edadismo), es un acontecimiento importante, que no solo refuerza el estereotipo de fragilidad y falta de autonomía que pesa sobre las personas, sino que también involucra la forma en la que es brindada la atención de los servicios de salud.

Para prevenir y proteger a las personas adultas mayores se han tomado medidas específicas. Las acciones para la atención y prevención de las personas adultas mayores además de la protección física contra la infección por virus, deben brindar salud mental y apoyo psicosocial.

Entre los resultados del estudio, se mencionan los principales factores de riesgo hallados: la edad avanzada, las comorbilidades presentes, los padecimientos demenciales y también factores sociales como la discriminación por edad y los estereotipos en relación a la dependencia y fragilidad de este grupo poblacional..

En el artículo se concluye que dentro de los grupos vulnerables ante la pandemia de Covid-19, los adultos mayores son los más susceptibles de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves. Los documentos analizados avalan la necesidad de crear medidas preventivas y de cuidado para este grupo etario y vencer la barrera edadista sobre la atención y necesidades de las personas mayores.

Los adultos mayores conforman el grupo de mayor impacto negativo por el Covid-19, su vulnerabilidad ante esta pandemia proviene de su edad, de la situación económica, laboral y enfermedades asociadas a su edad. Su soledad le confiere mayor riesgo, ya que deben salir a buscar sus víveres, de no apoyarlos, el impacto en su salud será indudablemente negativo.

Un aspecto relevante en los trabajos de investigación, es el referido a los instrumentos utilizados para la recolección de datos. En este sentido, se cita una tesis de grado, titulada *“Revisión sistemática del análisis de instrumentos que miden la soledad en adultos y*

adultos mayores”, del año 2020, autoría de Angulo Ramírez y Márquez Jiménez, para la Universidad Cesar Vallejo de Perú.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar a través de la validez y confiabilidad, los instrumentos encargados de medir la soledad en los grupos etarios mencionados. Asimismo, se buscó con este estudio, identificar los instrumentos comúnmente utilizados para medir la variable soledad y determinar el fundamento teórico más empleado en dichos instrumentos.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de la construcción y desarrollo de un instrumento para medir la variable soledad, que cumpla con todos los aspectos éticos referidos a la metodología de investigación científica.

Para esta investigación, se considera que la soledad se manifiesta en distintas etapas de la vida del ser humano, pero es en la etapa de la vejez donde prevalece su aparición y existencia, como así también su intensidad. Es por eso considerada un problema específico de las edades avanzadas. En cuanto al sentimiento de soledad, se lo considera vinculado al estado de aislamiento social, que es definido como un estado en el que hay poca o ninguna participación en eventos sociales o carecer de contactos.

Los investigadores dejaron planteada la necesidad e importancia de contar con instrumentos idóneos para medir la soledad en la población adulta y adulta mayor. Esto permitiría brindar una adecuada intervención por parte de los profesionales en la materia, para su prevención y para la mejora en la calidad de vida de esa población.

Planteada la necesidad, surge luego el interrogante acerca de cuál sería el instrumento más adecuado para medir la soledad en estos grupos etarios. La respuesta surgió a partir de los resultados obtenidos, que hicieron posible conocer el instrumento más idóneo, favoreciendo la creación de estrategias apropiadas para la prevención y promoción de una mejor calidad de vida.

Para lograr el objetivo, se recurrió al análisis documental, durante el cual se recopilaron investigaciones primarias, para ser estudiadas y analizadas extrayendo información relevante. Pudo comprobarse mediante esta tarea de análisis, que España es el país que más se ha interesado por el estudio de la variable soledad en la población adulta y adulta mayor, seguido por Brasil. Y el campo que más estudia la variable soledad, es el campo de la psicología.

Los instrumentos han sido evaluados en su mayoría en la categoría de adulto mayor, lo que indica una mayor prevalencia e intensidad en este grupo etario. También se señala un

interés mayor en investigar a este sector poblacional, dado que presenta características tales como enfermedades físicas propias del ciclo vital, que en muchos casos imposibilitan y aíslan al adulto mayor.

Respecto al fundamento teórico utilizado en cada investigación, el estudio revela que el más utilizado, como referencia, es el modelo cognitivo de Jong Gierveld. Se observa además que en general no presentan un marco teórico específico, sino la reunión de definiciones realizadas por diversos autores.

Los investigadores concluyen que las escalas de soledad más empleadas en distintos países son la Escala de Soledad UCLA y la Escala de Soledad de Jong Gierveld. La escala UCLA presenta niveles adecuados de confiabilidad y validez, sin embargo, carece de un fundamento teórico de soporte. La Escala de Jong Gierveld cuenta con sustento teórico, pero presenta observaciones en a la estructura factorial.

Las investigaciones están mayoritariamente orientadas hacia la población adulta mayor, manifestando la poca importancia que se le da a la presencia de este sentimiento en etapas más tempranas del desarrollo. Los instrumentos de medición carecen de un soporte teórico que brinde una explicación acerca de la presencia y desarrollo de esta variable en la población.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I - Contexto actual

Disposiciones oficiales Nación y Provincia

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, luego de que el número de personas infectadas por Codiv-19 a nivel global llegara 118.554 y el número de muertes a 4.281, afectando hasta ese momento a 110 países.

El gobierno argentino consideró que la velocidad en el agravamiento de la situación epidemiológica a escala internacional, requería la adopción de medidas inmediatas para hacer frente a la emergencia. Ante esa situación sancionó el decreto 297/2020 (2020), por el cual dispuso el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO), a partir del 20 y hasta el 31 de marzo de 2020, pudiéndose prorrogar el plazo de vigencia por el tiempo que se considere necesario, en atención a la situación epidemiológica (DECNU 297/2020, 2020).

Esta reglamentación nacional, dispuso que las personas debieran permanecer en sus lugares de residencia o en el lugar en donde se encontrasen a partir de las 00 horas del día 20 de marzo de 2020. Durante la vigencia del ASPO se suspendió la realización de toda actividad que requiriese la concurrencia de personas, ya sea cultural, escolar, comercial o de otra índole. Y se estableció un listado de actividades declaradas esenciales, exceptuadas del cumplimiento del ASPO. El ministerio de seguridad tuvo a su cargo el control permanente en rutas, vías y espacios públicos, accesos y demás lugares considerados estratégicos, para garantizar el cumplimiento del “aislamiento social, preventivo y obligatorio.

La provincia de Santa Fe, al igual que el resto de las provincias, adhirió a la disposición del Poder Ejecutivo Nacional, mediante el decreto 2070 (2020).

Pandemia, epidemia, brote epidémico

El Ministerio de Salud de la Nación (2020), menciona y diferencia tres términos:

a) *epidemia*: muchas personas de una región o país se infectan al mismo tiempo con una enfermedad, por ejemplo, la gripe durante la época invernal;

b) *brote epidémico*: es la aparición de una epidemia en un área geográfica reducida y durante un corto lapso de tiempo;

c) *pandemia*: es una epidemia que se extiende en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro.

ASPO: aislamiento social, preventivo y obligatorio

Es una medida excepcional que el gobierno nacional argentino adoptó en un contexto crítico. Para proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus, el gobierno dispuso que todas las personas que habitan o se encuentren temporalmente, en las jurisdicciones donde rige esta normativa, deberían permanecer en sus domicilios habituales, pudiendo realizar solamente desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. La modalidad en cuanto a la administración del aislamiento se adecuó a la realidad propia de las distintas jurisdicciones del país. Las autoridades provinciales y locales tuvieron la posibilidad de solicitar excepciones al aislamiento, para determinadas personas o actividades, siempre dentro del cumplimiento de los protocolos sanitarios (Ministerio de salud, 2020).

Medidas no farmacológicas

Las medidas no farmacológicas que se fueron adoptando, comprendieron medidas de protección personal, medidas medioambientales, medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con el tránsito internacional. Las razones de salud pública que justificaron medidas de distanciamiento social, estuvieron en relación con la reducción de la exposición con personas infectadas con el virus causante del covid-19 (OPS, 2020).

Las medidas de distanciamiento social se aplicaron: a) *a las personas*: aislamiento de casos y cuarentena de los contactos; b) *a la comunidad*: segmentos específicos de la población, como el confinamiento en sus hogares de las personas mayores; c) *a toda la población*: por ejemplo, el cierre de todos los negocios no esenciales (OPS, 2020).

Aislamiento, Distanciamiento y Cuarentena

Se trata de una nueva entidad patógena. La del coronavirus es una epidemia que se extendió en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro. La OMS recomendó

adoptar medidas drásticas y atacar en conjunto la proliferación del virus, así como el distanciamiento social, que se presentó como una estrategia para reducir el contacto cercano entre las personas y frenar la propagación del virus (Silva, 2020).

El aislamiento y la cuarentena fueron medidas restrictivas tomadas para proteger la salud, seguridad y bienestar de la población, con objetivo fundante: prevenir, limitar y en lo posible, evitar la transmisión de un agente infeccioso. El aislamiento es aplicable a las personas que cursan una enfermedad contagiosa, quienes son separadas del resto de sus congéneres hasta que se considere que están fuera de la etapa de contagio.

El distanciamiento social es el distanciamiento físico, el respetar un espacio mínimo establecido por la autoridad sanitaria entre las personas fuera de sus casas, en ambientes laborales o de transporte esencial. Esta práctica fue promovida como una manera de ralentizar la propagación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus (Schuchat, 2020; citado en Silva, 2020).

El distanciamiento promovido, fue siempre referido a lo físico y no psicosocial en sentido estricto. Lo esencial fue la separación física, la distancia corporal, pero de ninguna manera esto debía implicar la pérdida de otros nexos de comunicabilidad psicosocial.

La cuarentena es una herramienta que se utiliza con aquellas personas que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa, pero no enfermas o que no hayan evidenciado indicadores de constatación diagnóstica. Estas personas son separadas de otras durante un período variable y lo más frecuente, es que se mantengan en sus casas, para evitar la posible propagación de enfermedades a otras personas. Suele ser vivida como una experiencia desagradable, ya que implica separación de los seres queridos, con restricción de su libertad, incertidumbre acerca del futuro personal, hastío y aburrimiento (Silva, 2020).

Una cuarentena es considerada exitosa dentro de un contexto de salud pública cuando se puede reducir a su mínima expresión los efectos que pueden asociarse a ella. Las consecuencias psicopatológicas de mayor entidad que pueden darse en contexto de cuarentena/aislamiento, pueden ubicarse dentro del denominado daño psíquico. Se podría considerar la experiencia de la cuarentena como el tiempo para comprender los alcances que la irrupción del virus, está cobrando en la actual subjetividad de las personas. Puede considerarse también que la extrema e inédita particularidad presente en días de forzada cuarentena, se corresponde con una suspensión del instante de ver, dicho en otras palabras, “estamos todos viendo a ver qué pasa” (Silva, 2020).

En relación a las personas mayores

El Ministerio de Salud de la Nación (2020) recomienda que los adultos mayores, dado que se encuentran dentro del llamado grupo de riesgo, deben mantenerse fuera de circulación en forma preventiva y además, es muy importante el acompañamiento de familiares y/o personas cercanas.

En este grupo etario el aislamiento es muy complicado, según expone Miriam Rozenek, especialista en tercera edad (2020; citado en Ministerio de salud, 2020), por lo que hay que hablar de aislamiento físico y no de aislamiento social. Se debe atender a la distancia física, pero sin dejar de ocuparse de los adultos mayores.

A partir de la situación de pandemia, se comenzó a alentar el uso de las nuevas tecnologías para la comunicación y el mantenimiento de los vínculos. La profesional antes citada, señaló como importante el hecho de tener determinadas actividades que marquen ritmos y ayuden a su vez, con los ritmos biológicos, como por ejemplo, peinarse, vestirse, hacer las cosas de la casa en determinados horarios; hacer actividad física dentro del hogar.

El adulto mayor hace síntomas que no se presentan en adultos jóvenes y pueden además, presentar poca fiebre o nada. Las personas del entorno deben estar alertas a cambios en las características de la salud física del adulto mayor (Rozenek, 2020; citado en Ministerio de Salud, 2020)

Repercusiones

La pandemia actual amplifica las desigualdades sociales preexistentes y tendrá consecuencias en el largo plazo. La interrelación entre la educación, el nivel de ingresos y la salud, terminará por delimitar el impacto del Covid-19 sobre las generaciones futuras, según Guido Neidhofer (2020), investigador senior y miembro del Programa de las Naciones Unidas para Latinoamérica:

- Las pérdidas educativas, que están directamente asociadas con el cierre de las escuelas, afecta la formación de los estudiantes de los distintos niveles educativos. El aprendizaje desde casa, a través del uso de internet, es una medida paliatoria pero no suficiente.
- La pérdida de empleo de los padres, a causa del cierre de numerosas empresas, afecta la distribución de ingresos y afectará a las generaciones venideras, por ejemplo, en cuanto a los recursos disponibles por sus familias, para su educación.

- La salud es otro de los sectores de incidencia de la pandemia. La posibilidad de supervivencia luego del contagio, depende de la situación individual de cada persona infectada.

El aislamiento y el cierre de escuelas, tendrán impacto en las desigualdades sanitarias y alimenticias, especialmente en los niños, pues para muchos de ellos las escuelas son su medio de acceso a una alimentación balanceada y a servicios de salud (Neidhofer, 2020).

En el plano subjetivo

En el plano subjetivo se atraviesan momentos de padecimiento, malestar en la cultura capitalista, hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de normas reguladoras de los vínculos. Las costumbres se ven transformadas, efecto de pesadilla, un golpe que desorienta, ante todo esto, se impone la falta de comprensión y de saber que hacer (Schor Landmann, 2020).

La misma autora recién citada, expresa que el coronavirus es una enfermedad orgánica en sí misma, pero al mismo tiempo es un agravio para el sujeto que cree ser amo del mundo, agravio a la superioridad, a ser soberano en la propia casa. Se está en el campo del no saber, de incertidumbre, saber que no se sabe y queda el interrogante sobre el después que puede venir acompañado de miedo y angustia. Es tiempo de tener en cuenta el límite a los odios, métodos privilegiados para romper vínculos y propiciar el individualismo.

En este momento, el sujeto: ni amo, ni superior, ni soberano. Sujeto partido en su estado de urgencia subjetiva y social, tiempo del trauma. Desprovisto de respuestas posibles acordes a su circunstancia para que puedan apaciguar su sufrimiento. Interesa lo traumatizante en el sujeto a raíz de una catástrofe colectiva, la pandemia de coronavirus; desamparo, fragilidad de lazos, desprotección de las instituciones, pérdida de la calidad de ciudadano, procesos de segregación.

La experiencia inédita que atraviesa la humanidad, tiene la particularidad de lo contingente. Aún no se deja universalizar, ni estandarizar, ni programar. Muchas voces intentan explicar lo inexplicable, argumentos tranquilizadores que operan como falso verdadero (Schor Landmann, 2020).

Capítulo II - Adulto Mayor

Persona mayor

La convención interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores define como “persona mayor” o “persona adulta mayor”, a las de sesenta años o más. Como concepto y como categoría social, la persona mayor, presenta una trayectoria dilemática. A lo largo de la historia han transitado un camino sinuoso plagado de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que decidieron la posición estratégica de la vejez en las sociedades occidentales. En los últimos años, la evolución científica y técnica, ha permitido incrementar la calidad de vida de la población, con el consiguiente crecimiento de la expectativa de vida de las personas. Puede decirse que el siglo XXI es el siglo de la toma de conciencia etaria (Dabove, Fernández Oliva y Nawojczyk, 2017)

En el trabajo de estos autores citados, publicado en sitio oficial del Ministerio de salud, expresan que si bien la expectativa de vida de las personas ha aumentado, en lo referido a la calidad de vida, esta no es alcanzada por todos los seres humanos en las mismas condiciones. Una ambivalencia ante la cual los ancianos constituyen un grupo especialmente vulnerable, padeciendo situaciones múltiples de discriminación. El capitalismo de consumo exalta a los sujetos fuertes marginando a los sujetos débiles, como las personas mayores, los que resultan a veces excluidos del sistema. La vejez está asociada a una idea de decadencia, de ocaso.

Las personas mayores constituyen un grupo aislado dependiente e inactivo, que recibe asistencia del resto siempre y cuando, no implique amenaza al bienestar de los otros. Los viejos ocupan el lugar que en la sociedad le conceden las generaciones más jóvenes. Considerar a la ancianidad como colectivo diferenciado en virtud de su especificidad biológica, histórica y cultural, propicia un análisis de la vejez y de las “vejeces”, que pone al descubierto la discriminación y el abuso que padecen a diario los viejos (Dabove, Fernández Oliva y Nawojczyk, 2017).

Al conceptualizar a la vejez es importante atender a los cambios psico-físicos, que inevitablemente tienen lugar en la persona que envejece y también las consideraciones socioculturales de la edad: que significa y como se envejece en un momento y lugar determinados; cual es el rol o la función que la sociedad de jóvenes atribuye a las personas de edad; cuales son las conductas sociales que se espera de los ancianos y a su vez, las

conductas sociales hacia los ancianos (Martínez y Morgante, 1998; citado en Dabove et al., 2017).

Cambios fundamentales a realizar

Funcionarios y expertos nacionales e internacionales, reunidos en Buenos Aires en ocasión del Primer Foro Argentino por el día Internacional de las Personas Mayores, en el año 2018, llamaron a realizar cambios fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Argentina, uno de los países con más alto índice de envejecimiento de la región (OPS Argentina, 2018).

En este encuentro, Maureen Birmingham (2018; citado en OPS Argentina, 2018), representante de la OMS/OPS en Argentina, explicó que las personas mayores son pilares de la sociedad, tienen conocimiento y sabiduría, esto sustenta la necesidad de cambiar la forma en que concebimos el envejecimiento.

La persona mayor es una persona distinta a la que se debe tratar de manera distinta. Ignorar la diversidad resulta ser una importante injusticia. El anciano debe ser pensado como vulnerable. El mundo económico no necesita a las personas mayores porque no producen y además la ancianidad es costosa por los medicamentos y cuidados que se requieren. Y además necesitan mucho el afecto y eso los hace vulnerables, postuló Ciuro Caldani (2018; citado en OPS Argentina, 2018), considerado el padre de los derechos de las personas mayores en el país.

La importancia del autocuidado

Según la OMS/OPS (2014), Argentina se caracteriza por ser uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, por la mayor cantidad de años que logran vivir sus habitantes en la actualidad y esto supone un desafío para que este tiempo sea disfrutado con calidad. Para esto es importante el autocuidado, a través de acciones tendientes a ello.

La proporción de personas mayores de sesenta años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario en casi todos los países y esto es debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad (OPS Argentina, 2014)

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito desde las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico. Al mismo tiempo constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad

funcional de las personas mayores, como así también su participación social y su seguridad. La OMS y la OPS elaboran y difunden publicaciones para hacerles llegar a los adultos mayores herramientas con consejos para que puedan tomar mejores decisiones en beneficio de su salud. Envejecer no es sinónimo de enfermedad y hay hábitos que permiten tener una vida más saludable (Jaroslavsky, 2014; citado en OPS Argentina, 2014).

Envejecimiento

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la transición demográfica que se genera a partir de los cambios en la fecundidad, en la mortalidad y en las migraciones. Es un proceso de cambio en la estructura etaria de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas en edades avanzadas y la disminución de peso relativo de los más jóvenes. Es una situación diferente en cada persona que lo transita (Fiorito, 2018).

Envejecer conlleva pérdidas biológicas y también otros cambios: cambios de roles, de posiciones sociales y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Es una etapa en la que hay mayor concentración en menos cantidad de actividades, pero más importante de metas y actividades. Algunos cambios dan cuenta de la adaptación a la pérdida, otros reflejan desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que podría estar asociado con la adquisición de nuevos roles y puntos de vista (OMS, 2015)

La OMS (2015) plantea que el envejecimiento es un proceso valioso, aunque frecuentemente, complejo y que las personas mayores hacen muchas contribuciones a la sociedad. Para esta organización internacional, el envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La vejez

La vejez se ha biologizado reduciéndola solo a su dimensión somática, siendo que los seres humanos no son solo biología, sino también sistemas psíquicos y sociales. La fragilidad en los otros ámbitos no es lo mismo que la fragilidad psíquica. Hay personas que pueden tener una tremenda fragilidad física, pero con una gran fortaleza psicológica, por lo que no se puede igualar fragilidad física con fragilidad psicológica (Thumala, 2020; citado en Escobar, 2020).

Hay un fenómeno extendido socialmente que es el de infantilización a la población mayor. Esto es una forma de maltrato y se plasma cuando, por ejemplo, los hijos dan

órdenes a sus padres, los controlan excesivamente o no consideran su opinión ni sus principales preocupaciones. Se les priva también de su derecho a decidir de forma autónoma. Decidir por ejemplo sus formas de autocuidado en un contexto de pandemia (Osorio, 2020; citado en Escobar, 2020).

En nuestra cultura hay una tendencia a sobrevalorar la juventud y desvalorizar el envejecimiento y la vejez. Esto lleva a menudo a conductas negadoras y maníacas frente al paso inexorable de los años y a una dificultad para aceptar los cambios y ajustes propios del proceso. Renunciar a ciertas cosas, correrse de lugar, revisar el rol en el contexto intergeneracional, forman parte del buen envejecimiento (Schwarcz, 2020).

Concepción social del adulto mayor

En muchos casos la adultez mayor no es vista como un período por el que los individuos en algún momento de sus vidas han de transitar. El título “adulto mayor”, cobra un significado cargado de connotaciones negativas, donde el uso de términos peyorativos se basa en la desvalorización, desautorización y estigmatización de este grupo etario.

El sujeto que envejece, debe enfrentarse a una serie de contradicciones: a) el cuerpo se deteriora inevitablemente, más allá de cualquier tipo de cuidado; b) sufre mayor deterioro en relación a la función o no función que el sujeto considera que tiene en la sociedad (Pulizzi, 2008).

Adultos mayores y autoimagen

Desde la perspectiva del interaccionismo simbólico la autoimagen o imagen de sí mismo, que tiene el sujeto sobre su persona, incorpora las imágenes que tienen los otros hacia él. Si se clasifica a los individuos a través de rotulaciones sociales, el sujeto que pasó a ser parte de una categoría connotada socialmente, asumirá la conducta pautada por el estereotipo en el cual entra (Pulizzi, 2008).

La autora citada expresa que las connotaciones negativas que existen en la sociedad con respecto al envejecer, le asignan un valor negativo a este hecho natural. Además, como la imagen que tiene el sujeto de sí mismo, está vinculada con la imagen que él cree poseen los demás de él, el mismo adulto mayor adopta posiciones de automarginación y autodesprecio.

Sobrevienen cambios en cuanto a la concepción de las relaciones sociales, que tienden a reducirse notoriamente. Ya no existen los vínculos laborales que antes de la

jubilación, se entendían como socializadores. Los vínculos familiares se modifican en torno a los cambios naturales que se van acaeciendo en el seno de la familia, casamientos, nacimientos, divorcios, entre otros.

Según Muchinik (1984; citado en Pulizzi, 2008), los cambios a los cuales debe adaptarse el sujeto que envejece, suponen quiebres con los sistemas de valores que orientan su accionar. Estos valores constituyen la personalidad y son la base de su autoestima. El sujeto que envejece y debe abandonar sus roles adultos, sufre una discontinuidad estresante. El adulto mayor debe comprender el mundo que le toca vivir y encontrar un nuevo rol para desempeñar y posteriormente, adaptarse a él.

Desde el psicoanálisis

Mannoni (1992; citado en Iacub, 2015), señala:

El derrumbe psíquico de ancianos enfermos, aislados o mal tolerados por su familia o por la institución, se debe a que en su relación con el otro, la persona de edad ya no es tratada como sujeto, sino solo como un mero objeto de cuidados. Su deseo ya no encuentra anclaje en el deseo del Otro. En su relación con el otro, el anciano instala juegos de prestancia y oposición de puro prestigio. La rebeldía es la única manera de hacerse reconocer y la forma en la que puede subsistir una posibilidad de palabra. No preparados para vincularnos con las personas de edad, nuestra sordera nos quita recursos para que vuelvan a arrancar como sujetos deseantes.

Iacub (2015) hace su interpretación acerca de las palabras de la autora citada, entendiendo que frente a la posibilidad de “ya no ser nada para el otro”, aparecen otras alternativas por fuera de los marcos del deseo, que llevan experiencias gozosas, que no refieren al disfrute, sino a un tipo de relación al otro por vía del padecimiento (Iacub, 2015).

La persona se aferra a las vías del displacer, ante su imposibilidad de poder poner en palabras la vivencia de un presente en el que el sujeto ya no encuentra su lugar. La mirada del otro, en lugar de servirle de soporte, lo fragmenta (Mannoni, 1992; citado en Iacub, 2015).

Capítulo III - Soledad

Origen y definiciones

El término surge a principios del siglo XIII, refiriendo a la situación de una persona que está sola de manera momentánea o permanente y asociado al aislamiento, abandono y separación. No presenta una connotación sistemática negativa. La soledad es una emoción de desesperanza, tristeza, abandono, pérdida y también de goce y creación. No existe estado fisiológico ni conductual característico, sino una situación de expectativa, una ausencia que genera un estado de ansiedad difusa. Las personas que se consideran solas, creen estar más aisladas de lo que deberían estar, estas personas perciben carencia. Por el contrario, quienes manifiestan estar aislados, tal como lo esperaban, no se sienten solos (Muchnik y Seidmann, 2004).

La soledad es un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto (Montero López Lena y Sánchez Sosa, 2001).

Muchnik y Seidmann (2004) consideran que es parte de la condición humana, un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Los seres humanos viven en complejas redes de interacción social, que crean el contexto ecológico fundante de la identidad humana. Las relaciones permanentes como la pareja o la relación materno-filial, generan expectativas conocidas, crean lazos y vínculos y permiten construir un sentimiento de continuidad, de protección y de seguridad.

Héctor Fernández Álvarez (1995; citado en Muchnik y Seidmann, 2004) plantea que los seres humanos eligen alguna de estas alternativas para ubicarse frente a la experiencia dolorosa de la soledad. Es el modo en que organizan su experiencia de sentirse solos y evocan:

- a) *el paraíso perdido*: extrañan algo que perdieron. Tienen la sensación de extrañamiento, desesperación, que lleva a la desorganización personal si no encuentran lo que buscan o algo que lo sustituya.
- b) *el naufragio*: al que fueron arrojados en su soledad. La búsqueda de refugio es una defensa del mundo. Es una actitud paralizante, un repliegue sobre sí mismo.
- c) *la desnudez del alma*: sensación de estar vacíos sin necesitar un alimento general. Desarrollan acciones para encontrar unión en el espíritu, solos o con otros, unidos en función espiritual.

Diferentes autores han propuesto su definición del concepto, entre ellos Nicolaisen y Thorsen, (2014; citado en Pinazo Hernandez y Bellegarde Nunes, 2018) afirman que la

soledad 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 u otra característica sociodemográfica. Las personas de diferentes edades pueden experimentar la soledad y los factores que se asocian a este sentimiento pueden cambiar de acuerdo con el grupo de edad al que uno pertenece.

Cacioppo y Patrick (2008; citado en Pinazo Hernandiz y Bellegarde Nunes, 2018) se refieren a la soledad como un dolor social que puede ser comparable al dolor físico. Así como los dolores físicos surgen para protegernos de los peligros físicos, para estos autores, también la soledad se manifiesta como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados. Una forma 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 rotos.

Aspecto positivo y negativo de la Soledad

La mayoría de las definiciones que se pueden encontrar sobre el concepto de soledad, lo asocian con una experiencia negativa. Sin embargo hay otros autores que postulan que la soledad podría ser algo positivo.

Según el existencialismo, la soledad es positiva cuando resulta de una elección propia de pasar cierto tiempo solo y se caracteriza por ser una oportunidad para reflexionar, comunicarse con Dios y comprenderse a sí mismo. La soledad puede ser positiva, gracias a ella podemos tener crecimiento personal (Pinazo Hernandiz y Bellegarde Nunes, 2018).

Con referencia a la evaluación subjetiva de la soledad, los autores Jong Gierveld y Raadschelders (citado en Montero López Lena y Sánchez Sosa, 2001) proponen que a la soledad se le pueden identificar dos aspectos: uno positivo y uno negativo. Un aspecto positivo, cuando es entendida como una oportunidad para reflexionar, para comunicarse con Dios o con uno mismo y como un medio para fortalecer el carácter individual mediante el uso de cierto tiempo para aislarse. Un aspecto negativo, que ha recibido mayor atención y ha generado con ello, una tradición de investigación.

En la clínica psicológica

En este ámbito científico, la soledad se manifiesta en los trastornos de ansiedad, en la depresión y en las patologías sociales. Se trata de una apreciación subjetiva, es decir que la persona se siente sola. Los seres humanos enferman cuando fracasan en la forma de

manejar su soledad. Se trata de un fenómeno complejo multidimensional, psicológico y a la vez psicosocial y un producto sociocultural. Corresponde en una época determinada, al sistema de valores y al modelo de relaciones interpersonales (Muchnik y Seidmann, 2004).

Aspectos importantes

La soledad según Cutrona (1982; citado en Fernández, Muratori y Zubieta, 2013) presenta tres aspectos importantes:

- a) refiere al déficit percibido por la persona, que puede ser cuantitativo (no hay relaciones) o cualitativo (las relaciones que hay, no son satisfactorias);
- b) tiene un carácter subjetivo ya que es el propio individuo el que decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no;
- c) constituye una vivencia o sentimiento negativo asociada a sentimientos de depresión, ansiedad, insatisfacción e infelicidad

Aportes de Investigadores referentes

Las investigaciones empíricas sobre la soledad, comenzaron en los años 70 y 80 del siglo pasado, motivadas por varios factores sociales, tales como las altas tasas de divorcio, la gran cantidad de personas que vivían solas y el aumento de la viudedad en la vejez (Shaver y Brennan, 1992; citado en Pinazo Hernandez y Bellegarde Nunes, 2018).

Un recorrido por el aporte de diferentes autores, que han trabajado en relación a este concepto, pone de manifiesto la dificultad en encontrar una definición única y definitiva para el constructo soledad.

Robert S. Weiss

A principios de la década del 80 del siglo pasado, postuló que la soledad es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular (1983; citado en Montero López Lena y Sánchez-Sosa, 2001).

Para este investigador de la soledad, los individuos tienen necesidad de bienestar que sólo pueden ser cubiertas por sus relaciones y que estas relaciones deben ser diferentes y variadas, con el objeto de mantener al individuo sano. Se trata de una respuesta a la ausencia de un sentimiento social particular o de un conjunto de ellos, por lo que este investigador propuso que para remediar la soledad procedente del asilamiento emocional (soledad emocional), se ha de tener cubierto el suministro social del apego, mientras que

para hacerlo con la soledad procedente del aislamiento social (soledad social), se ha de tener cubierta la integración social (1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

El concepto en estudio, refleja una evaluación subjetiva de la satisfacción actual y de los niveles esperados con las relaciones que se mantienen. Es una evaluación global de las relaciones a través de todas las necesidades de suministros sociales. Weiss (1973; citado en Rubio Herrera, 2007) sugirió que las personas solitarias, podrían estar más sensibilizadas y vigilantes a estímulos externos. La soledad produce una exagerada sensibilidad a estímulos mínimos y una tendencia a minusvalorar o exagerar las intenciones afectivas u hostiles a los demás.

Peplau y Perlman

La soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente cualitativa o cuantitativamente. Estos autores identificaron tres características comunes de la soledad: a) es el resultado de deficiencias en relaciones interpersonales; b) es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social; c) es una experiencia estresante y displacentera (Montero López Lena y Sánchez-Sosa, 2001).

Las definiciones de la soledad, se derivan en gran parte, de la naturaleza de los déficits interpersonales. Así pueden identificarse carencias afectivas y cognoscitivas. Las carencias afectivas están asociadas con la necesidad de intimidad y/o apego, en tanto que los déficits cognoscitivos, están vinculados con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo (Montero López Lena y Sánchez-Sosa, 2001).

La escases cuantitativa y objetiva de relaciones sociales, no conduce inevitablemente a la soledad. En la percepción de la soledad, influyen la evaluación subjetiva de las relaciones (Auné y Attorresi, 2019).

Jenny de Jong Gierveld

Propone un modelo multidimensional de la soledad, que pone el 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 remarca la importancia de las percepciones e interpretaciones personales de la red de relaciones sociales.

Para resolver la soledad, es de mayor relevancia la calidad que la cantidad de contactos. Asume que no hay efecto directo entre el número de contactos sociales y la soledad (Montero López Lena y Sánchez Sosa, 2001).

La soledad es un fenómeno multidimensional compuesto por tres dimensiones: a) *la carencia o privación*: es la base del concepto y se refiere a los sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad; b) *la perspectiva del tiempo*: el individuo percibe su soledad, sea como algo inmutable o como algo que puede ser tratado y extinguido; c) *aspectos emocionales*: que acompañan a la soledad, tales como la tristeza, la melancolía, la culpa, la frustración, la vergüenza y la desesperación (Pinazo Hernandiz y Bellegarde Nunes, 2018).

Isidro, Vega y Garrido

Definen la soledad como un sentimiento desagradable, vinculado a un desequilibrio en la percepción de las relaciones establecidas con los demás, determinado por la falta de confianza del individuo en su capacidad para afrontar las situaciones que pueden llegar a generarle soledad.

Estos autores incorporan un elemento en el estudio de la soledad: *la autoeficacia*. Es un factor importante para el afrontamiento de la soledad, pues representa la preparación psicológica necesaria para iniciar intercambios sociales y mantener esos contactos. Cuando la persona se siente ineficaz, autolimita el abanico de situaciones potenciales, evitando y rechazando participar en aquellas actividades sociales que podrían permitirle sentirse menos solo, de lo cual deriva un comportamiento de aislamiento físico y social. Al no esforzarse ni perseverar cuando una relación no resulta como espera o surgen dificultades, se refuerza su experiencia de soledad (Rubio Herrera, 2007),

María Montero y López Lena, Juan José Sánchez Sosa

Estos autores en un trabajo en conjunto (2001), conciben a la soledad como un fenómeno con tres características esenciales: a) es multidimensional: involucra aspectos de la personalidad, de interacción social y de habilidades conductuales; b) es un fenómeno subjetivo y potencialmente estresante: depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación que está viviendo y pueda ser evaluada como negativa o como una oportunidad de autoconocimiento; c) es secuencial: puede estudiarse como un proceso que tiene antecedentes, manifestaciones y consecuencias.

Muchinik, Seidmann

La soledad es una experiencia desagradable diferente al aislamiento social, que también es desagradable. Refleja la percepción individual subjetiva de deficiencias cuantitativas (no tener suficientes amigos) o cualitativas (carencia de relaciones íntimas con otros) en la red de relaciones sociales. Manifiesta una serie de experiencias, un núcleo emocional que aúna una serie de sentimientos distintos, que involucran pérdidas o abandono, carencia o ausencia de otros significativos.

No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Se trata de la intensidad y la satisfacción en la relación emocional con otra persona, incluso más que tener cien relaciones superficiales con otros. Por soledad propiamente dicha se entiende el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario, de no estar relacionado significativamente o de manera próxima con alguien.

La realidad subjetiva de la soledad procede de la construcción de significados personales. Las personas se implican permanentemente en representarse activamente a sí mismas frente a los demás y ante sí mismas en imágenes y narraciones. Narrarse de cierta manera es justificarse ante sus ojos y ante los demás. Cambios sociales y culturales estructurales, modifican las formas de sociabilidad.

El debilitamiento de los vínculos familiares, la fragmentación de los lazos interpersonales termina por acarrear un riesgo para la salud física y mental y menoscaban la capacidad de afrontamiento ante la crisis. Este fenómeno afectará especialmente al imaginario social de los viejos (Muchinik y Seidmann, 2004).

John Cacioppo

Profesor de psicología de la Universidad de Chicago y uno de los principales expertos sobre la soledad en Estados Unidos, considera que se trata de un problema de salud pública, que se relaciona directamente con la salud y el bienestar y sigue siendo definido por muchos actores sociales incluidos los adultos mayores, como un problema específico de la vejez (Cardona Jiménez, Villamil Gallego, Henao Villa, Quintero Echeverri, 2013).

La soledad o aislamiento social autopercibido refiere a la experiencia subjetiva angustiante que resulta de las discrepancias entre las relaciones sociales deseadas y las existentes. La sensación de estar excluido de los grupos sociales pone más vulnerables a los individuos predispuestos genéticamente, generando respuestas cognitivas y conductuales

para la autoprotección, incluidas las respuestas fisiológicas (Cacioppo y Hawkey, 1981; citado en Auné y Attorresi, 2019).

José Carlos Bermejo

Desde la gerontología, Bermejo (2007) expresa que la soledad surge de la tendencia inmanente de todo ser humano, a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, aparece la vivencia de estar incompleto y la desazón que deriva de ello. El ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación, tanto sea para la subsistencia, como para lograr la intimidad. La soledad se nutre de una sensación de vacío y la experiencia de una “falta de algo” que se necesita, o aparece cuando el sujeto no halla a un “otro” afín con el que completarse.

Hay en el ser humano una tendencia al encuentro, a la relación vital y significativa con los demás, para ocupar sus espacios vacantes previstos para el destino de su ser relacional. Por eso cuando una persona busca a alguien y descubre la faltante de alguien disponible, que nadie satisface sus necesidades, que a nadie importa o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío. Cuando la persona comprueba que no tiene opción para establecer ese contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita, entonces aparece la soledad. Se produce un déficit relacional o de valor en las relaciones que conforma la experiencia desagradable (Bermejo, 2007).

Si bien la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un impacto emocional importante; sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor marginación social, creencias de ser rechazado, etc. Es una condición de malestar emocional, que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, físicas o intelectuales y para lograr la intimidad emocional. Es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia (Bermejo 2007).

Aproximaciones teóricas

La conceptualización de la soledad como constructo psicológico, se ha realizado desde distintas aproximaciones teóricas. A continuación se citan cuatro enfoques que se

consideran fundamentales. Un trabajo de recopilación que forma parte de una tesis doctoral que aborda el tema de la soledad en la vejez.

Aproximación Teórica Existencial

Los representantes de este enfoque abordan la soledad desde la normalidad e incluso, destacan las bondades de esta experiencia para lograr la autorrealización personal.

Se entiende que la soledad es una experiencia propia del ser humano que no se puede eludir puesto que, aunque puede ser una experiencia dolorosa, a su vez, se considera necesaria para el descubrimiento y el crecimiento personal (Karnick, 2005).

Víctor Frankl (referido en Karnick 2005; citado en Lorente Martínez, 2017) habló de la experiencia de los prisioneros de los campos de concentración nazi que, estando totalmente solos, lucharon para encontrar en su soledad, el significado de sus vidas, bajo circunstancias horribles.

El psicólogo humanista Moustakas (1972; citado en Lorente Martínez, 2017), describió la soledad como un estado elegido del ser que incluye la soledad angustiosa de la soledad existencial, es decir, un estado que implica estar solo con los demás, la naturaleza y el universo. La soledad implica la confrontación y el encuentro con uno mismo.

Montero López Lena y Sánchez Sosa (2001) se refieren a la condición ontológica de la soledad, en tanto que el ser humano tiene como condición de vida la permanente contradicción entre la separatividad física y la necesidad de vinculación.

Aproximación Teórica Interaccionista

Desde esta perspectiva se entiende que las personas tienen necesidades sociales que se deben satisfacer y se propone que la soledad surge a consecuencia de una reducida red social y de la falta de figuras íntimas de apego (Donaldson y Watson, 1996; citado en Lorente Martínez, 2017).

Robert S. Weiss (1973, citado en Lorente Martínez, 2017) principal representante de esta perspectiva, definió la soledad como la deficiencia de la necesidad básica de relaciones íntimas que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no están satisfechas.

Desde este enfoque, Rook (1984, citado en Lorente Martínez, 2017) entendió la soledad como una condición de malestar emocional que ocurre cuando la persona se siente distanciada, incomprensida o rechazada por otros, cuando siente que no tiene los contactos sociales adecuados que faciliten la integración social y la intimidad emocional.

Por su parte, Killen (1998, citado en Lorente Martínez, 2017) se refirió a los efectos negativos de la soledad sobre las personas y la definió como una condición de sentimientos angustiosos, deprimentes y de desapego que soporta una persona como consecuencia del vacío que produce una insatisfecha vida social o emocional.

Aproximación Teórica Cognitiva

Desde este enfoque la soledad es un estado que depende en gran medida de cómo responde la persona a la experiencia de la soledad. El acento está puesto en el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la experiencia de soledad (Tzouvara, Papadopoulos y Randhawa, 2015; citados en Lorente Martínez, 2017).

El mismo autor sostiene que esta aproximación tiene fundamento en teorías cognitivas que explican la experiencia humana y describe el desarrollo de la soledad teniendo en cuenta aspectos situacionales, ambientales, comportamentales y de la personalidad del individuo.

Los principales representantes de este enfoque son Peplau y Perlman, de quienes ya se han citado conceptos y conclusiones en el presente trabajo. Expresan que desde este enfoque, se hace referencia a una deficiencia que nota el individuo, recurren a la subjetividad de la experiencia de la soledad, que está mediada por los procesos cognitivos.

Young (1982; citado en Lorente Martínez, 2017) define la soledad como la percepción de la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, acompañada de malestar psicológico, que está en relación con la carencia percibida.

Jong Gierveld (1998; citado en Lorente Martínez, 2017), describió a la soledad como una situación vivida por el individuo en la que hay una falta desagradable o inadmisible de determinadas relaciones. Puede ser una cantidad inferior a la deseable, o no haber logrado la intimidad deseada. Implica la manera en que la persona percibe, experimenta y evalúa su aislamiento y su falta de comunicación con otras personas.

Aproximación Teórica Psicodinámica

Con fundamento en las teorías de Freud, para quien los conflictos desarrollados durante la infancia y la niñez, forman la personalidad adulta y predicen estrategias de afrontamiento futuras.

La soledad se considera un estado patológico con base en las dificultades para crear relaciones interpersonales (Donaldson y Watson, 1996; citado en Lorente Martínez, 2017)

Sullivan (1953; citado en Lorente Martínez, 2017) describió la soledad como una experiencia desagradable, relacionada con insatisfacción de la necesidad humana de intimidad y de establecer relaciones interpersonales.

Para Fromm Reichmann (1959, citado en Lorente Martínez, 2017) cualquier individuo puede sentirse solo. Afirmaba que el anhelo de intimidad interpersonal que se mantiene con otros seres humanos ocurre a lo largo de la vida y está siempre presente la amenaza que supone perder esa intimidad.

Remarcando al carácter patológico de la soledad, Birren y Sloane (1980, citado en Lorente Martínez, 2017), la describieron como un estado mental sintomático de la neurosis, con origen en una vida interior que dificulta a una persona mayor solitaria, formar relaciones.

Dimensiones y tipos de soledad

Soledad objetiva y subjetiva

Rubio Herrera (2007) destaca la falta de unanimidad entre los autores, sobre la conceptualización de la soledad, pudiendo ser considerada como un constructo unidimensional o multidimensional.

No es lo mismo estar solo, que sentirse solo. A partir de esta situación, se diferencian dos dimensiones de la soledad: dimensión objetiva (estar solo) y dimensión subjetiva (sentirse solo). Estas dos dimensiones establecen diferentes formas de experimentar y definir la soledad (Rubio Herrera y Aleixandre, 2015).

a) La soledad objetiva: Se refiere a la falta de compañía y no siempre implica una vivencia negativa, sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora. Estar solo implicaría el aislamiento social, la carencia de redes sociales. Todas las personas necesitan pasar tiempo a solas, que es propicio para conseguir ciertos objetivos. La soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas y esto abarca también a las personas mayores (Rubio Herrera, 2009).

b) La soledad Subjetiva: Sentirse solo es algo más complejo y paradójico, porque puede ocurrir que se experimente estando en compañía. Es una experiencia subjetiva que se produce cuando no hay satisfacción con las relaciones existentes, o cuando estas no son suficientes como se espera. Tiene su propio umbral, dependiendo entre otras cosas, del tipo de personalidad o de los valores culturales que se han interiorizado. Sería el nivel mínimo de contacto social que una persona necesita tener, para evitar esta experiencia subjetiva.

Esta dimensión de la soledad es la que padecen las personas que se sienten solas, independientemente de que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social. Nunca es una situación buscada (Bermejo, 2007).

Soledad social y soledad emocional

Según Robert S. Weiss (1973; citado en Rubio Herrera, 2007) este constructo está compuesto por dos dimensiones: soledad social y soledad emocional. La soledad no está solo en función de la subjetividad de la persona, sino que también depende de factores situacionales, por lo que distingue estos dos tipos de experiencia de soledad, que se caracterizan por sentimientos y comportamientos distintivos:

a) *Soledad Social*: referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, es decir, ausencia de una red social satisfactoria. Produce aburrimiento, exclusión, hastío y ausencia de propósito. La soledad social resulta de la carencia de un sentido de pertenencia a la comunidad debido a la falta de asociación a un grupo social cohesivo, supone aburrimiento y sentimiento de marginalidad y solo puede ser remediada por el acceso a una red social satisfactoria (Weiss, 1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

b) *Soledad emocional*: deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura de apego. Indica una carencia de cercanía o intimidad, de una relación íntima y cercana. La persona experimenta ansiedad, inquietud y vacío, debido a la ausencia de figuras afectivas, por lo cual, esta situación se alivia con el establecimiento de una relación de apego satisfactoria (Weiss, 1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

Soledad crónica, situacional y transitoria

En cuanto a la dimensión temporal de la soledad, Young (1982; citado en Fernández, Muratori y Zubieta, 2013), identifica tres tipos:

a) *Soledad crónica*: dura dos o más años y es el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias.

b) *Soledad situacional*: surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos el sentimiento de soledad es temporal y el individuo lo supera en el momento en que acepta su pérdida.

c) *Soledad transitoria o pasajera*: es la forma más habitual y se caracteriza por episodios cortos de sentimientos de soledad.

Soledad asentada, tardía y en descenso

Analizando la soledad que se da en la etapa más tardía de la vida, pueden diferenciarse tres tipos de soledad (Víctor, Scambler, Bowling y Bondt, 2005; citado en Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018): a) *Soledad asentada*: sigue a un estado ya establecido hace tiempo. Influido por factores de la personalidad por patrones de conducta y relaciones interpersonales que se repiten a lo largo de la vida. b) *Soledad de inicio tardío*: como respuesta a las pérdidas normativas que se producen en la vejez (viudedad, pérdida de funcionalidad). c) *Soledad en descenso*: cuando el nivel de soledad disminuyó en la vejez comparado con los años previos.

Soledad y Solitariedad

Según Unamuno (citado en García Férez, 2004), hay una soledad más intensa que aquella que provoca la ausencia de personas o cosas, se trata de la soledad absoluta, la completa, la verdadera soledad, que consiste en no estar ni siquiera consigo mismo.

Sentirse solo es la sensación que más preocupa y padecen los mayores, porque supone la soledad física y el apartamiento personal de los demás, (familia, amigos, sociedad, etc.). La soledad física suele llamarse aislamiento, mientras que lo otro tiene una connotación de sentimiento o conciencia de soledad, es la “*solitariedad*”. Se diferencia del aislamiento, donde hay faltante de presencias humanas cercanas y que es un hecho social (García Férez, 2004).

No requiere carencias de otros seres, se da la vivencia de encontrarse sin nadie más que uno mismo, independientemente de que haya alguien más o menos cercano; se trata de un hecho personal. Para su solución requiere algo más que acompañamiento y presencia, exige que esa presencia sea de auténtico encuentro humano, sentirse acompañado y lleno de sentido. Dan sentido la presencia de alguna persona querida, ideas y pensamientos positivos, entre otras tantas circunstancias.

En la vejez se dan ambos tipos: solitariedad y aislamiento. Una como señal de abandono y desamparo de los demás y la otra como indicador de vacío o algo que llene la intimidad. Tanto en su sentido positivo, cuando la soledad es buscada, como en su sentido negativo, cuando es impuesta y forzada, deberá ser canalizada y afrontada para que pueda vivirse sanamente (García Férez, 2004).

Las autoras Muchnik y Seidmann (2004) plantean que las personas difieren en cuanto a disfrutar o padecer de soledad por aislamiento. Algunas disfrutan y maximizan su

tiempo en soledad, declinando expectativas en la relación con otros. Si ocurrieron fallas en la construcción del apego, pueden llevar tanto a la dificultad de quedarse solo, como al desarrollo de una conducta de desapego, que las autoras denominan: “el solitario”.

La falta de la capacidad para estar solo, puede tomar dos formas: a) *la evitación de la soledad*: para evitar la situación displacentera de estar solo, por lo tanto se buscan contactos sociales, para romper el aislamiento; b) *el refugio en la soledad*: como una estrategia para la protección frente a rechazos sociales reales o imaginados (Muchinik y Seidmann, 2004).

Soledad en las personas mayores

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta el adulto mayor en alguna etapa de su vida. Este estado de ánimo puede darse a cualquier edad, sin embargo este grupo etario de la población es el que más lo sufre. Puede ocurrir por varias razones: cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas; por viudez, ante la pérdida de la pareja de toda la vida; el abandono de la propia familia.

En un contexto de soledad la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo física y emocionalmente y perder toda motivación por la vida (Palacios Echeverría, 2016).

Este mismo autor, agrega que las consecuencias psicológicas de la soledad pueden llevar al adulto mayor desde el aislamiento hasta la psicosis. Para los ancianos en general la soledad es una situación no deseada ni buscada y muy personal, es decir lo que para una persona puede ser una situación más o menos aceptable, para otra puede ser tremendamente angustiada. La vejez es uno de los momentos en los que más fácil se puede experimentar la soledad.

La soledad de los mayores es una de las situaciones de vulnerabilidad, marginación y posible exclusión, vivida por un numeroso grupo de personas, que debido a la fragilidad en la que se encuentran, difícilmente reclamarían por la satisfacción de sus necesidades ni provocaría una crisis social como lo harían otros grupos (Bermejo, 2007).

“Los viejos” como grupo, no padecen significativamente la soledad, exceptuando al grupo mayor de 80 años. Peplau y Perlman (citado en Muchinik y Seidmann, 2004) consideran que la disonancia cognitiva disminuye porque se achica la diferencia entre los niveles de contacto social deseados o necesitados y los reales. La cantidad de contactos

sociales declina con la edad, pero también lo hace el nivel deseado de los mismos, situación que protegería a “los viejos” de experimentar soledad.

Los ancianos tienden a considerar sus relaciones de mejor calidad que los jóvenes. Vínculos más íntimos, más satisfactorios, previenen contra la soledad. Hay situaciones objetivas entre los adultos mayores, que están asociadas con el fenómeno de la soledad y con el bienestar físico y psicológico: mala salud, bajos ingresos, dificultades de traslado, pérdida de autonomía, vivir solos (Muchnik y Seidmann, 2004).

En el campo de las personas mayores se considera a la soledad como uno de los problemas más importantes, habiéndose catalogado como la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez (Toumier 1961, citado en Rubio Herrera, 2007).

Los estudios sobre la soledad en mayores han oscilado desde planteamientos que analizan la soledad objetiva y sus consecuencias (Seligman, 1975; citado en Rubio Herrera, 2007), a planteamientos que consideran a la soledad como un mecanismo de defensa (Myerson, 1980; citado en Rubio Herrera, 2007).

Con el paso de los años, las personas pueden experimentar algunas crisis, que Bermejo (2007) describe como crisis asociadas al envejecimiento:

- 1) *Crisis de identidad*: por las pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa, que pueden deteriorar la autoestima, porque aumentan la distancia que el anciano percibe entre su yo ideal y su yo real.
- 2) *Crisis de autonomía*: por el deterioro del organismo y las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de actividades de la vida diaria.
- 3) *Crisis de pertenencia*: por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole, permitían adoptar en el tejido social.

La toma de conciencia de esta triple crisis que tiene lugar durante el proceso de envejecimiento, puede permitirles a los adultos mayores, hacerse cargo de la experiencia de soledad, que puede ser vivida como una muerte social, una muerte del significado de la presencia en el mundo, dada por el cuestionamiento de la propia identidad, de la propia autonomía y del propio ser en el mundo (Bermejo, 2007).

Factores que favorecen la soledad en personas mayores

La soledad en las personas mayores es una realidad que se ve favorecida por distintos factores, que la psicóloga e investigadora española Castro Blanco (2015), en una ponencia

para un congreso, agrupa en dos tipos o dos dimensiones: los externos y los internos o personales.

Factores externos

- a) *La jubilación*: significa un cambio en el rol social y un cambio o una pérdida en las relaciones con las personas de contacto diario.
- b) *Fallecimiento de la pareja u otros familiares*: pérdida de apoyos afectivos importantes y además implica aprender a vivir sin compañía
- d) *La disminución y/o pérdidas de las relaciones de amistad*: por fallecimiento, por problemas de salud y por las limitaciones propias y de las otras personas, que pueden dificultar y distanciar los encuentros, incluso perder el contacto.
- e) *Los traslados de vivienda*: en busca de mayores comodidades (ascensor, un barrio, etc.), o para vivir con familiares de apoyo. Supone salir de una comunidad de vecinos con la que se han tenido vínculos importantes.
- f) *Los problemas de salud*: dificultan el salir a la calle o participar en actividades y círculos de relación en los que se estaba hasta ese momento.
- e) *La situación familiar*: estar lejos de los familiares cercanos, tener mala o ninguna relación con ellos.
- f) *Envejecer siendo cuidador de otra persona*: la tarea del cuidado implica riesgo de soledad por dos motivos: 1) es absorbente y obstaculiza el mantener las relaciones fuera del hogar; 2) el proceso de enfermedad altera la relación anterior entre esas dos personas.
- g) *Los cambios sociales*: falta de tiempo, individualismo y cambios en las estructuras familiares, impregnan la actual forma de vida y conforma circunstancias que dificultan el establecer y mantener relaciones satisfactorias protectoras contra la soledad.

Factores internos o personales

- a) *La forma personal de entender las relaciones y las expectativas sobre ellas*: en ocasiones cambia lo que se espera de las relaciones. La creencia de que los demás tienen una serie de obligaciones hacia uno, genera insatisfacción y el riesgo de soledad.
- b) *La forma de ser y el comportamiento*: dificultan fomentar y mantener relaciones satisfactorias. La falta de dedicación por cuidado a sus relaciones, lleva a perderlas.
- c) *La pérdida de ilusión y de perspectivas de futuro*: promueve el estar menos activos y reducir los esfuerzos por estar con otras personas y cuidar de las relaciones.

d) *No pedir y/o no admitir la ayuda de otras personas*: para evitar que los familiares se sientan culpables, para no expresar una vivencia que puede ser entendida como un fracaso, o por tratar de no molestar.

e) *Creer que la edad es algo que viene dado y contra lo que no se puede hacer nada*: justifica actitudes pasivas y falta de esfuerzo ante el problema, que lo convierten en una situación crónica.

Soledad y Aislamiento en adultos mayores

En el caso de los adultos mayores se llega al aislamiento por diversos factores, que dependen de diferentes variables: a) *el comportamiento*, tanto de los mayores, que pueden preferirlo antes que pagar el precio de la relación; como de las familias, que pueden delegar el cuidado de los mayores; b) *factores sociales*, que llevan al aislamiento por la imagen que se tiene de la vejez, como etapa improductiva y desvalorizada; c) *factores psicológicos*, en especial el “Síndrome de Diógenes”, la actitud de algunas personas mayores que se aíslan voluntariamente y se abandonan en los autocuidados; d) *factores de salud*, que pueden generar dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio (López, 1994; citado en Bermejo, 2007).

Hay personas mayores que se podrían considerar como aisladas (con pocas relaciones sociales aparentes) pero que subjetivamente no se consideran así y están plenamente satisfechos de unos cuantos contactos muy dilatados en el tiempo, pero intensos en vivencias (Rubio Herrera y Aleixandre, 1997; citado en Bermejo, 2007).

Según las autoras Muchnik y Seidmann (2004) el aislamiento se refiere a aspectos objetivos de estar separado de otros, la pérdida de la comunidad. También existe “estar solo”, como situación objetiva en que la persona se encuentra real y vivencialmente y que es transitoria y no penosa. Hay dos tipos de aislamiento, que están relacionados al concepto de soledad: el aislamiento social y el aislamiento emocional. El emocional se define como una deficiencia en la intimidad y en los apegos en la red social actual. El social es una deficiencia en la integración social y en la afirmación de valor de la red social actual.

Aislamiento social

Surge como consecuencia de la ausencia de comunidad, de una falta de vínculos sociales significativos, de un grupo de amigos con quienes compartir intereses y actividades comunes. También en otras situaciones como mudanzas, migraciones, cambios sociales,

desclasamiento, un nuevo ambiente social, una nueva ciudad, trabajo, escuela. La persona no se siente “a tono” con los demás, ni parte de un grupo de amigos, nada en común con los demás. En la situación de aislamiento, la persona experimenta emociones características, como enojo, aburrimiento, irritabilidad y vulnerabilidad (Muchinik y Seidmann, 2004).

Es un fenómeno de la sociedad de masas contemporánea, que se deriva de la fragmentación de la experiencia y del aumento del individualismo, que destruye los vínculos comunitarios de sostén. Se consideró al aislamiento social como una situación de fondo que predispone la aparición del sentimiento subjetivo de soledad.

Una solución posible para la soledad por aislamiento social, es tener una estrategia comunitaria, ya que es en esta área donde se produce básicamente el déficit. Destacar el valor de la persona en el grupo social le provee una identidad pública, mejora su autoestima y se reasegura su posición en el presente, con mayor autoafirmación (Muchinik y Seidmann, 2004).

Desde la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM), se menciona la importancia de que los adultos mayores tengan un alto protagonismo en el seno de la sociedad. El aislamiento social es un problema grave y habitual en la vejez. Muchos ancianos sienten falta de compañía, afecto y apoyo, que se agrava por la ausencia de relaciones sociales de calidad. Esto genera un aumento en el retroceso mental e inmunitario durante esta etapa de la vida, a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores (FIAPAM, 2016).

Aislamiento emocional

La experiencia subjetiva de soledad por aislamiento emocional es el sentimiento de no estar cerca de nadie, de ser incomprendido por los demás. Este tipo de soledad está relacionada con el sentimiento de que uno comparte pocas cosas con otros, que no pertenece al grupo de amigos. En estas situaciones se requiere una estrategia referida al pasado, trabajando la capacidad de establecer vínculos afectivos con los demás, los patrones básicos de su personalidad o de rasgos de conducta (Muchinik y Seidmann, 2004).

Distinguir entre Soledad y Aislamiento

Mientras que la soledad es una experiencia subjetiva de insatisfacción con la cantidad y/o calidad de las relaciones con otras personas, el aislamiento es una situación objetiva de

inexistencia de relaciones sociales y de contactos con otros (Montalbán y Rodríguez Moreno, 2017).

El aislamiento social es la ausencia involuntaria de contactos sociales. La soledad desde una perspectiva subjetiva, alude a la manera de experimentar interiormente esa falta de interacciones sociales (Díez Nicolás y Morenos Páez, 2015).

La diferencia entre estar solo, estar aislado y sentir soledad es clara, aunque estos conceptos estén íntimamente relacionados. El individuo puede estar solo y no experimentar sentimientos de soledad, algo que se hace de manera voluntaria. El aislamiento social está motivado por la necesidad o la pretensión del individuo de poseer vínculos con otras personas, aunque sin éxito. El aislamiento desde la elección es “estar solo” y desde la obligación favorece la aparición de la soledad, como una emoción negativa y de vacío interior (Díez Nicolás y Morenos Páez, 2015).

Uno de los principales expertos sobre la soledad en Estados Unidos, John Cacioppo (2010, citado en Palacios Echeverría, 2016) no habla tanto de la soledad como aislamiento físico, sino de la sensación subjetiva de aislamiento. Las personas mayores que viven solas no deberían sentirse solas, si permanecen socialmente comprometidas y disfrutan de la compañía de quienes le rodean. Aunque hay que ponderar algunos aspectos del envejecimiento como la ceguera y la sordera, que ponen a las personas en un riesgo especial de aislamiento y soledad.

Soledad, aislamiento y pulsiones

El aislamiento y la soledad en las personas mayores, no son necesariamente subproductos de la vejez, sino más bien, una consecuencia de haber tenido esa tendencia durante los años anteriores. Puede ser transitorio y le puede ocurrir a cualquiera ante momentos traumáticos profundos de la vida.

En la vejez, existen para la persona aislada, factores que implican riesgo: hacer efectiva su marginación social, alguna enfermedad invalidante, la partida del hogar de los hijos, la dificultad de entendimiento con ellos o el dolor que provoca el abandono definitivo de un ser querido, la desaparición de la pareja, las dificultades económicas (Cabetas Hernández, 2016).

El hombre o la mujer que envejece en la actitud del “prefiero no” del solitario, se siente marginal, en relación a los adultos contemporáneos. Con la edad hay dificultades

para adaptarse a nuevas metas, a los cambios sociales y ante la desorientación, se responde con la marginación.

La actitud de aislamiento, indiferencia, el “prefiero no” sistemático, es pulsión de muerte, es agresiva respecto de la vida y amenaza de la vida orgánica y psíquica del sujeto. Está en oposición a la pulsión de vida, que desde el principio, viene ligada al otro, al objeto. Como ser social, la vida del sujeto con pulsión vital está ligada a objetos (seres o proyectos), que están investidos de energía (Cabetas Hernández, 2016).

Con pulsión vital el tiempo pasa rápido y no lento, que es síntoma objetivo de aislamiento. La persona mayor coherente evita el aislamiento tras un proceso traumático y la elaboración consiguiente del duelo, le permite irse readaptando.

La vejez no conlleva siempre aislamiento y soledad, sino que en ciertos casos se llega a mayor sin haber solucionado a lo largo de la vida, una situación traumática infantil de vacío existencial. El sujeto queda susceptible a las desorganizaciones en el futuro. La desvitalización del inicio de su vida, lleva a avanzar en años sin poner el afecto en las relaciones, dando lugar a un vacío psíquico permanente, un sentimiento constante de aislamiento y soledad.

No es una cuestión de edad: el responder a las dificultades con predominio de la pulsión de vida o de muerte, depende de cada personalidad ante cada reto (Cabetas Hernández, 2016).

Capítulo IV - Sentimiento de soledad

El sentimiento de soledad puede definirse como la distancia interior que una persona percibe, en relación a los otros. Una experiencia subjetiva, que puede ocurrir aun estando rodeado de personas (Salinas, 1947; citado en Bail Pupko, 2014)

Otros autores referentes en el estudio del sentimiento de soledad, introducen el concepto de *grado de satisfacción*, que evidencia la subjetividad de la soledad, que depende de la percepción de una persona, acerca de su relación con los demás (Peplau y Perlman, 1979; citado en Bail Pupko, 2014).

Berger y Luckmann (1986; citado en Bail Pupko, 2014) expresan la importancia de otros significantes en la construcción del self. Estos autores consideran que la identidad es el resultado de lo objetivamente atribuido y lo subjetivamente asumido.

Hay que diferenciar el sentimiento de soledad del hecho de vivir solo, porque suelen tratarse como sinónimos cuando no lo son siempre. El sentimiento de soledad tiende a estar

más presente en personas que viven solas. No todas las personas que viven solas presentan este sentimiento, muchas viven solas como una elección y no como una consecuencia (Hernán Montalbán y Rodríguez Moreno, 2017).

El sentimiento de soledad no es producido por aislamiento social, por falta de vínculos con otros, puede surgir de la percepción de deficiencias en relaciones actuales íntimas o provenir de las dificultades en la historia de los vínculos tempranos (Muchinik y Seidmann, 2004)

La aparición y/o mantenimiento de este sentimiento, depende de factores relacionados con la evaluación subjetiva, que hace el individuo que la sufre, sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (De Jong Gierveld, 197; citado en Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018).

Este sentimiento surge en aquellos casos donde el aislamiento social es impuesto desde afuera, lo que obliga a la persona a vivir sola, contrariando sus deseos. Ahora bien, cuando el aislamiento social es algo voluntario, no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro, 2010; citado en Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018).

En cuanto a la duración del sentimiento, es mucho más dura la soledad permanente (sentimiento de larga duración) que surge, por ejemplo, cuando una persona se queda viuda y no se tienen hijos; que aquella vivida en situaciones puntuales, cuando una persona se queda sola en su casa, pero sabe que pronto contará con la compañía de su familia y el reencuentro aliviará ese sentimiento (Hawkey y Cacioppo, 2009; citado en Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018).

John Cacioppo (citado en Palacios Echeverría, 2016) experto en el tema de la soledad en Estados Unidos, ha demostrado el impacto que tiene el sentimiento de soledad extrema, sobre la salud física de las personas y sobre la muerte prematura. A través de sus trabajos de investigación, evidenció el papel de las relaciones sociales satisfactorias de las personas mayores en el desarrollo de su capacidad de resistencia, de recuperarse después de las adversidades y de crecer a partir de tensiones de la vida.

Hay otras circunstancias que pueden generar o favorecer el surgimiento de sentimientos de soledad, según Muchinik y Seidmann (2004):

a) carencia en alguno de los dos tipos de relación: con una figura de apego y vínculos cohesivos con un grupo social. Cumplen funciones complementarias, por lo que la carencia de alguno de ellos, lleva a la persona a experimentar sentimientos de soledad; b) fallas en el proceso de acercamiento social, por habilidades sociales deficientes; c) el acentuado

individualismo que caracteriza la época; d) el aislamiento social predispone la aparición del sentimiento subjetivo de soledad; e) el fracaso en la obtención de apoyo social.

Se puede sentir soledad a cualquier edad, sin embargo la vivencia no es igual en todos los momentos de la vida. A mayor edad deben tenerse en cuenta tres aspectos: soledad impuesta, soledad duradera y pérdida en la cantidad y calidad de las relaciones, que son importantes para entender porque surge el sentimiento de soledad.

Cuanto más edad, es más probable que los tres se den a la vez, produciendo un sentimiento de soledad más profundo que en etapas anteriores de la vida. Añadiendo a esto la creencia frecuente de que no se puede evitar la soledad, pues esta viene con la edad, se obtiene como resultado un sentimiento duradero (Castro Blanco, 2005).

La soledad produce síntomas que son poco visibles desde afuera. No hay forma de saber que una persona se siente sola si ella misma no lo revela. Esa falta de síntomas externos es lo que lleva a pensar que no es un problema grave, no obstante, numerosos estudios han demostrado que el sentimiento de soledad mantenido en el tiempo, puede ser perjudicial para la salud tanto física como mental (Heinrich y Gullone, 2006; citado en Castro Blanco, 2005).

Aportes desde el psicoanálisis

Desde la perspectiva psicoanalítica, Melanie Klein (1963) se ocupó del sentimiento de soledad, que define como la situación interna de soledad, la sensación de estar solo sin importar las circunstancias externas, sentirse solo, aun estando rodeado de amigos. Este estado de soledad interna es el producto del anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno perfecto. Este tipo de soledad, que todos experimentamos en cierta medida, proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las cuales son derivados de las ansiedades psicóticas del bebé.

Para comprender como aparece el sentimiento de soledad, hay que retroceder hasta la temprana infancia y rastrear la influencia de ese período en las etapas consecutivas de la vida. Una relación temprana satisfactoria con la madre, implica un contacto estrecho entre los inconscientes de la madre y del niño, esta es una experiencia fundamental, ya que el niño se sentirá comprendido sin palabras. Subsistirá a lo largo de la vida un anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, que contribuye al sentimiento de soledad.

Klein (1963) afirma que nunca se llega a una integración total y permanente, subsisten toda la vida la polaridad entre los instintos de vida y de muerte. Esto acentúa la

imposibilidad de comprenderse y poder aceptar las fantasías, las ansiedades, las emociones, todo lo cual será un importante factor en el desarrollo del sentimiento de soledad.

Cuando en el desarrollo normal se experimentan intensos sentimientos de soledad, surge la necesidad de recurrir a objetos externos, puesto que las relaciones externas alivian parcialmente la soledad. La actitud de personas que son importantes para el individuo, pueden lograr que disminuya la soledad. Sin embargo, nunca logra eliminarse por completo (Klein, 1963).

Winnicott (1958; citado en Luengo, 2006) habla de la “capacidad de estar solo”, que constituye uno de los signos más importantes en el desarrollo emocional. Según el autor se ha escrito más sobre el miedo a estar solo o sobre el deseo de estar solo, que sobre la capacidad de estar solo. Es un fenómeno que aparece en el desarrollo de la persona, después del establecimiento de relaciones bipersonales. Está asociado a la capacidad del niño de estar solo en presencia de la madre, que cuando se ausenta, puede estar representada para el niño, por algún objeto del ambiente.

Capítulo V - Adulto Mayor y Pandemia

En Argentina, cuando comenzaron los casos de contagios, lo primero que se dijo fue que las personas mayores de 65 años, no tenían que salir de sus casas, ni hacer las compras, ni a trabajar, ni a cobrar, ni a nada. Esto generó en este grupo etario un miedo que cuesta revertir.

Lía Daicham (2020), reconocida gerontóloga, sostiene que la discriminación a los mayores pasó de latente a manifiesta por la pandemia. Prejuicios tales como la falta de productividad o la incapacidad para desenvolverse solos, que son una carga y que no son capaces de hacer nada solos, son completamente falsos. A partir de la pandemia se hizo presente ese viejísimo en el discurso y en las medidas que se tomaron.

Para los adultos mayores y para el resto de la sociedad, un elemento transversal de preocupación que ha generado la pandemia, es la incertidumbre, un factor con el cual psicológicamente, a los seres humanos les cuesta mucho lidiar. Entre otros sentimientos y malestares, produce angustia, temor, irritabilidad o trastornos del sueño, a lo que se le agrega el exceso de información a través de los medios (Escobar, 2020).

El cuidado brindado por la familia, lleva a que las propias personas mayores se convenzan de que son otros quienes deben decidir por ellas y que no son responsables de sus acciones de cuidado frente a un potencial contagio. Trae como consecuencia una

pérdida de confianza para que las personas mayores puedan actuar responsablemente en su cotidianidad (Escobar, 2020).

Al adulto mayor se lo sitúa en el grupo poblacional con mayor riesgo frente al virus. Así se estableció un consenso social al respecto: el adulto mayor debe confinarse, en tanto grupo de riesgo por excelencia, pues en el caso de colapso sanitario, no serán atendidos (Aristizábal Oviedo y Patiño Torres, 2020).

En gran parte de los países del mundo, se ha convocado al aislamiento, que según Brooks et al. (2020; citado en Aristizábal Oviedo y Patiño Torres, 2020), provoca efectos psicológicos negativos en la población general, tales como estrés postraumático, confusión, ira. Efectos asociados a la respuesta de las personas al distanciamiento social, como el tiempo de duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros de información inadecuada, pérdidas financieras y estigma.

Desde la Teoría de la Subjetividad se propone una innovadora concepción del desarrollo del adulto mayor, como un proceso generativo, autónomo, dinámico y motivado. Pensar el desarrollo subjetivo implica restituirle al adulto mayor su capacidad de agenciamiento sobre el mundo en el que participa y no considerarlo reducido simplemente a la adaptación a una familia, a una institución, o a un espacio social determinado (González Rey, 2016; citado en Aristizábal Oviedo y Patiño Torres, 2020).

La sociedad en su conjunto considera a las personas mayores como un sector de mayor vulnerabilidad y riesgo de muerte. Esto se refuerza con la actitud de los hijos, quienes transmiten su inquietud y preocupación por la salud de los mayores (Schwarcz, 2020).

La condición de vulnerabilidad y de grupo de alto riesgo, en que la pandemia ubica a este grupo etario, acarrea el peligro de caer en generalizaciones sobre los adultos mayores. Se pierde de vista que se trata de un universo amplio y heterogéneo, que abarca a personas activas y relativamente sanas, autoválidas y capaces de autocuidado. La edad por sí sola, no resulta un parámetro válido para evaluar el nivel de riesgo y de vulnerabilidad frente al coronavirus. Además, para que la actitud de cuidado no se transforme en una sobreprotección paternalista que anule la autonomía y capacidad de autocuidados, requiere por parte de los mayores, una conducta responsable capaz de reconocer las propias posibilidades y limitaciones (Schwarcz, 2020).

Incertidumbre

La situación excepcional del confinamiento en las viviendas, representa un cambio no planificado del que no hay un repertorio de conductas adaptativas previamente definidas. Esta singular situación de incertidumbre puede generar un desajuste psicológico, un malestar que puede afectar seriamente a la salud, desde lo fisiológico y desde lo mental (Cerrato, 2020).

Cerrato (2020), doctor en psicología de la Universidad de Valencia, España, expresa que la capacidad de respuesta de cada persona es un factor de protección y adaptación a este nuevo escenario, porque las situaciones de aislamiento pueden acarrear efectos devastadores en función de esa capacidad de respuesta al nuevo entorno. Cualquier cambio significativo en la rutina habitual de las personas, generará una reacción adaptativa de supervivencia. Este nuevo contexto propicia inestabilidad miedos e inseguridades. La incertidumbre genera crisis, paraliza y provoca inestabilidad psicológica colectiva.

En la situación de aislamiento social, se da la situación objetiva de estar en contacto mínimo con otras personas. Aparece el miedo a lo desconocido por estar frente a un nuevo escenario, que genera dudas acerca de la propia capacidad de supervivencia, de afrontar situaciones y de dar respuesta a los nuevos retos, frente a los que no hay disponible experiencias anteriores ni información de referencia de como actuar de manera eficaz (Cerrato, 2020).

Distanciamiento

El distanciamiento social y más particularmente en los grupos de riesgo por edad, como el de los adultos mayores, tiene graves consecuencias en relación con la salud psíquica. En personas mayores, tiende a generar depresión y además una retracción libidinal psíquica, es decir un distanciamiento o desconexión de los objetos y las personas, que puede elevar el nivel de daño de las enfermedades neurológicas o acelerarlas (Catelli, 2020).

MARCO METODOLÓGICO

Posicionamiento

Se utilizó una estrategia metodológica combinando enfoques cualitativo y cuantitativo, para la producción de datos y su posterior tratamiento.

En función de los objetivos, la presente investigación fue de tipo descriptiva. Esta modalidad tiene como propósito describir el comportamiento de variables, en este caso la soledad y sus dimensiones y/o identificar tipos o pautas características resultantes de las combinaciones de un cierto número de ellas. Se pretende describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, esto es, detallar como es y cómo se manifiesta, la soledad y sus dimensiones en los adultos mayores.

Dado que no hay manipulación deliberada de variables, este trabajo fue de carácter no experimental. El objeto de estudio fue abordado en su contexto natural, se respetó la realidad tal cual se presenta, sin intervenir. Los adultos mayores fueron observados en sus lugares de residencia y de actividad cotidiana, sin introducir ningún tipo de modificación o alteración en sus situaciones habituales, con el fin de analizar el sentimiento de soledad en este grupo etario.

En cuanto a la dimensión temporal, fue de tipo transversal o transeccional, ya que en este tipo de diseños la observación se realiza en un momento único en el tiempo. Para el presente trabajo se investigó el fenómeno de la soledad en un momento dado, aplicando el instrumento de recolección de datos en una instancia única y sin repeticiones, al grupo poblacional seleccionado.

Se trató de un estudio de campo y de fuente primaria de datos. De campo porque el lugar donde se desarrolló la investigación y se aplicó el instrumento de recolección de datos, fue el propio terreno de los acontecimientos. Y de fuente primaria, dado que los datos fueron recogidos directamente de los sujetos investigados, por parte del investigador, mediante la aplicación de las escalas y la ficha de datos.

Tipo de estudio

Categoría de análisis

La categoría central de estudio del presente trabajo es la *variable soledad* y respecto de esta, sus *dos dimensiones*: soledad emocional y soledad social.

Definición conceptual

Soledad

Es un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Las relaciones permanentes, la pareja, la relación materno-filial, generan expectativas conocidas, crean lazos y vínculos que consolidan certidumbres y permiten construir un sentimiento de continuidad, de protección y de seguridad (Muchnik y Seidmann, 2004).

Es el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario, de no estar relacionado significativamente o de manera próxima con alguien. Refleja la percepción individual subjetiva de deficiencias cuantitativas (no tener suficientes amigos) o cualitativas (carencia de relaciones íntimas con otros) en la red de relaciones sociales (Muchnik y Seidmann, 2004).

Es una respuesta a la ausencia de un sentimiento social particular o de un conjunto de ellos. Refleja una evaluación subjetiva de la satisfacción actual y de los niveles esperados con las relaciones que se mantienen. Robert S. Weiss (1973; citado en Rubio Herrera, 2007) plantea que este constructo está compuesto por dos dimensiones: soledad social y soledad emocional

Soledad social

Referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social. Ausencia de una red social satisfactoria. Produce aburrimiento, exclusión, hastío y ausencia de propósito.

Resulta de la carencia de un sentido de pertenencia a la comunidad debido a la falta de asociación a un grupo social cohesivo, supone aburrimiento y sentimiento de marginalidad y solo puede ser remediada por el acceso a una red social satisfactoria (Weiss, 1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

Soledad emocional

Indica una carencia de cercanía o intimidad. Carencia de una relación íntima y cercana. Se caracteriza porque el individuo experimenta estados de ansiedad, inquietud y vacío, que son consecuencia de la ausencia de figuras afectivas y solo puede ser aliviada con el establecimiento de una relación de apego satisfactoria (Weiss, 1973; citado en Rubio Herrera, 2007).

Definición operacional

La operacionalización de la variable y sus dimensiones, se llevó a cabo mediante la aplicación de los instrumentos: Escala de Soledad de Buenos Aires (ESBA) (Auné, Abal y Attorresi, 2019) y la Escala UCLA de Soledad, versión 3 (Russell, 1996).

Descripción del contexto de investigación

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el área denominada “*Distrito Centro*” de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Es cabecera del departamento homónimo; es el centro del Área Metropolitana Rosario y se sitúa a 300 km de la ciudad de Buenos Aires. Ocupa una superficie de 178,69 km², de los cuales 120,37 km² están urbanizados.

Este municipio tiene una posición geográfica estratégica en cuanto a las vías de comunicación terrestres y fluviales que lo atraviesan. Es un centro productivo, económico y financiero de gran jerarquía nacional e internacional; reconocido también por la calidad en los servicios de salud, tanto públicos como privados y por una variada oferta educativa en todos los niveles y modalidades.

En el año 1995 comenzó un proceso de descentralización, que promovió la distribución de la ciudad en centros administrativos operativos denominados cada uno “Centro Municipal de Distrito”, de los cuales para el presente estudio, se toma el distrito centro, denominado “Centro Municipal de Distrito Antonio Berni”, que está limitado al Norte por las vías del ex FFCC Mitre; al Este por el Río Paraná; al Sur Av. 27 de Febrero, Av. San Martín, calle Amenábar, Av. Francia y Av. Pellegrini; al Oeste por las vías del ex FFCC Belgrano, calle Santa Fe y vías del ex FFCC Belgrano (Municipalidad de Rosario, 2020)

Según el Anuario de Población y Estadísticas Vitales del año 2018, que elabora la Municipalidad de Rosario, la ciudad posee 995.497 habitantes, de los cuales 256.036 viven en el área comprendida por el CMD Centro, siendo el sector más poblado de la ciudad (Municipalidad de Rosario, 2018)

Con relación a la población objeto del presente trabajo de investigación, el número de personas adultas mayores de 65 años que viven en el CMD Centro, es de 44227 (Municipalidad de Rosario, 2018).

Unidades de análisis

Población

Para este trabajo, la población estuvo comprendida por personas adultas mayores de 65 años, sin distinción de género, que ya estuviesen jubiladas al momento de la investigación, residentes en el área geográfica de la ciudad de Rosario denominada “*Distrito Centro*”.

Criterios de inclusión

- Adultos Mayores de 65 años de edad
- Ya jubilados
- Residentes en el Distrito Centro de la ciudad de Rosario
- Aptos física y psicológicamente para responder por sí mismos a las consignas

Criterios de exclusión

- Presencia de deterioro cognitivo u otra psicopatología
- Desarrollo de actividad laboral aun estando jubilado
- Usuario de residencia geriátrica o institución similar

Muestra

Estuvo integrada por un total de 31 participantes, sin distinción de género, estado civil u otro indicador sociodemográfico. Se trató de un muestreo no probabilístico e intencional o de conveniencia. Los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente disponibilidad y accesibilidad en el tiempo y lugar en que se realizó este trabajo de investigación. Se contactó personalmente a personas que quisieron colaborar con la investigación y que cumpliesen los criterios de inclusión/exclusión.

Si bien la información obtenida a partir de la muestra así conformada no puede ser generalizada a la población total con precisión estadística, se obtuvo un material valioso, tanto para la presente investigación, como para otras futuras.

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información en función de los objetivos planteados en la presente investigación, se estimó pertinente el empleo de los siguientes instrumentos:

Escala de Soledad de Buenos Aires ESBA

Es un instrumento nuevo, publicado en el año 2019, elaborado por investigadores de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires; orientado a medir la soledad en adultos y aplicable a la población argentina. Un nuevo instrumento para evaluar la autopercepción de la soledad (Auné, Abal y Attorresi, 2020).

Es una escala más confiable en niveles moderados y altos de soledad, distinguiendo en menor medida entre participantes con más bajos niveles. Esta es una característica deseable, ya que la soledad se asocia en niveles altos, a variables psicopatológicas y a trastornos como la depresión (Auné y Attorresi, 2019).

Mediante este instrumento se ha operacionalizado la soledad mediante una escala unidimensional corta y adecuada para su inclusión en protocolos extensos. Es un test breve, conformado por siete ítems de respuesta politómica, los cuales fueron redactados en base a entrevistas grupales a población general y de la tercera edad (Auné, Abal y Attorresi, 2020).

De los siete ítems que componen la escala, seis de ellos están directamente orientados hacia la soledad y expresan sentimientos y pensamientos de exclusión y aislamiento, mientras que un ítem está orientado al compañerismo (Auné, Abal y Attorresi, 2019).

Puede ser utilizado principalmente para la investigación y la intervención en psicología clínica y social. En el caso de la intervención, la detección del nivel de soledad del paciente es necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento. Además, la investigación de la relación entre la soledad y otras variables, es muy amplia.

La escala está constituida por 7 ítems o reactivos, en forma de afirmaciones, donde la modalidad de respuesta se especifica mediante una escala Likert de cuatro opciones (1=nada de acuerdo, 2=poco de acuerdo; 3=algo de acuerdo; 4=totalmente de acuerdo). De los 7 ítems, solo uno (el ítem 6) está redactado en sentido inverso al resto, por lo que hay que invertir la puntuación al momento de calcular los puntajes totales.

Estudios realizados indicaron que el instrumento presenta adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,80$ y α ordinal = $0,87$) y un α de Cronbach de $0,80$. Se obtuvieron evidencias de validez convergente con la versión argentina de la UCLA y con la autopercepción del nivel de soledad, así como evidencias de validez discriminante con respecto a la deseabilidad social (Auné, Abal y Attorresi, 2019).

Se adjunta en Anexos una copia del protocolo de la escala ESBA.

Escala UCLA de soledad (UCLA Loneliness Scale)

Es una escala de soledad elaborada por científicos de la Universidad de California, Estados Unidos. La primera versión fue publicada en el año 1978 y la última versión denominada UCLA-3, fue publicada en el año 1996, que es la que se tomó para el presente trabajo de investigación.

Es el instrumento más utilizado para la medición de la variable en estudio, la soledad, y tiene como ventaja haber sido validada en población mayor. Útil y sensible para medir el sentimiento de soledad en ancianos.

Esta escala está compuesta por 20 ítems, de los cuales 11 están relacionados con sentimiento de soledad y los otros 9 están relacionados con sentimientos de satisfacción con las relaciones sociales. En la versión 3 de la escala UCLA, a cada uno de los ítems se le añadió la pregunta “¿con qué frecuencia siente usted...?”, para facilitar el pase del instrumento en entrevistas personales o por teléfono. La escala de respuestas presenta cuatro opciones: “nunca”, “raramente”, “a veces” y “siempre” (Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018).

Un grupo de investigadores de la Universidad de Valencia, España, dan cuenta en uno de sus trabajos, de la estructura factorial de la escala UCLA de soledad, diferenciando dos dimensiones: *soledad emocional* (ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) y evaluación subjetiva de la red social o *soledad social*, para los fines del presente trabajo de investigación (ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), (Cava, Estévez, Buelga y Musitu, 2013).

Originalmente los ítems fueron extraídos de informes de gente sola en relación a su experiencia de soledad. La escala aparece como medida de discriminación de la experiencia subjetiva de soledad por aislamiento emocional y soledad por aislamiento social.

De los 20 ítems que componen la escala, 11 de ellos están formulados en el sentido de la presencia de soledad y 9 ítems en el sentido de la ausencia de soledad. Los ítems formulados de forma positiva (ítems: 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20) deben ser invertidos antes de calcular la puntuación total (Bellegarde Nunes, 2017).

Estudios realizados han permitido comprobar que la escala UCLA-3 es un instrumento adecuado para medir la soledad en diversos tipos de muestras y a través de diversos métodos de recogida de datos, como cuestionarios autocumplimentados, entrevistas personales, o por correo (Velarde Mayol, Fragua gil y García de Cecilia, 2016).

Con respecto a la puntuación de la escala, el entrevistado puede obtener desde 20 puntos, que corresponde al más bajo nivel de soledad, hasta 80 puntos, que es la máxima puntuación de soledad (Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018).

La UCLA-3 tiene propiedades psicométricas satisfactorias, incluidas la validez de constructo con altas correlaciones entre ítems, se ha confirmado su validez discriminante respecto a los ancianos, con un alfa de Cronbach de 0,95, características indicativas de su confiabilidad (Velarde Mayol, Fragua gil y García de Cecilia, 2016).

Se adjunta copia del protocolo del instrumento descrito en Anexos.

Ficha de datos sociodemográficos

Instrumento de elaboración propia, destinado a recopilar datos personales de los integrantes de la muestra y de sus condiciones de vida al momento del encuentro para la aplicación de los instrumentos. Se releva información sobre edad, sexo, estado civil, hijos, personas cohabitantes, actividad recreativa, enfermedad en curso, última actividad laboral antes de la jubilación y si posee mascota. Se adjunta copia de la ficha en Anexos.

Procedimientos

Se comenzó contactando a personas adultas mayores disponibles por accesibilidad, que cumplieran con los criterios de inclusión. El contacto se realizó en forma directa y a través de informantes claves.

La administración de los instrumentos se llevó a cabo de forma individual y presencial en el domicilio de cada persona o en lugares disponibles para ello, dependiendo de cada situación particular. También se utilizó como modalidad, el contacto telefónico, ya que la situación de aislamiento por la pandemia de coronavirus, no permitió el contacto presencial con todos los participantes de la muestra.

Cada encuentro personal o contacto telefónico, tuvo una duración total aproximada de 15 minutos, incluyendo apertura, desarrollo y cierre.

La información se tomó en forma directa, registrándose las respuestas en papel, en la hoja de protocolo de los cuestionarios. No hubo grabación ni otro tipo de registro, además del mencionado.

Consideraciones éticas

En todos los casos, los sujetos entrevistados, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Se les informó acerca del anonimato de cada participante, la confidencialidad de los datos obtenidos y el compromiso de no utilizar esa información más allá de los alcances del presente trabajo de investigación.

La participación fue voluntaria y se les brindó la posibilidad de hacer preguntas acerca de alguna duda referida a la actividad desarrollada.

Se adjunta modelo de consentimiento informado en Anexos.

RESULTADOS

Análisis e interpretación de datos

La muestra estuvo conformada por 31 adultos mayores, de ambos sexos y cuyas edades oscilan entre los 65 y los 92 años. En la *Tabla 1* se puede observar la distribución de las edades dentro del margen señalado y el porcentaje proporcional al total, de cada segmento de edad.

Tabla 1: distribución de las edades de los adultos mayores de la muestra

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
65 a 70	9	29 %
71 a 75	6	19 %
76 a 80	7	23 %
81 a 85	5	16 %
86 a 90	3	10 %
91 a 95	1	3 %

Fuente: elaboración propia

Para una mejor apreciación se separaron las edades en intervalos de a 5 años, pudiéndose observar que la distribución etaria fue irregular, presentándose mayor cantidad de individuos en el intervalo de 65 a 70 años. En el otro extremo, en el intervalo de mayor edad, solo se encontró un individuo.

En la *Tabla 2* se aprecian las restantes variables sociodemográficas relevadas. Participaron 14 mujeres, que representan el 45% del total de la muestra y 17 hombres, que representan el 55% restante. El estado civil muestra que participaron 14 personas adultas mayores casadas, que representan el 45%, 8 individuos divorciados, que representan el 26%, 5 personas viudas, que representan el 16%, 3 adultos mayores solteros, que representan el 10% y un sujeto separado que representa el 3%.

En la *Tabla 2* puede observarse que de los participantes de la muestra 28 personas tienen hijos, representando el 90% y solo 3 indicaron no tenerlos y representan el 10%. En cuanto a la cohabitación, una importante variable para el análisis del sentimiento de soledad, 25 adultos mayores indicaron que conviven (cohabitan) con otras personas de su

familia, siendo el 80%, mientras que 6 individuos indicaron que viven solos, representando ellos el 20% restante. Otra variable relevada es la tenencia de mascota, de lo que se observó que 14 personas tienen mascota, siendo el 45% y las otras 17 personas no poseen y representan el 55%.

Tabla 2: detalle de variables sociodemográficas relevadas

Variable	Opciones	Cantidad	porcentaje
Sexo	Masculino	17	55 %
	Femenino	14	45 %
Estado civil	Casado/a	14	45 %
	Divorciado/a	8	26 %
	Separado/a	1	3 %
	Viudo/a	5	16 %
	Soltero/a	3	10 %
Hijos	Sí	28	90 %
	No	3	10 %
Personas cohabitantes	Sí	25	80 %
	No	6	20 %
Mascota	Sí	14	45 %
	No	17	55 %
Ultima actividad laboral	Relación dependencia	11	35 %
	Autónomo/a	13	42 %
	Ama de casa	7	23 %
Actividad recreativa	Sí	17	55 %
	No	14	45 %

Fuente: elaboración propia

Finalmente completan la *Tabla 2* las variables última actividad laboral desempeñada y actividad recreativa actual. En cuanto a lo laboral, es relevante debido a que el retiro por jubilación puede influir en el surgimiento del sentimiento de soledad. Veinticuatro personas indicaron que realizaban actividad laboral ya sea en relación de dependencia o en forma

autónoma, representando el 77%, mientras que 7 individuos se definieron como “ama de casa”, representando el 23%. De los entrevistados, 17 personas realizan algún tipo de actividad recreativa, significando el 55% y 14 refirieron no hacer ninguna actividad, representando el 45% restante.

Al realizar el análisis de las variables sociodemográficas, no se hallaron diferencias entre los sujetos de la muestra, por lo tanto los resultados se presentan en términos globales, sin tenerlas en cuenta.

A continuación se describen los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos Escala ESBA de soledad y Escala UCLA de soledad.

Escala de Soledad de Buenos Aires – ESBA

La escala ESBA de soledad mide la autopercepción de la soledad (Auné, Abal y Attorresi, 2020), es un test breve conformado por siete ítems, seis de los cuales están orientados hacia la soledad y expresan sentimientos y pensamientos de exclusión y aislamiento, mientras que uno está orientado al compañerismo.

Para realizar el análisis de la información obtenida con la aplicación del instrumento, los resultados obtenidos se volcaron en una tabla construida para tal fin, identificada como *Tabla 3*.

Puede observarse en la *Tabla 3*, en la primera columna, los sujetos que conformaron la muestra, 31 personas adultas mayores. En las siguientes 7 columnas, enumeradas del 1 al 7, los reactivos que componen el instrumento Escala ESBA y en la última columna el puntaje de cada protocolo individual, es decir, el puntaje por persona entrevistada.

Para el análisis a partir de los resultados obtenidos con esta escala ESBA, se consideró la mayor puntuación posible que permite el instrumento (28), como así también la puntuación mínima posible (7). La diferencia entre el puntaje máximo y el puntaje mínimo (21) se dividió por tres, obteniendo así tres segmentos o categorías: “*nivel bajo de soledad*” (puntaje de 7 a 13), “*nivel medio de soledad*” (puntaje de 14 a 20) y “*nivel alto de soledad*” (puntaje de 21 a 28), que corresponden a la intensidad del sentimiento de soledad que presentaron los integrantes de la muestra, que puede verse en la *Tabla 4*.

Tabla 3: resumen de los resultados de la Escala ESBA

reactivos sujetos	1	2	3	4	5	6	7	puntaje
1	2	1	3	2	2	2	2	14
2	3	4	2	3	1	2	2	17
3	3	3	2	1	1	2	1	13
4	3	2	2	1	3	1	2	14
5	1	2	3	1	1	1	4	13
6	2	1	2	1	1	2	1	10
7	3	2	3	2	2	4	3	19
8	1	2	1	3	4	1	3	15
9	3	4	2	4	3	1	2	19
10	3	3	2	2	2	1	2	15
11	4	4	3	4	2	1	2	20
12	3	3	2	1	3	4	3	19
13	2	4	3	2	2	1	1	15
14	3	2	2	3	2	1	2	15
15	3	2	1	2	1	1	4	14
16	3	2	3	1	1	4	1	15
17	3	3	2	2	3	2	2	17
18	1	4	4	1	3	1	1	16
19	3	4	2	1	4	2	3	19
20	3	2	3	2	1	2	2	15
21	3	4	2	3	2	1	2	17
22	3	3	3	2	4	1	2	20
23	3	3	2	2	3	1	2	16
24	1	1	4	1	3	1	4	12
25	4	4	3	2	2	4	3	22
26	3	4	3	2	2	1	3	17
27	2	2	3	1	2	1	1	12
28	1	1	2	1	1	1	1	8
29	2	3	3	2	1	2	2	15
30	2	1	4	1	1	1	1	11
31	3	1	2	2	4	3	3	18
sumatoria reactivos	79	81	78	58	67	53	67	

Fuente: elaboración propia

Una vez establecidas las tres categorías de intensidad del sentimiento de soledad, se aplicó a los puntajes obtenidos de la muestra y se obtuvo la cantidad de personas que quedó incluía en cada categoría, como puede observarse en la *Tabla 4*.

Tabla 4: categorías de intensidad del sentimiento de soledad, Escala ESBA

Niveles de Soledad	Intervalo puntaje	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Nivel bajo	7 a 13	7	23 %
Nivel medio	14 a 20	23	74 %
Nivel alto	21 a 28	1	3 %

Fuente: elaboración propia

Puede apreciarse que del total de las 31 personas de la muestra, 7 de ellas se encuentran en el nivel más bajo de soledad, representando el 23%, se trata de personas que no sienten disconformidad con las relaciones que mantienen con las personas de su entorno. Otras 23 personas se ubican en el segmento medio, es decir que presentan un nivel medio de soledad, representando el 74%, son personas que manifiestan un nivel medio o moderado de soledad, aislamiento y compañerismo. Solo 1 de las personas de la muestra se ubica en el segmento correspondiente al nivel alto de soledad, representando el 3%, tratándose en este caso de una persona que percibe aislamiento y falta de compañerismo en sus relaciones sociales.

Reactivos con puntaje máximo y mínimo

En la última fila de la *tabla 3* (“sumatoria reactivos”) figura la sumatoria individual de cada reactivo, indicando el puntaje obtenido por cada uno de ellos, para el conjunto de la muestra. Tomando la *tabla 3*, se realizó la sumatoria de valores obtenidos por los reactivos, en el total de los protocolos aplicados. A partir de ese cálculo se obtuvieron los reactivos con la mayor puntuación y con la puntuación mínima en el conjunto de la muestra.

Se analizaron estos reactivos para obtener información más detallada acerca del sentimiento de soledad y como está caracterizado, ya que la escala informa sobre la intensidad del sentimiento de soledad y posibilita que la información obtenida, sirva para otro análisis más detallado.

El reactivo que obtuvo mayor puntuación es el r2: “*no siento que pertenezca a ningún grupo de personas en especial*”. Puede interpretarse que la falta de pertenencia a un grupo de personas en especial, es el indicador que más presencia tiene para las personas mayores de la muestra. Dentro de la situación de aislamiento por la pandemia de coronavirus, se pone en evidencia la falta de apoyo que podría provenir de algún grupo de personas en particular. Es algo que afecta a los adultos mayores y que repercute en el sentimiento de soledad.

Puede tratarse de soledad social, objetiva, en la que el adulto mayor no cuente a su alrededor con personas que le permitan integrarse o bien, puede tratarse de la soledad emocional, en la que a pesar de estar rodeado de personas, el adulto mayor no siente pertenencia y/o no obtiene el apoyo que necesita.

Por otro lado, el reactivo que obtuvo el menor puntaje, es el r6: “*Soy realmente comprendido/a por otra persona y eso me hace sentir bien*”. Este ítem se puntúa invirtiendo el valor seleccionado por el entrevistado, para obtener una medida uniforme con respecto a los otros reactivos. Un valor bajo significa poco acuerdo en relación a esa afirmación.

Los dos reactivos analizados apuntan a lo mismo, las personas de la muestra no sienten satisfacción con el tipo de relación que mantienen con su entorno, sienten no pertenecer y/o no ser comprendidos.

Una de las investigaciones citadas en el Estado del Arte (Núñez Castaño, 2019), aborda el tema de la soledad en las personas mayores y concluye que se trata de un tema oculto, que las personas sienten soledad pero invisibilizan sus sentimientos al respecto. En esta investigación se encontró todo lo contrario, las personas de la muestra manifestaron abiertamente sus sentimientos sobre su percepción de la soledad.

Frecuencia de selección de respuestas a los reactivos

Para ampliar el análisis de la información disponible de la muestra, se tomaron las opciones de respuesta seleccionadas por los individuos para cada uno de los reactivos de la escala ESBA y se elaboró una tabla de frecuencias, *Tabla 5*, que permite observar cual ha sido la opción más seleccionada, para luego elaborar una conclusión con ese dato.

Tabla 5: frecuencia de selección de respuestas a los reactivos de la Escala ESBA

reactivos	Frecuencia de respuestas			
	nada de acuerdo (1)	poco de acuerdo (2)	algo de acuerdo (3)	total. de acuerdo (4)
1	5	6	18	2
2	6	9	7	9
3	2	14	12	3
4	12	13	4	2
5	10	10	7	4
6	18	8	1	4
7	8	13	7	3
	61	73	56	27

Fuente: elaboración propia

Las frecuencias más veces seleccionadas por los adultos mayores de la muestra es estar “*algo de acuerdo*” respondiendo al reactivo 1: “*nadie me entiende*”. La opción fue seleccionada en 18 oportunidades, de las 31 posibles. Puede entenderse como un sentimiento por parte de los adultos mayores, respecto de su entorno, del cual no obtienen lo que desean o necesitan para no sentir soledad. Los aspectos emocional y social de la soledad se pueden incluir en esta interpretación. El social en cuanto a no poder integrarse por no ser comprendido y el emocional en relación a la falta de satisfacción con las personas de su entorno, con las relaciones con el resto de las personas.

Escala UCLA de soledad

La escala UCLA permite obtener información acerca de un índice general de percepción de soledad y también conocer sobre las dimensiones social y emocional de la soledad. De los 20 ítems que componen el instrumento, 11 de ellos se refieren a la *dimensión emocional* (ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) y los otros 9 a la *dimensión social* de la soledad (ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20). Los resultados obtenidos de la aplicación de los

protocolos a la muestra de adultos mayores, se vuelcan en una planilla resumen para su posterior análisis, *Tabla 6*.

Tabla 6: planilla resumen de los puntajes de los protocolos aplicados a la muestra.

Ítm Suj.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Pun taje
1	3	4	1	4	3	3	4	2	1	3	1	1	1	2	3	2	4	3	2	1	48
2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	1	2	2	2	46
3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1	3	3	2	3	2	2	3	3	3	50
4	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	45
5	2	2	1	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	35
6	4	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	30
7	4	2	4	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	4	2	1	1	3	3	45
8	3	4	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	54
9	2	4	3	3	1	2	4	4	2	1	2	3	3	2	3	2	2	3	1	1	48
10	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	2	3	46
11	3	4	3	2	4	1	3	2	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	1	1	41
12	4	4	3	3	3	3	3	2	4	4	2	3	2	4	2	3	1	3	4	1	58
13	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	4	2	2	2	3	2	2	2	39
14	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	2	32
15	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	30
16	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	36
17	4	3	3	3	3	3	2	2	4	4	3	1	2	4	3	3	1	3	3	2	56
18	3	1	2	1	4	1	1	4	3	1	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1	37
19	1	1	1	1	3	4	1	2	1	1	1	2	4	1	1	1	4	2	1	1	34
20	4	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	4	2	2	3	2	1	2	2	39
21	3	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	3	2	3	3	2	1	2	2	39
22	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	2	4	2	3	3	3	2	3	3	52
23	3	3	2	2	3	1	2	3	2	3	1	3	4	3	2	2	4	2	3	3	51
24	4	4	4	2	3	4	1	4	1	1	3	4	1	3	3	3	1	4	3	2	55
25	4	2	3	3	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	64
26	2	3	2	3	3	3	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	42
27	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1	3	3	3	39
28	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	30
29	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	47
30	3	2	4	2	4	4	2	3	1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	55
31	3	2	2	2	4	2	3	4	3	3	3	4	3	2	3	3	1	3	3	2	55
	86	78	65	64	78	76	59	78	60	63	54	67	81	65	70	76	62	70	69	60	

Fuente: elaboración propia

Para que todos los puntajes queden expresados en el mismo sentido, es decir el 1 la menor intensidad y el 4 la mayor intensidad de soledad, el paso de invertir los puntajes de los ítems correspondientes a la dimensión social (los formulados en forma positiva: 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), según lo establece el instrumento, fue realizado previamente a su transcripción en el resumen de la *Tabla 6*.

Categoría de intensidad de sentimiento de soledad

Con los puntajes obtenidos se confeccionaron tres categorías referidas a la intensidad del sentimiento de soledad. Al puntaje mayor posible del instrumento (80) se le restó el puntaje mínimo posible (20) obteniendo una diferencia entre ellos de 60. Ese valor se dividió por tres y así se establecieron las categorías: “*nivel bajo de soledad*” (puntaje de 20 a 40), “*nivel medio de soledad*” (puntaje de 41 a 60) y “*nivel alto de soledad*” (puntaje de 61 a 80), que se puede ver en la *Tabla 7*.

Tabla 7: categorías de intensidad de soledad, Escala UCLA

Niveles de Soledad	Intervalo puntaje	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Nivel bajo de soled.	20 a 40	12	39 %
Nivel medio de soledad	41 a 60	18	58 %
Nivel alto de soledad	61 a 80	1	3 %

Fuente: elaboración propia

Puede apreciarse que del total de individuos de la muestra, 12 personas presentaron un nivel bajo de soledad, representando un 39%, son personas que perciben contar con una red de apoyo formada por las personas con las que se relacionan, que funcionan como factores protectores frente a la soledad; otras 18 personas presentaron un nivel medio o moderado de soledad, representando el 58%, estas personas están en un punto intermedio entre sentirse satisfechas con su red social o sentirse aisladas y solas en relación a su entorno; finalmente solo un adulto mayor se ubicó en un nivel alto de soledad, representando el 3%, se trata de una persona que se percibe aislada de su entorno, con un intenso sentimiento de no contar con personas a su alrededor que funcionen como apoyo y con una escasa satisfacción con esas relaciones.

Reactivo con puntaje máximo

De la *Tabla 6* se obtuvo otra información para el análisis, a partir de los reactivos del instrumento. El reactivo que obtuvo el mayor puntaje es el r1; “¿con qué frecuencia siente que le entiende (está en sintonía) la gente que le rodea?”. La interpretación de este valor hace referencia al tipo de vínculo con las personas del entorno y el intercambio que pueda establecer con ellos. Según la estructura factorial de la escala UCLA, el reactivo r1 corresponde a los ítems de la dimensión social de la soledad. Esta dimensión alude al hecho de tener cuantitativamente personas a su alrededor que puedan funcionar como una red de apoyo. Con el mismo razonamiento, puede decirse que estar en sintonía con las personas del entorno, es equivalente a la presencia de esas personas, con quienes se podrá tener relaciones satisfactorias para el sujeto. La falta de satisfacción con las relaciones que se tiene, es uno de los elementos que favorecen el surgimiento del sentimiento de soledad.

A continuación se abordaron los datos obtenidos de acuerdo a las dos dimensiones estudiadas sobre el sentimiento de soledad: la dimensión social y la dimensión emocional.

Dimensiones social y emocional de la soledad

Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento a las personas de la muestra, permiten obtener información acerca de las dos dimensiones de la soledad, que se mencionan en los objetivos de este trabajo de investigación: la *dimensión emocional* y la *dimensión social*.

Tomando los datos volcados en la *Tabla 6*, se conformaron dos tablas correspondientes cada una a una dimensión de la soledad. En la *Tabla 8* los ítems que corresponden a la Soledad Emocional (ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) y en la *Tabla 10*, los correspondientes a la Soledad Social (ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20).

En la *Tabla 8* se observan los puntajes obtenidos para el recorte de la Escala UCLA, referido a la *Dimensión Emocional de la Soledad* (DES), que incluye solo a los ítems específicos de esta dimensión: ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18.

Tabla 8: puntajes de los ítems referidos a la Dimensión Emocional de la Soledad (DES).

ítems sujetos	2	3	4	7	8	11	12	13	14	17	18	puntaje
1	4	1	4	4	2	1	1	1	2	4	3	27
2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	23
3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	26
4	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	3	23
5	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	19
6	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	15
7	2	4	2	2	3	2	1	1	2	1	1	21
8	4	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	30
9	4	3	3	4	4	2	3	3	2	2	3	33
10	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	23
11	4	3	2	3	2	1	2	3	2	2	2	26
12	4	3	3	3	2	2	3	2	4	1	3	30
13	2	2	1	1	2	1	1	4	2	3	2	21
14	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	18
15	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	16
16	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	19
17	3	3	3	2	2	3	1	2	4	1	3	27
18	1	2	1	1	4	1	2	2	2	1	2	19
19	1	1	1	1	2	1	2	4	1	4	2	20
20	1	2	1	1	2	2	2	4	2	2	1	20
21	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	1	20
22	3	3	3	2	3	1	2	4	2	3	2	28
23	3	2	2	2	3	1	3	4	3	4	2	29
24	4	4	2	1	4	3	4	1	3	1	4	31
25	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	33
26	3	2	3	1	2	2	2	3	1	2	1	22
27	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	3	19
28	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	16
29	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	25
30	2	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	31
31	2	2	2	3	4	3	4	3	2	1	3	29
	78	65	64	59	78	54	67	81	65	62	70	

Fuente: elaboración propia

El puntaje máximo posible según el instrumento es 44 y el puntaje mínimo posible es 11. Se dividió la diferencia entre estos dos puntajes en tres intervalos, para conformar

tres categorías de intensidad de la Dimensión Emocional de la Soledad (DES): “*nivel bajo de soledad emocional*” (puntaje de 11 a 23), “*nivel medio de soledad emocional*” (puntaje de 24 a 36) y “*nivel alto de soledad emocional*” (puntaje de 37 a 44), como se aprecia en la *Tabla 9*.

Tabla 9: categorías de intensidad de la Dimensión Emocional de la Soledad (DES)

Nivel de Soledad	Intervalo puntaje	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Nivel bajo DES	11 a 23	17	55 %
Nivel medio DES	24 a 36	14	45 %
Nivel alto de DES	37 a 44	0	0 %

Fuente: elaboración propia

Puede observarse que la mayor cantidad de sujetos presentaron un nivel bajo de soledad emocional, representando el 55% del total, son personas que no sienten insatisfacción con la calidad de las relaciones que poseen, que las mismas le aportan un nivel de satisfacción aceptable para ellos; otros 14 de los sujetos presentaron un nivel medio o moderado de soledad emocional, representando el 45%, personas que se perciben con menos satisfacción que el grupo anterior en cuanto a poder contar con alguien, sentirse cerca o ser conocido realmente por alguien; finalmente no se registraron sujetos con un nivel alto en esta dimensión de la soledad.

Según Castro (2015, citado en Pinazo Hernandis y Bellegarde Nunes, 2018) en esta dimensión de la soledad, se incluye la percepción que tienen estas personas, sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que reciben de su red social. Con los valores hallados, se pudo concluir que el 55% de las personas de la muestra perciben como satisfactorias las posibilidades de ayuda y cuidado que puedan recibir de las personas de su red social. Su percepción subjetiva refleja un bajo nivel de soledad emocional.

De acuerdo a las definiciones que proponen Muchinik y Seidmann (2004), la mayoría de las personas de la muestra siente que cuenta con una relación cercana e íntima con una figura de apego. Perciben en sus relaciones que hay alguien con quien contar, lo que se deduce por la baja intensidad del sentimiento de soledad.

Tabla 10: puntajes de los ítems referidos a la Dimensión Social de la Soledad (DSS)

ítems sujetos	1	5	6	9	10	15	16	19	20	Puntaje
1	3	3	3	1	3	3	2	2	1	21
2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	23
3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	24
4	3	3	2	2	2	3	3	2	2	22
5	2	1	2	3	1	1	2	2	2	16
6	4	1	2	1	1	1	2	1	2	15
7	4	2	2	2	2	4	2	3	3	24
8	3	3	3	2	3	3	3	3	1	24
9	2	1	2	2	1	3	2	1	1	15
10	3	2	3	2	2	3	3	2	3	23
11	3	4	1	1	1	1	2	1	1	15
12	4	3	3	4	4	2	3	4	1	28
13	1	2	2	2	2	2	2	2	2	18
14	2	1	2	1	2	1	2	1	2	14
15	2	1	2	2	2	1	2	1	1	14
16	2	2	2	2	2	2	2	2	1	17
17	4	3	3	4	4	3	3	3	2	29
18	3	4	1	3	1	1	3	1	1	18
19	1	3	4	1	1	1	1	1	1	14
20	4	1	2	1	2	2	3	2	2	19
21	3	1	3	1	1	3	3	2	2	19
22	3	3	3	2	1	3	3	3	3	24
23	3	3	1	2	3	2	2	3	3	22
24	4	3	4	1	1	3	3	3	2	24
25	4	4	4	3	2	4	4	3	3	31
26	2	3	3	2	2	2	2	2	2	20
27	2	2	2	2	2	1	3	3	3	20
28	1	2	2	1	2	2	1	2	1	14
29	2	3	2	2	2	3	2	3	3	22
30	3	4	4	1	3	1	3	3	2	24
31	3	4	2	3	3	3	3	3	2	26
	86	78	76	60	63	70	76	69	60	

Fuente: elaboración propia

Con la misma metodología, se procedió con la *Dimensión Social de la Soledad* (DSS), confeccionando la *Tabla 10*, que se obtuvo recortando de la Escala UCLA original

de 20 ítems, aquellos reactivos que específicamente conforman esta dimensión de la soledad: ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20. Los valores fueron invertidos antes de volcarse en la tabla, según como indica el instrumento, para su aplicación y análisis.

En la *Tabla 10* pueden apreciarse los puntajes obtenidos para el recorte de los ítems correspondientes, de la escala UCLA, que aluden a la *Dimensión Social de la Soledad (DSS)*: ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20. El puntaje máximo posible para el instrumento es de 36, mientras que el puntaje mínimo posible es 9. Se dividió la diferencia entre estos dos puntajes en tres intervalos, para conformar tres categorías de intensidad de la Dimensión Social de la Soledad: “*nivel bajo de soledad social*” (de 9 a 17), “*nivel medio de soledad social*” (de 18 a 26) y “*nivel alto de soledad social*” (de 27 a 36), ver *Tabla 11*.

Tabla 11: categorías de intensidad de la Dimensión Social de la Soledad (DSS)

Nivel de Soledad	Intervalo puntaje	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Nivel bajo DSS	9 a 17	9	29 %
Nivel medio DSS	18 a 26	19	61 %
Nivel alto de DSS	27 a 36	3	10 %

Fuente: elaboración propia

En la *Tabla 11* puede observarse la distribución de los individuos en las distintas categorías. La mayor cantidad corresponde al valor medio o moderado; 19 de los 31 sujetos de la muestra, manifestaron mediante la Escala UCLA, un nivel medio de soledad en la dimensión social, representando el 61% del total. Otros 9 individuos quedaron en el segmento de nivel bajo de soledad social, representando el 29% y 3 adultos mayores presentaron un nivel alto de soledad social, significando el 10%.

Con los valores hallados, se pudo comprobar que el 61% de las personas adultas mayores de la muestra, en situación de distanciamiento por la pandemia de coronavirus, están en un nivel medio o moderado de satisfacción con su red social, con sus relaciones sociales, con el soporte que podría aportarle la red social. Se trata de individuos con un grado moderado de ausencia de sentido de pertenencia a la comunidad o a un grupo social. Dado que se trata de un nivel intermedio, la interpretación puede ser tanto hacia lo positivo

como hacia lo negativo, expresado esto en términos de satisfacción o de percepción de carencia de la variable en estudio.

El nivel o intensidad de soledad social es un dato relevante teniendo que cuenta que una red social satisfactoria promueve hábitos y comportamientos saludables (Gené Badía, Ruiz Sánchez, Obiols Masó, Oliveras Puig y Lagarda Jiménez, 2016).

Hay factores que favorecen el surgimiento de la soledad, como expresa Castro Blanco (2015) entre ellos se encuentran la jubilación, la viudez, problemas de salud y los cambios sociales. La pandemia de coronavirus, los riesgos para la salud que conlleva, la obligación de aislarse y distanciarse socialmente preventiva pero obligatoriamente, son factores importantes para tener en cuenta al analizar los datos relevados.

Integrando los dos instrumentos

Los instrumentos seleccionados para esta investigación miden el sentimiento de soledad y fueron empleados para la construcción de los datos para la investigación. La aplicación de los mismos y el análisis de los resultados, determinaron similitudes y diferencias.

Tanto la escala ESBA como la escala UCLA proporcionaron información para la medición de la intensidad del sentimiento de soledad en las personas de la muestra. Las dos escalas arrojaron como resultado que la mayoría de los sujetos de la muestra, presentan un sentimiento de soledad en un nivel medio o moderado. La diferencia se manifestó en la cantidad y en los porcentajes para cada una de las escalas en particular. Con la escala ESBA se encontraron 23 sujetos, que representaron el 74% de la muestra, mientras que con la escala UCLA se encontraron 18 sujetos, que representaron el 58% de la muestra. La diferencia puede atribuirse a la estructura factorial de cada instrumento o a la sensibilidad para medir la soledad, pero en general las dos escalas apuntan al mismo objetivo y con su aplicación se llegó a la misma conclusión sobre el sentimiento de soledad.

La escala ESBA permitió un acercamiento más general al sentimiento de soledad en adultos mayores, mientras que la escala UCLA permitió obtener un valor total de la soledad y además un abordaje específico de las dimensiones que conforman la variable soledad. Ambos instrumentos se complementan para brindar una visión holística acerca de las características del sentimiento de soledad en adultos mayores.

Se buscó el reactivo que mayor puntaje obtuvo, para luego hacer el análisis correspondiente. En la escala ESBA resultó ser el r2 *“no siento que pertenezca a algún*

grupo de personas en especial” y en la escala UCLA el reactivo de mayor puntaje fue el r1: “¿con qué frecuencia siente usted que le entiende (está en sintonía) la gente que le rodea?”. Desde la escala ESBA no se especifica a que dimensión de la soledad puede atribuirse la frase que se expresa en el ítem r2. En este sentido la escala UCLA aporta mayor profundidad, indicando que el reactivo de mayor puntaje corresponde a la dimensión social de la soledad. Hay una congruencia en general entre los dos instrumentos si se los utiliza en conjunto, y un mayor aporte de la escala UCLA cuando se hace un análisis aplicando cada instrumento por separado, respecto a la variable en estudio.

Al analizar los resultados de la escala ESBA se observó que la mayor frecuencia de respuesta seleccionada por los sujetos de la muestra, fue para el reactivo r1 (“nadie me entiende”), la opción de respuesta 3 (“algo de acuerdo”). Expresa la falta de satisfacción de los adultos mayores con las personas de su entorno.

En la *Tabla 12* puede apreciarse la información obtenida de la aplicación y el análisis de los datos, en relación al sentimiento de soledad y sus dimensiones, para los dos instrumentos utilizados. La escala UCLA proporciona datos sobre soledad total y sus dimensiones y la escala ESBA brinda información sobre soledad total. Se presentan en una tabla a modo de síntesis.

Tabla 12: sentimiento de soledad total y sus dimensiones emocional y social, escala UCLA y soledad total escala ESBA

	Soledad Total ESBA	Soledad Total UCLA	Soledad Emocional UCLA	Soledad Social UCLA
Intensidad	medio	medio	bajo	medio
Sujetos	23	18	17	19
Porcentajes	74 %	58 %	55 %	61 %

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo describir las características del sentimiento de soledad, en los adultos mayores de la ciudad de Rosario, en el contexto de distanciamiento por la pandemia de coronavirus. Con los resultados obtenidos, se puede concluir que se ha logrado el objetivo de caracterizar el sentimiento de soledad, como así también la identificación y el análisis de las dimensiones social y emocional del constructo soledad.

Al momento de realizarse esta investigación, se encontraban vigentes las medidas de prevención frente al contagio por Coronavirus, que determinó el gobierno nacional, como el distanciamiento social, el cierre preventivo de actividades que impliquen el agrupamiento de personas, los encuentros virtuales en reemplazo de los encuentros presenciales, entre otras. De estas medidas, los adultos mayores resultaron los más protegidos y a la vez los más perjudicados, ya que las relaciones sociales sirven de red de apoyo y previenen contra el sentimiento de soledad.

Los resultados obtenidos con la Escala de Soledad de Buenos Aires ESBA, indican que la mayoría de los adultos mayores de la muestra, presentaron un nivel medio o moderado en cuanto al sentimiento de soledad. Se trata de personas que expresan abiertamente sus sentimientos acerca de su percepción de la soledad. El nivel medio o moderado puede significar que los sujetos aún pueden tolerar lo que perciben como carencia de sus relaciones, la falta de satisfacción o el apoyo esperado de su red social. Estarían a medio camino entre sentirse satisfechos o sentirse aislados respecto de su red social.

Para el segmento de adultos mayores considerados para este trabajo de investigación, el sentimiento de no pertenecer a un grupo de personas en especial, es el factor que más influye en el surgimiento del sentimiento de soledad. Bien sea una situación objetiva de ausencia de relaciones sociales o una percepción subjetiva de insatisfacción con las relaciones existentes, las personas mayores de la muestra, están en un punto medio que les puede permitir tolerar las consecuencias negativas de la soledad, en este nivel de intensidad.

La escala ESBA mide intensidad, lo cual permite caracterizar parcialmente el sentimiento de soledad. Para ampliar la información al respecto, se agregaron dos análisis partiendo de los datos de la muestra. Por un lado se procedió a tomar la mayor frecuencia seleccionada entre las opciones de respuestas posibles de las personas de la muestra. El

análisis de este dato, permite concluir que existe en este grupo de adultos mayores, la percepción de que “nadie los entiende”. Esta percepción subjetiva está vinculada con la calidad de las relaciones que mantienen con su entorno y con la satisfacción que obtiene o siente que puede obtener, de ellas. Por otro lado se analizaron los reactivos más extremos, el de mayor puntaje y el de menor puntaje y se encontró que ambos apuntan en la misma dirección, insatisfacción con sus relaciones, falta de pertenencia y de comprensión por parte de su entorno.

Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Escala UCLA de soledad, evidenciaron la presencia de un nivel de soledad medio o moderado, coincidiendo en este punto con los datos obtenidos mediante la Escala ESBA, por lo que la conclusión es idéntica, se trata de personas que están en un nivel que puede ser tolerado o bien, puede incrementarse llevándolas al surgimiento de sentimientos de soledad y asilamiento. Estos adultos mayores tienen la sensación subjetiva de que la cercanía y el afecto que reciben de su entorno íntimo o relacional, es menor al esperado.

Para obtener mayor información, se tomó de los datos obtenidos, el reactivo que obtuvo mayor puntaje entre todos los individuos de la muestra. El resultado observado es que el ítem con mayor presencia, es el referido a la percepción que tiene el adulto mayor acerca de ser entendido por la gente que lo rodea.

Este dato hace referencia al tipo de vínculo con el entorno, a la intensidad de la interacción, a la satisfacción que se obtiene de esa relación de acuerdo a lo que se espera de ella. Se trata de una valoración subjetiva que hace el individuo y que lo afecta emocionalmente.

La Escala UCLA permitió obtener mayor información sobre las dimensiones que componen la variable en estudio, es decir, la dimensión social y la dimensión emocional de la soledad, posibilitando su identificación y su análisis. El reactivo con mayor puntaje está dentro de la dimensión social de la soledad. Según Weiss (1973, citado en Rubio Herrera, 2007), se trata de un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, es decir, ausencia de una red social satisfactoria. La soledad resulta de carecer de un sentido de pertenencia a la comunidad, situación que se remedia con el acceso a una red social satisfactoria. Al mismo tiempo, esta posibilidad de acceso y de permanencia a la red social deseada, se ve obstaculizada por el contexto de aislamiento y distanciamiento preventivo por pandemia de coronavirus.

Las dos dimensiones de la soledad, la social y la emocional, pudieron ser identificadas y analizadas a partir de los datos obtenidos con la Escala UCLA. La información obtenida mediante la escala indica que los sujetos de la muestra presentan un nivel bajo de soledad emocional y un nivel moderado de soledad social. Puede inferirse a partir del análisis de los datos, que las personas mayores, en el contexto de distanciamiento por coronavirus, presentan un nivel bajo de insatisfacción con la calidad de sus relaciones sociales. Este mismo grupo etario analizado, presenta un nivel moderado de soledad social, que podría traducirse en percepción de ausencia de personas a su alrededor que funcionen como una red social de apoyo.

La soledad en las personas mayores es un tema relevante, como expresa en su trabajo Scrimbolo (2016) la soledad acorta la esperanza de vida y es un factor de riesgo equiparable a una enfermedad. Es fundamental la construcción de nuevos vínculos, de nuevas redes y que el adulto mayor pueda encontrar un lugar en el que sea escuchado y mirado. Percibirse solo genera sentimientos de desamparo y vulnerabilidad, propiciando la aparición de enfermedades y trastornos corporales, el cuerpo habla de este modo.

En otro trabajo citado se hace referencia a la vinculación entre soledad y vejez (Arévalo, 2017). Según la autora, la soledad ha sido considerada como un mal de la vejez, asociada con un aumento de problemas de salud. Propone problematizar aquello que se establece socialmente como esperado en la vejez. Se pregunta si la soledad es un mal propio de la vejez o si en realidad encubre los estereotipos de la vejez que impone la cultura.

En sintonía con estos trabajos citados, puede concluirse que, con la presente investigación, se podría colaborar en completar la visión sobre el adulto mayor y permitir elaborar estrategias de atención y de afrontamiento ante la soledad. Este trabajo puede aportar a la investigación sobre el tema, brindando información sobre el sentimiento de soledad en este grupo etario en esta región territorial.

En lo referido al contexto de pandemia por Coronavirus, un grupo de investigadores mexicanos (Vega Rivero, et al., 2020) concluyen que los adultos mayores conforman el grupo de mayor impacto negativo por el Covid-19, su vulnerabilidad ante esta pandemia proviene de su edad, de la situación económica, laboral y enfermedades asociadas a su edad. Su soledad le confiere mayor riesgo, ya que deben salir a buscar sus víveres, de no apoyarlos, el impacto en su salud será indudablemente negativo. En sintonía con el trabajo citado, puede decirse que es importante conocer la realidad objetiva y subjetiva que vive el

adulto mayor en función de la red de apoyo que dispone. Los índices de soledad, soledad social y soledad emocional, proporcionan información clave para el diagnóstico y abordaje de la problemática de la soledad y sus consecuencias en las personas mayores.

Una limitación que se puede mencionar para este trabajo de investigación, tiene que ver con el tamaño de la muestra y la imposibilidad de generalizar los resultados a la población total de la ciudad de Rosario.

Otra circunstancia que merece ser mencionada como relevante es el hecho de haber realizado el estudio pasado once meses de comenzada la pandemia y las situaciones de aislamiento y distanciamiento preventivo. Las personas adultas mayores de la muestra, manifestaron estar “acostumbrándose” al aislamiento y al distanciamiento y a las limitaciones que implica, en cuanto a las relaciones sociales y el disfrute de las mismas. En cierto modo puede hablarse de un “entrenamiento” por parte de este grupo etario. La mayoría ha podido superar la crítica circunstancia. En tanto otros adultos mayores, padecen las consecuencias negativas del aislamiento y el surgimiento del sentimiento de soledad.

Esta investigación resulta relevante porque aporta datos sobre un grupo etario muy importante, muy vulnerable y poco investigado. Es de vital importancia ampliar el estudio sobre la soledad en este grupo etario, a toda la población de la ciudad de Rosario, con el objeto de tener información más precisa, que permita elaborar diagnósticos y tomar acciones preventivas y de acompañamiento, desde las organizaciones de salud de distintos niveles.

Los adultos mayores son personas vulnerables en el contexto de pandemia por Covid-19. Mediante las medidas de aislamiento y distanciamiento preventivo, se los puede proteger o se los puede perjudicar. Mayor información obtenida de investigaciones sobre el tema, permitirán tomar decisiones en el sentido correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angulo Ramírez, S. M., & Marquez Jimenez, F. d. (2020). *Revisión Sistemática del Análisis de Instrumentos que Miden la Soledad en adultos y Adultos Mayores (Tesis de grado)*. Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias de la Salud, Trujillo, Perú. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50942>
- Arévalo, D. (2017). *Proceso de Envejecimiento y Vejez en Relación con el Sentimiento de Soledad y las Vicisitudes de la subjetividad (Tesis de grado)*. Universidad de la República. Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay. Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_-_dahiana_arevalo-1.pdf
- Argentina Gob Ar. (30 de marzo de 2020). *COVID-19: Recomendaciones para el cuidado de la salud en adultos mayores*. Obtenido de Miisterio de salud: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/covid-19-recomendaciones-para-el-cuidado-de-la-salud-en-adultos-mayores>
- Argentina, R. (20 de Marzo de 2020). *Decreto 297/2020. Boletín Oficial de la República Argentina*. Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/seccion/primera>
- Aristizábal Oviedo, D., & Patiño Torres, J. F. (julio de 2020). Desafíos en la Atención Integral de la Persona Mayor después del Covid-19: reflexiones desde la Subjetividad. 1(1), 33-48. Obtenido de gerontologia.org: https://www.researchgate.net/publication/342622214_LA_VEJEZ_Reflexiones_de_la_postpandemia_FUNDACOL
- Aune, S. E., & Attorresi, H. F. (29 de Noviembre de 2019). *Aplicación del Modelo de Crédito Parcial Generalizado a la Escala de Soledad de Buenos Aires*. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido de Acta Académica: <https://www.aacademica.org/000-111/117.pdf>

- Auné, S. E., Abal, F. J., & Attorresi, H. F. (05 de septiembre de 2019). Construction and Psychometric Properties of the Loneliness Scale in Adults. *International Journal of Psychological Research*, 12(2), 82-90.
- Auné, S. E., Abal, F. J., & Attorresi, H. F. (2020). Análisis psicométrico mediante la Teoría de la Respuesta al Ítem: modelización paso a paso de una Escala de Soledad. *14*(1), 1-14.
- Bail Pupko, V. (2014). *Crisis, Soledad y Apego. Práctica Profesional Familia y Enfermedad Crónica. Universidad de Buenos Aires*. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practic as_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf
- Cabetas Hernández, I. (2016). Soledad y Asilamiento, Pulsión de Muerte. *Madurez Activa*, 1(1), 1-7. Obtenido de <http://www.madurezactiva.org/estudios-y-proyectos/soledad-y-aislamiento-pulsion-de-muerte>
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, A. (junio de 2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19.
- Castro Blanco, M. d. (30 de noviembre de 2015). Soledad y Envejecimiento: cómo evitar que este binomio se cumpla. Ponencia presentada en la X Jornadas Hartu-emanak, La Autonomía Personal y la Dependencia en el Proceso de Envejecimiento. Bilbao, España. Obtenido de <https://www.hartuemanak.org/wp-content/uploads/2015/11/Publicacion10.pdf>
- Catelli, J. E. (24 de abril de 2020). *Cómo la pandemia de coronavirus alimenta la epidemia de la soledad en adultos mayores*. Obtenido de <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/24/como-la-pandemia-de-coronavirus-alimenta-la-epidemia-de-la-soledad-en-adultos-mayores/>
- Cava, M. J., Buelga, S., Estévez, E., & Musitu, G. (2013). *Lisis Grupo de Investigación de la Universidad de Valencia*. Obtenido de <https://lisis.blogs.uv.es/instrumentos-2013-2016/>

- Cerrato, F. G. (18 de marzo de 20220). Sobrevivir al confinamiento forzoso. *Biotech Magazine and News*, 1(1), 4-5. Obtenido de <https://biotechmagazineandnews.com/sobrevivir-al-confinamiento-forzoso/>
- Céspedes, I. F. (noviembre de 2019). Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez . *Universidad de Costa Rica*, 11(11), 141-157. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7312955>
- Dabove, M. I., Fernández Oliva, M., & Nawojczyk, E. (01 de Marzo de 2017). *Persona mayor*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/67>
- Daichman, L. (14 de junio de 2020). *La discriminación a los mayores pasó de latente a presente por la pandemia*. Obtenido de Telam: <https://www.telam.com.ar/notas/202006/476328-discriminacion-mayores-pandemia.html>
- Díez Nicolás, J., & Morenos Páez, M. (2015). La Soledad en España. *ASEP*, 1(1), 52-85. Obtenido de fundaciononce.es: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
- Escobar, C. (03 de Junio de 2020). *Vejez en la Pandemia: una voz necesaria de escuchar más allá de sus enfermedades físicas*. Obtenido de Universidad de Chile: <https://www.uchile.cl/noticias/163996/vejez-en-la-pandemia-una-voz-necesaria-de-escuchar>
- Española, R. A. (01 de diciembre de 2020). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/soledad>
- Estadística Municipalidad de Rosario, D. G. (2018). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales*. Rosario: Municipalidad de Rosario.
- Fernández, O., Muratori, M., & Zubieta, E. M. (31 de Julio de 2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 1(1). Obtenido de Repositorio Institucional: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/27610>
- Fiorito, J. (19 de Junio de 2019). El Cuidado de Adultos Mayores. *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y Desafíos*, 1(1), 39-73.

- García Férrez, J. (2004). ¿Es éticamente bueno Vivir y Morir en Soledad? *Sesenta y Más*, 225(1), 46-51. Obtenido de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/ses225informe.pdf>
- Gené Badía, J. S., Obiols Masó, N., & Oliveras Puig, L. L. (2016). Aislamiento social y soledad ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Elsevier*, 48(9), 604-609.
- Hernán Montalban, M. J., & Rodriguez Moreno, S. I. (01 de diciembre de 2017). *La Soledad no Deseada en la Ciudad de Madrid*. Obtenido de https://fuencactiva.org/wp-content/uploads/2019/09/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf
- Iacob, R. (30 de mayo de 2015). *La identidad social en el envejecimiento y vejez*. Obtenido de Psicología de la Mediana Edad y Vejez: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>
- Klein, M. (1963). *Sobre el Sentimiento de Soledad*. Buenos Aires: Paidós.
- Lorente Martínez, R. (diciembre de 2017). *La Soledad en la Vejez* (Tesis Doctoral) . *Universidad Miguel Hernández, Elche, España*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123014>
- Luengo, G. (octubre de 2006). *Desde el amor a la soledad*. XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, "El legado de Freud a 150 años de su nacimiento", Lima, Perú. Obtenido de http://www.fepal.org/images/2006invest/luengo_guillermo.pdf
- Ministerio de Salud. (31 de Marzo de 2020). *Definiciones básicas sobre epidemias, brotes y pandemias*. Obtenido de Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/salud/desastres/epidemias>
- Montero López Lena, M., & Sánchez Sosa, J. J. (28 de Febrero de 2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212404.pdf>
- Muchnik, E., & Seidmann, S. (2004). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

- Municipalidad de Rosario. (2018). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2018*.
Obtenido de https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/anuario_2018.pdf
- Municipalidad de Rosario. (01 de diciembre de 2020). *Información Territorial*. Obtenido de Municipalidad de Rosario:
<https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/caracteristicas/informacion-territorial>
- Neidhofer, G. (9 de Junio de 2020). *Consecuencias de la pandemia del COVID-19 en las desigualdades sociales en el largo plazo*. Obtenido de PNUD:
<https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/consecuencias-de-la-pandemia-del-covid-19-en-las-desigualdades-s.html>
- Núñez Castaño, J. (17 de junio de 2019). *La soledad de las personas mayores, a veces invisible: un estudio empírico desde el trabajo social*. (Tesis de Grado).
Universidad de Valladolid, facultad de Educación y Trabajo Social.
- OMS. (21 de Febrero de 2014). *Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores*. Obtenido de
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1289:autocuidado-clave-buena-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=290
- OMS. (15 de Enero de 2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
Obtenido de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- OPS. (10 de Abril de 2020). *Panorama general de las medidas actuales de distanciamiento social y evidencia necesaria para determinar el momento óptimo para relajar estas medidas*. Obtenido de paho.org: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52447>
- OPS/OMS. (12 de Octubre de 2018). *Llaman a realizar “cambios fundamentales” para mejorar la calidad de vida de personas mayores*. Obtenido de
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10265:llaman-a-realizar-cambios-fundamentales-para-mejorar-la-calidad-de-vida-de-personas-mayores&Itemid=290
- Palacios Echevarria, A. J. (30 de marzo de 2016). *La soledad en el adulto mayor*. Obtenido de FIAPAM: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>

- Picco, J., Gonzalez Dávila, E., wolff, S., Gómez, V., & Wolff, D. (2020). Aspectos psicosociales de la Pandemia de Covid-19 en la población de la Ciudad de Mendoza. *Revista Argentina de Medicina*, 8(2), 96-100.
- Pinazo Hernandis, S., & Bellegarde Nunes, M. D. (2018). La Soledad de las Personas Mayores. *Fundación Pilares*, 5(1), 83-110.
- Pinazo Hernandez, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-252.
- Provincia de Santa Fe. (25 de Marzo de 2020). *Decreto 2070*. Obtenido de Boletín Oficial de la Provincia Santa Fe:
<https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=2020/2020-03-25decreto270-2020.html>
- Pulizzi, L. (30 de Noviembre de 2008). Sobre la concepción social del adulto mayor. *Tiempo*, 23(1).
- Real Academia Española. (01 de diciembre de 2020). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/soledad>
- Rubio Herrera, R. (28 de Febrero de 2007). La problemática de la soledad en los mayores. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 11-27.
- Rubio Herrera, R. (2009). *La soledad en los mayores*. Obtenido de Universidad de Granada: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Scarimbolo, G. (14 de junio de 2016). *La soledad de los adultos mayores ¿un problema mayor?* VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Schor Landmann, C. (1 de Marzo de 2020). *Consecuencias subjetivas de la pandemia*.
Obtenido de CLACSO: <https://www.clacso.org/consecuencias-subjetivas-de-la-pandemia/>

Schwarcz, A. (29 de mayo de 2020). *Reflexiones sobre la vejez a la luz de la pandemia*.
Obtenido de Universidad Maimónides:
<https://gerontologia.maimonides.edu/2020/05/reflexiones-sobre-la-vejez-a-la-luz-de-la-pandemia/>

Silva, D. H. (2020). Las consecuencias psicológicas del asilamiento, el distanciamiento social y la cuarentena". *Conexiones*, 33(3), 44-49.

Valverde Mayol, C., Fragua Gil, S., & García de Cecilia, J. M. (14 de julio de 2016). Validación de la Escala de Soledad de UCLA y Perfil Social en la Población Anciana que Vive Sola. *Semergen*, 42(3), 177-183.

Vega Rivero, J. A., Carlos, R. L., Hernández Pacheco, I., Acuña Gurrola, M. d., & López Pntigo, L. (julio de 2020). La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(7), 669-765.

ANEXOS

Anexo A - Consentimiento informado

Lugar y fecha:

Luego de haber sido debidamente informado/a de los objetivos y procedimientos de esta investigación, denominada “*La soledad en el adulto mayor en contexto de distanciamiento por coronavirus*”, y mediante la forma de este documento, acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo, conducido por *Rafael Lanese*.

Se me ha notificado que mi participación es libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio.

Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados en la investigación. Y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Entrevistado - Firma y aclaración

Anexo B - Ficha de Datos Sociodemográficos

Datos sociodemográficos

Entrevistado:

Codificación:

Edad

Sexo

Estado civil

Hijos

Educación

Religión

Personas cohabitantes

Mascota

Ocupación actual / anterior

Jubilado

Enfermedad en curso

Medicación

Actividad recreativa / deporte

Anexo C - Protocolo Escala de Soledad de Buenos Aires ESBA

ESCALA ESBA

Participante Nro.:

El presente cuestionario forma parte de una investigación sobre la soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario. La encuesta es anónima, la información obtenida es confidencial y solo se utilizará a los fines de la presente investigación.

Por favor, responda su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Nada de Acuerdo	Poco de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1.- Nadie me entiende.	1	2	3	4
2.- No siento que pertenezca a algún grupo de personas en especial.	1	2	3	4
3.- Pienso de una forma muy distinta al resto.	1	2	3	4
4.- Estoy cansado/a de intentar ser parte de grupos.	1	2	3	4
5.- Estoy completamente fuera de todo grupo social.	1	2	3	4
6.- Soy realmente comprendido/a por otra persona, y eso me hace sentir bien.	1	2	3	4
7.- Mis relaciones con otras personas son conflictivas.	1	2	3	4

Anexo D - Protocolo Escala de Soledad UCLA

ESCALA UCLA

Participante Nro.:

El presente cuestionario forma parte de una investigación sobre la soledad en adultos mayores de la ciudad de Rosario. La encuesta es anónima, la información obtenida es confidencial y solo se utilizará a los fines de la presente investigación

Las siguientes frases, describen como se siente a veces la gente.
Indique con qué frecuencia cada frase describe la forma en que usted se siente.
Según las siguientes opciones de respuesta:

1-Nunca

2-Pocas veces

3-Muchas veces

4-Siempre

		1	2	3	4
1	¿Con que frecuencia siente que le entiende (está en sintonía) la gente que le rodea?				
2	¿Con que frecuencia siente que le falta compañía?				
3	¿Con que frecuencia siente que no hay nadie a quien pueda pedir ayuda?				
4	¿Con que frecuencia se siente solo/a?				
5	¿Con que frecuencia siente que forma parte de un grupo de amigos?				
6	¿Con que frecuencia piensa que tiene mucho en común con la gente que le rodea?				
7	¿Con que frecuencia siente que no tiene a nadie cerca de suyo?				
8	¿Con que frecuencia piensa que sus intereses e ideas no son compartidos por quienes le rodean				
9	¿Con que frecuencia piensa que es una persona sociable y amistosa?				
10	¿Con que frecuencia se siente vinculado/a y unida/o a otra gente?				
11	¿Con que frecuencia se siente rechazado/a?				
12	¿Con que frecuencia piensa que sus relaciones sociales no son importantes?				
13	¿Con que frecuencia piensa que nadie le conoce realmente bien?				
14	¿Con que frecuencia se siente aislado/a de los demás?				
15	¿Con que frecuencia piensa que puede encontrar compañía cuando lo desea?				
16	¿Con que frecuencia siente que hay gente que realmente le entiende?				
17	¿Con que frecuencia se siente tímido/a?				
18	¿Con que frecuencia siente que está con gente alrededor, pero no están realmente con usted?				
19	¿Con que frecuencia siente que hay gente con quien puede hablar?				
20	¿Con que frecuencia piensa que hay gente a quien puede pedir ayuda?				