

"GIZA
ESKUBIDEEI
BURUZKO
JARDUNALDIAK"
BILDUMA

COLECCIÓN
"JORNADAS
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS"

NAHI GABEKO BAKARDADEA. POLITIKA PUBLIKOEN EREDUAK
ETA HERRITARREN KONPROMISOA

LA SOLEDAD NO BUSCADA. MODELOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Y COMPROMISO DE LA CIUDADANÍA



24

**“GIZA ESKUBIDEEI
BURUZKO JARDUNALDIAK”
BILDUMA**

**COLECCIÓN
“JORNADAS SOBRE
DERECHOS HUMANOS”**



**NAHI GABEKO BAKARDADEA.
POLITIKA PUBLIKOEN EREDUAK
ETA HERRITARREN KONPROMISOA**

***LA SOLEDAD NO BUSCADA.
MODELOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Y COMPROMISO DE LA CIUDADANÍA***

XXXIX. Uda Ikastaroak
XXXIX Cursos de Verano

XXXII. Europar Ikastaroak – UPV/EHU 2020
XXXII Cursos Europeos – UPV/EHU 2020



Vitoria-Gasteiz
2020

Lan hau [Aitortu.4.0 Nazioartekoa](#) (CC BY 4.0) lizentziapean dago



Lan honen **bibliografia-erregistroa** [Arartekoko liburutegiaren katalogoan](#) aurki daiteke

Arartekoaren argitalpenak eskuratzeko:

- [web](#) gunean
- [posta elektronikoz](#) eskatuz
- aurrez aurre gure hiru bulegoetako batean, idatziz (Prado 9, 01005 Vitoria-Gasteiz) edo telefonoz (945 13 51 18)

Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#) (CC BY 4.0)



Un **registro bibliográfico** de esta obra puede consultarse en el [catálogo de la biblioteca del Ararteko](#)

Para acceder a las publicaciones del Ararteko:

- en la [web](#)
- mediante solicitud por [correo electrónico](#)
- presencialmente en cualquiera de las tres oficinas, por escrito (Prado 9, 01005 Vitoria-Gasteiz) o por teléfono (945 13 51 18)

ARARTEKO

Diseinua, maketazioa eta inpresioa / Diseño, maquetación e impresión:

GU design

Azaleko irudia / Ilustración de cubierta:

[Pxfuel](#)



AURKIBIDEA

ÍNDICE



AURKEZPEN / PRESENTACIÓN..... 11

(Manuel Lezertua - Arartekoa / Ararteko)

I. PONENTZIA / PONENCIA I:

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOLÓGICOS. LA SOCIEDAD QUE TENEMOS Y QUE TENDREMOS..... 19

(Dolores Puga - Ikerketa Zientifikoen Kontseilu Nagusiko (CSIC) Ekonomia, Geografia eta Demografia Institutuko zientzialari titularra. Zahartzeari buruzko Ikerketa Taldea / Científica titular del Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Grupo de Investigación sobre Envejecimiento)

II. PONENTZIA / PONENCIA II:

LA SOLEDAD Y EL VALOR DEL CUIDADO..... 31

(Marije Goikoetxea - Giza Eskubideen arloko doktorea eta Deustuko Unibertsitateko irakaslea / Doctora en Derechos Humanos y profesora en la Universidad de Deusto)

I. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA I:

BAKARDADEARI BURUZKO IKUSPEGIAK ETA AZTERKETAK / MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD

• **MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD DESDE LA SALUD MENTAL 55**

(Iñaki Markez - Psikiatra, Neurozientzietako doktorea "Zubiok" Psikoterapiako Euskal Institutuan. Bilbo / Psiquiatra, doctor en Neurociencias en "Zubiok", Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao)

• **LA SOLEDAD COMO EMERGENTE DE NO COMUNIDAD: LA EXPERIENCIA PILOTO COMUNITARIA DE MADRID DE "PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA (2016-2019)" 67**

(Javier Segura del Pozo - Madrid Salud erakunde autonomoko Prebentziorako eta Osasun Sustapenerako aholkulari teknikoa. Madrilgo Udala / Consejero técnico de Prevención y Promoción de la Salud del organismo autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid)

• **MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES Y LOS CUIDADOS 75**

(Mabel Cenizo - Cáritaseko Komunikazio, Gertakari, Prestakuntza eta Boluntariora arloko arduraduna / Responsable de Comunicación, Incidencia, Formación y Voluntariado de Cáritas)

• **INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL 87**

(Patxi Leturia - Indarkeria Matxistaren Emakume Biktima Babesteko eta Gizarteratzeko zerbitziburua. Gipuzkoako Foru Aldundia / Jefe del Servicio de Protección Social a la Mujer Víctima de Violencia Machista y de Inclusión Social. Diputación Foral de Gipuzkoa)

II. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA II:

ZAINTZEA ERRAZTEKO TRESNAK / INSTRUMENTOS PARA FACILITAR EL CUIDADO

- **LA COMUNIDAD QUE CUIDA AYUDADA POR LAS TIC** 105
(Adriana Martínez - APTES-Asociación para la Promoción de la Tecnología Social)
- **INNOVACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD** 113
(Alfredo Alday - ALDA2U)
- **PROYECTO ETXEGOR** 125
(Aitor Bedialauneta - Euskal Gorra-eko presidentea. Gorren Elkarteen Euskal Federazioa / Presidente de Euskal Gorra. Federación Vasca de Asociaciones de Personas Sordas)
- **ARQUITECTURAS DEL CUIDADO**..... 135
(Irati Mogollón - Ana Fernández)

III. PONENTZIA / PONENCIA III:

LA SOLEDAD Y EL CUIDADO EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS. EL IMPACTO DE LA COVID-19..... 141

(José Antonio Seoane - Zuzenbide Filosofian katedraduna. Coruñaiko Unibertsitatea / Catedrático de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña)

III. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA III:

BAKARDADEAREN GAIARI OSORIK HELTZEKO ESTRATEGIAK. EREMU SOZIO-SANITARIOA. JARDUERA EGOKIAK (EUROPAKO, ESTATUKO ETA ERKIDEGOKO ESPARRUETAN) / ESTRATEGIAS PARA ABORDAR DE FORMA INTEGRAL LA SOLEDAD. EL ESPACIO SOCIOSANITARIO. BUENAS PRÁCTICAS (ÁMBITOS EUROPEO, ESTATAL Y AUTONÓMICO)

- **LA SOLEDAD EN EUROPA: ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN DIFERENTES PAÍSES** 157
(Sacramento Pinazo-Hernandis - Gizarte Psikologiako irakasle titularra Valentziako Unibertsitatean. Pilares fundazioa / Profesora titular de Psicología Social en la Universitat de València. Fundación Pilares)
- **BIZKAIA SARETU: ESCUELA PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD.. 173**
(Karmele Acedo - Gizarte-zerbitzu integratuetako (SSI) gerentea / .Gerente de SSI-Servicios sociales integrados)

IV. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA IV:

BAKARRIKDAUDENEILAGUNTZEA.JARDUERAEGOKIAK /ACOMPÑAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS. BUENAS PRÁCTICAS

- **LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS DE 55 Y MÁS EN GIPUZKOA Y EL MOVIMIENTO DE AMIGABILIDAD** 191
(Elena del Barrio - Matia Fundazioa / *Fundación Matia*)
- **TELÉFONO DE LA ESPERANZA DE GIPUZKOA (TEG): MÁS DE 30 AÑOS ACOMPAÑANDO EMOCIONAL Y SOCIALMENTE A LAS PERSONAS QUE SE SIENTEN SOLAS.....** 201
(Maribel Pizarro - Gipuzkoako Itxaropenaren Telefonoa / *Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa*)
- **ACOMPÑAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS. BUENAS PRÁCTICAS..** 211
(Mercedes Villegas - ADINKIDEko zuzendaria / *Directora de ADINKIDE*)
- **ACOMPÑAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS. BUENAS PRÁCTICAS .** 219
(Maidier González - Portal Solidario. Gipuzkoako Gurutze Gorria / *Portal Solidario. Cruz Roja Gipuzkoa*)

V. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA V:

PERTSONEN ARTEKO LOTURA ERRAZTEKO TRESNAK. ZAINTZEN DUTEN HIRIAK / INSTRUMENTOS PARA FACILITAR LA INTERCONEXIÓN DE LAS PERSONAS. CIUDADES QUE CUIDAN

- **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y COMUNITARIA CON PERSONAS ADULTAS EN SITUACIÓN O RIESGO DE DESPROTECCIÓN Y SUS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE BILBAO-PISECA** 231
(Goizalde Arrieta - Helduak Babesteko Bulegoa. Gizarte Ekintza Saila. Bilboko Udala / *Negociado de Protección de Personas Adultas. Área de Acción Social. Ayuntamiento de Bilbao*)
- **PROGRAMA ACTIVA TU BARRIO** 239
(Maite Ruiz de Sabando - Adinekoen Zerbitzuko erkidegoko zentro eta programetako burua. Gasteizko Udala / *Jefa de centros y programas comunitarios del Servicio de Personas Mayores. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz*)
- **DONOSTIA LAGUNKOIA, UN PLAN DE CIUDAD PARA FACILITAR LA INTERCONEXIÓN ENTRE PERSONAS Y CONTRIBUIR BIEN COMÚN** 243
(Eva Salaberria - Donostia Lagunkoia)
- **LA EXPERIENCIA DEL BANCO DE TIEMPO DEL AYUNTAMIENTO DE BARAKALDO: 7 AÑOS TEJIENDO RELACIONES INTERCULTURALES DE CUIDADO** 251
(Jone Pariza - Barakaldoko Udaleko Immigrazio teknikaria. Barakaldoko Denboraren Bankua / *Técnica de Inmigración del Ayuntamiento de Barakaldo. Banco del Tiempo de Barakaldo*)



AURKEZPENA PRESENTACIÓN



Lehenik eta behin, Arartekoak EHUren Uda Ikastaroen barruan antolatu duen ikastaro honetan fisikoki zein streaming bidez laguntzen diguten hizlari eta pertsona guztiak agurtu nahi ditut, eta ongietorria eman nahi diet. Eskerrik asko EHUko uda ikastaroen zuzendari akademikoari, Itziar Alkorta andreari, gaur hemen egoteagatik eta ikastaro hau egin ahal izateko eman digun laguntzagatik.

Urte eta ikastaro ezohikoa da aurtengoa, banaka eta taldeka bizitzen ari garen ingurubar berezi-bereziak direla-eta. Hagitz eragin larriak ditugu osasunaren, enpleguaren eta ekonomiaren alorretan, eta bai gure bizimoduan eta elkarrekiko harremanetan ere. Ikastaro hau berezia da, halaber, formatu berezia duelako, non modalitate hibrido hau sartu behar izan baita –uste dut formatu hori gure artean geratzeko etorri dela– bi alderdi bateratzeko asmoz: alde batetik, asistentzia presentzial txikiagoa, segurtasun-distantziak eta

Quiero, en primer lugar, saludar y dar la bienvenida a los y las ponentes y a todas las personas que nos acompañan tanto físicamente como en streaming en este curso organizado por el Ararteko, en el marco de los Cursos de Verano de la UPV/EHU. Quiero agradecer la presencia de Itziar Alkorta, directora académica de los Cursos de Verano, y su colaboración y apoyo para que este curso pueda celebrarse.

Este es un año y un curso atípico por las especialísimas circunstancias que nos está tocando vivir, individual y colectivamente. Padecemos afectaciones muy graves a la salud, al empleo y la economía, y a nuestra forma de vivir y de relacionarnos los unos con los otros. También por el propio formato del curso, en el que ha habido que dar cabida a esta modalidad híbrida –que creo que ha venido para quedarse– para poder conjugar la menor asistencia presencial ante la necesidad de garantizar las distancias de se-

osasan-protokoloak bermatze aldera; eta, bestetik, pertsona gehiagok ikastarora joateko aukera, gure udako ikastaroetan ohikoa den bezala.

Horregatik, nire aintzatespena bereziagoa da hemen zaudetenontzat, eta jarduera honetan laguntzeko zailtasun guztiak saihestu dituzuenontzat; izan ere, oztopo ugari egon arren, Arartekoak eta bere taldeak ulertu dute bilatu gabeko bakardadeaz hitz egin behar dela, gaur inoiz baino gehiago. Behar-beharrezkoa zen jarduera hori proposatu eta ikastaroaren programa diseinatu genuenean, baina are gehiago orain, nahi ez dugun errealitate horretatik hurbilago gaudenean.

Gure udako ikastaroen ibilbide historikoa ezagutzen duzuenok badakizunez, gaiak hautatzerakoan erakundean jasotzen diren kexa edo erreklamazio indibidualen bidez normalean ezagutzen ez diren gaiak jorratzen saiatzen gara; hau da, kasu zehatzetatik aztertu ezin izan diren gaiak jorratu nahi ditugu. Zentzu horretan, EHUren Udako Ikastaroen espazioa eremu egokitzat jotzen dut eragin eta konplexutasun handiko gizarte-arazoak aztertzeko. Izan ere, hainbat ikuspegi biltzen dituen eta diziplinartekotasuna ahalbidetzen duen espazio bat da, eta, gainera, eztabaidarako eta bertaratutakoen partaidetzarako gune bat ere badu.

Adibide gisa, azken urteotan jorratu ditugun gaiak aipatu nahi nituzke: *Pertsonen eskubideak bizitzaren amaieran*; *Haurren sexu-abusua*; *Europa, asilo-lurra?*, edo *Euskadiko*

guridad y los protocolos de salud, con abrir la posibilidad de asistencia a un mayor número de personas, como viene siendo habitual en nuestros Cursos de Verano.

Por ello, mi reconocimiento es más especial hacia quienes estáis aquí y habéis sorteado todas las dificultades para acompañarnos en esta actividad, porque, pese a los múltiples obstáculos existentes, el Ararteko y su equipo ha entendido que, hoy más que nunca, se hace necesario hablar de la soledad no buscada. Ya lo era cuando propusimos esta actividad y diseñamos el programa del curso, pero aún lo es más intensamente ahora que nos hemos acercado más de cerca a esta realidad no deseada.

Como ya sabéis quienes conocéis la trayectoria histórica de nuestros cursos de verano, en la elección de los temas, tratamos de abordar cuestiones que habitualmente no sean conocidas a través de las quejas o reclamaciones individuales que se reciben en la institución, y que, por tanto, no se han podido analizar desde el caso concreto. En ese sentido, considero el espacio de los Cursos de Verano de la EHU/UPV como un ámbito idóneo para analizar problemáticas sociales de gran impacto y complejidad en el que confluyen diversas perspectivas y que posibilita la interdisciplinariedad, disponiendo, además, de un espacio para el debate y la participación de las personas asistentes.

A modo de ejemplo, quisiera citar las temáticas abordadas en los últimos años: *Los derechos de las personas al final de la vida*; *El abuso sexual infantil*; *Europa, ¿tierra de asi-*

gazteek herritartasun-eskubideak gauzatzeko dituzten zailtasunak.

Zergatik aukeratu dugu gai hau? Gure gizartearen zahartzen ari da; jaiotza-tasa zeharo jaitsiz doa; familia-nukleoak geroz eta txikiagoak direla egiaztatzen duen gizartean bizi gara; mugikortasuna geroz eta handiagoa da eta bizilekuan luzaroan errotzea ere galduz doa. Horren guztiaren ondorioz, egungo bizi-ohiturekin batera, pertsonok launtza- eta urgazpen-sare bat izateko zailtasun handiagoak ditugu egungo gizartean. Gure gizartea eta familia-ereduak errotik aldatu dira azken hamarkadetan, eta, horrekin batera, bai zaintza-modu tradizionalak ere.

Badira, gainera, migrazio-fluxuetatik eratorzen diren “kulturarteko” beste elementu batzuk, erkidego-sarerik ez egotea eragin dezaketenak, eta horri aurre egin behar zaio. Horren ondorioz, bakardadean bizitzea gero eta nabarmenagoa da gure gizartean, eta areagotzeko joera du.

Eustaten datuen arabera, bakarrik bizi diren pertsonak biztanleriaren %10 ziren 2018an, eta 2015ean, adibidez, lau etxetik batean pertsona bakarra bizi zen.

Bilatu gabeko bakardadeak neurri handi batean adineko pertsoneri eragiten die, baina ez modu esklusiboan, askotariko kolektiboetako pertsonengan baitu eragina. Hain zuzen ere, baieztapen hori nabarmendu nahi dut, garrantzitsua iruditzen baitzait azpimarratzea bakardadean bizi diren pertsona guztien ar-

lo?, o Dificultades de la juventud vasca para el ejercicio efectivo de sus derechos de ciudadanía.

¿Por qué hemos elegido este tema? El envejecimiento de nuestra sociedad, el descenso de la natalidad y la realidad de núcleos familiares más pequeños, la mayor movilidad y la pérdida de arraigo en el lugar de residencia, junto con los hábitos de vida actuales, determinan una mayor dificultad para que las personas podamos contar con una red de apoyo y acompañamiento. Nuestra sociedad y modelos de familia han cambiado de forma radical en las últimas décadas y, con ello, los tradicionales mecanismos de cuidado.

Existen, además, otros elementos “interculturales” derivados de los flujos migratorios que pueden determinar la ausencia de una red comunitaria, a la cual hay que hacer frente. Ello provoca que la vida en soledad sea una realidad cada vez más imperante en nuestra sociedad, con tendencia a incrementarse.

Según datos del Eustat, las personas solas suponían en 2018 el 10% de la población y 1 de cada 4 hogares en 2015.

La soledad no buscada afecta en gran medida a las personas de edad avanzada, pero no de forma exclusiva, ya que alcanza a personas pertenecientes a colectivos diversos. Precisamente quiero pararme en esta afirmación porque me parece importante destacar que dentro del conjunto de personas

tean ez direla soilik adineko pertsonak bizi –batez ere emakumeak, egun hauetan zehar emango diren datuen eta azterlanen bidez ikusiko den bezala–, baizik eta beste pertsona edo kolektibo batzuk ere badirela hala-koak pairatzen dituztenak.

Bakardade mota asko dago, eta estereotipo edo klixe asko daude; ikastaro honek horiek guztiak baztertzen laguntzea espero dut.

Ikastaro honetan, hausnarketarako eta lanbide- eta sektore-elkartrukerako gune bat sustatu nahi da, bakardadea bilatzen ez duten pertsonen buruzko prebentzioaren, detekzioaren eta esku-hartzearen gaineko ezagutzak eta esperientziak partekatzeko, eta bai pertsona horien beharrei erantzuteko biderik egokienak eta eraginkorrenak bilatzeko ere.

Egun hauetan, Euskadin, Estatuan eta nazioartean dauden zenbait programa eta estrategia ezagutu ahal izango ditugu.

Gainera, egoera horretan daudenak babes-teko, zaintzeko eta parte hartzeko sare bat sortzen laguntzen duten tresna, jardunbide on eta gizarte- eta komunitate-ekimenen multzoa aztertu nahi ditugu, gure gizartearen pertsonen arteko lotura hobetze aldera.

Zalantzarik gabe, problematika horrek dimentsio ugari ditu, eta, horretarako, administraziozko hainbat eragilek eta sistemak esku hartu behar dute, gizarte-, osasun-, kultura-, etxebizitza- arloetan eta gainerako arloetan; izan ere, problematika horrek udal-eremuan du proiektiorik handiena. Gizarte zibilak ere,

en soledad no habitan únicamente personas mayores –por cierto, mayoritariamente mujeres, como se verá a través de los datos y estudios que se aportarán a lo largo estos días–, sino que hay otras personas o colectivos que la padecen igualmente.

Hay muchos tipos de soledades, y hay muchos estereotipos o clichés que espero que este curso ayude a desterrar.

En este curso se tratará de promover un espacio reflexivo y de intercambio profesional e intersectorial, que permitan compartir conocimiento y experiencia en la prevención, detección e intervención respecto a las personas en situación de soledad no buscada y sobre la forma de abordar sus necesidades.

Estos días podremos conocer algunos de los programas y las posibles estrategias ya existentes, tanto en Euskadi como en el ámbito estatal e internacional.

Además, se trata de analizar el conjunto de herramientas, buenas prácticas e iniciativas sociales y comunitarias que contribuyen a crear una red de apoyo, cuidado y participación de quienes se encuentran en dicha situación, para mejorar la interconexión de las personas en nuestra sociedad.

Sin duda, esta problemática presenta múltiples dimensiones, lo que requiere la intervención de diferentes agentes y sistemas de la administración: ámbito social, sanitario, cultural, vivienda, etc., y tiene su proyección máxima en el ámbito municipal. También la

bistakoa denez, oso zeregin garrantzitsua du alor honi dagokionez.

Hori guztia aztertze aldera, bi jardunaldi hauetan aditu-talde handia izango dugu, 22 aditu hain zuzen ere, eta moderatzaile gisa Arartekoaz kanpoko beste pertsona garrantzitsu batzuk izango ditugu lagun (baina hori guztia programan duzue, eta adituok banan-banan aurkeztuko direnez, une honetan ez naiz horretan geldituko).

Gaiari doakionez interesa izan arren ikastarora joaterik izan ez duten pertsonak ikastaroaren nondik norakoen berri izan dezaten, Arartekoaren sare sozialetan elkarreraginean ari gara, eta material guztiak gure web-orrian eskura jartzen ditugu, bertan sartu baititugu aurkezpenak eta ponentziak. Horiekin guztiekin, gainera, erakunde honek argitalpen bat egingo du geroago.

Ziur asko jakingo duzue, ikasturte hau xehetasun guztiekin diseinatuta zegoen COVID-19a agertu aurretik, baina, zalan-tzarik gabe, pandemiak gure bizitzako eta gure jardueretako alderdi guztiak zeharkatu ditu eta zeharkatzen ditu; horregatik, ikuspegi hori txertatu dugu esku-hartzeetan zehar; gainera, bizitegi-eremuan bakardadea eta zaintza bizitzeko moduari buruzko narrazioari lekua egin diogu, eskubideen ikuspegitik begiratuta.

Hain zuzen ere, egun bizi dugun osasun-egoera gure eguneroko bizitzan oso presente dagoelako, osasun-sisteman, eremu sozio-sanitarioan, hirugarren sektoreko era-

sociedad civil, como resulta evidente, juega un papel muy importante.

Para tratar todo ello, en estas dos jornadas contaremos con un nutrido grupo de personas expertas, concretamente 22, y nos acompañarán como moderadoras otras personas igualmente relevantes externas al Ararteko (pero como todo ello lo tienen en el programa, y serán objeto de presentación individualizada, no voy a detenerme a ello en este momento).

Al objeto de posibilitar que las personas interesadas en el tema que no han podido asistir conozcan el desarrollo del curso estamos interactuando en las redes sociales del Ararteko, y facilitamos todos los materiales en nuestra página web en la que se han incorporado las presentaciones y ponencias. Con todas ellas, además, se realizará una publicación posterior desde esta institución.

No se les escapará que este curso estaba ya diseñado en todos sus detalles antes de la irrupción de la COVID-19, pero es indudable que la pandemia atraviesa todo ya en nuestras vidas y en nuestras actividades, lo que ha hecho que incorporemos esa visión a lo largo de las intervenciones, además de dar cabida a la forma en la que se ha podido vivir la soledad y el cuidado en el ámbito residencial desde la perspectiva de los derechos.

Precisamente porque la situación sanitaria que estamos viviendo está muy presente en nuestro día a día, no puedo finalizar estas palabras de bienvenida y presentación

kundeetan, funtsezko jardueretan eta abarretan lan egiten duten pertsona guztiei eta hainbeste pertsona miresgarri nire esker on sakon eta zintzoaren lekukotza adieraziz amaitu nahi ditut ongietorriko eta aurkezpeneko hitz hauek; izan ere, pertsona horiek guztiek, beren osasuna arriskuan jarriz, lan nekaezina egiten dute, konpromiso eta erantzukizun pertsonal zeharo handiarekin, pandemiaren eragina ahalik eta txikiena izan dadin eta guk guztiok geure bizitzekin aurrera egin ahal izan dezagun. Eskerrik asko, bihotz-bihotzez.

Ziur nago jardunaldi honetan bakardadearen kontzeptuan eta zaintzaren dimentsio etikoan sakonduko dugula; bai eta bilatu gabeko bakardade-egoeran dauden pertsonen laguntzeko erakundeek gizarte osoaren esku jartzen dituzten tresnetan ere. Horregatik da hain garrantzitsua haien presentzia eta ekarpenak: adituenak, erakundeenak eta gizarte-erakundeenak. Horren ondorio da topaketa honi eman nahi izan diogun edukia, nagusiki, parte-hartzailea izan dadila lortu nahi baitugu. Eskerrik asko guztioi ikastaroko helburuak bete ahal izateko eta bilatu gabeko bakardade-egoerei buruzko ezagutza aberasteko eman diguzuen laguntzagatik.

Eskerrik asko.

sin aprovechar la ocasión para manifestar mi testimonio de gratitud profunda y sincera a todas las personas que desde el sistema de salud, del ámbito sociosanitario, integrantes de organizaciones del tercer sector, a quienes trabajan en actividades esenciales y a tantas personas admirables, que arriesgando su salud, trabajan incansablemente con un gran compromiso y responsabilidad personal para que la incidencia de la pandemia sea la mínima posible y podamos seguir adelante con nuestras vidas. Gracias de corazón.

Estoy convencido de que en esta jornada profundizaremos tanto en el concepto de la soledad, como en la dimensión ética del cuidado, y en los instrumentos que tanto las instituciones como las organizaciones de apoyo a las personas en situación de soledad no buscada, ponen en manos de las sociedad en su conjunto. Por ello es tan importante su presencia y sus aportaciones: las de las personas expertas, la de las instituciones, y organizaciones sociales. A ello obedece el contenido que hemos querido dar a este encuentro, que pretendemos sea eminentemente participativo. Gracias a todas y todos por su colaboración para que podamos cumplir con los objetivos del curso y enriquecer el conocimiento sobre las situaciones de soledad no buscada.

Muchas gracias.

Manuel Lezertua

Arartekoa / Ararteko



I. PONENTZIA **PONENCIA I**

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOLÓGICOS. LA SOCIEDAD QUE TENEMOS Y QUE TENDREMOS

Dolores Puga

Ikerketa Zientifikoaren Kontseilu Nagusiko (CSIC) Ekonomia, Geografia eta Demografia Institutuko zientzialari titularra. Zahartzeari buruzko Ikerketa Taldea

Científica titular del Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Grupo de Investigación sobre Envejecimiento



Introducción

La Encuesta Mundial de Valores (WVS) formula la siguiente pregunta: “¿Las cohortes más jóvenes experimentarán una mayor soledad debido a cambios en los patrones familiares (menor tamaño familiar, aumento de la divorcialidad...)?”. La respuesta mayoritaria es positiva. Existe una creencia generalizada de que las transformaciones relacionadas con el cambio demográfico, en términos de mayor envejecimiento, descenso de la natalidad, menor tamaño de los hogares o aumento de trayectorias de movilidad transnacional, dejarán una huella en las redes de apoyo que conllevará una mayor soledad. ¿En qué medida esto es así? Será la pregunta a la intentaremos responder en esta conferencia.

La respuesta no es simple. El cambio demográfico está transformando las estructuras de coexistencia entre distintos vínculos a través del curso de vida de las generaciones. Algunas de las transformaciones producidas por el mismo conducen, de hecho, a una mayor vulnerabilidad frente a posibles detonantes de soledad. Por el contrario, otros patrones evolutivos resultantes de dicho cambio podrían mitigar algunos de los procesos que conducen a la misma. Para profundizar en la respuesta será necesario comprender en qué consiste el cambio demográfico y las principales consecuencias del mismo. Acercarnos a las diversas soledades y comprender las trayectorias que desembocan en ellas. Y, finalmente, desde un enfoque prospectivo, preguntarnos en qué medida dichas trayectorias pueden ser más frecuentes en las sociedades que tendremos en un futuro próximo.

El cambio demográfico

Nuestra vida es muy distinta a la de nuestros abuelos y, como consecuencia, nuestras poblaciones también son distintas a las del pasado. Ahora vivimos más y, por tanto, necesitamos tener menos hijos para reproducir nuestras poblaciones. El resultado es que vivimos en poblaciones con menos niños y más personas de más edad y de más edades. Esto, de forma sintética, es lo que conocemos como cambio demográfico.

El principal motor transformador de nuestras poblaciones, el que puso en marcha el cambio demográfico, fue la gran transformación en la longevidad. Desde mediados del siglo XIX la esperanza de vida máxima de la especie humana se ha incrementado en 6 hora al día, 3 meses al año o 3 años cada década (Oeppen & Vaupel, 2002). Esta evolución –la-

mativamente estable a lo largo de ciento cincuenta años— ha traído consigo una profunda transformación de nuestro sistema reproductivo. En cualquier especie la mortalidad y la fecundidad están estrechamente relacionadas para asegurar la reproducción de su población. Las especies con alta mortalidad tienen también una alta fecundidad que les permite llegar a reproducir sus poblaciones adultas. Las especies con baja mortalidad tienen suficiente con un menor esfuerzo reproductivo para sustituir a sus poblaciones. La especie humana mantuvo durante decenas de miles de años una esperanza de vida de entre 30 y 40 años. Las altas mortalidades infantiles hacían necesaria una alta fecundidad para llegar a garantizar la sustitución de las poblaciones adultas y, por tanto, la reproducción de la especie. El aumento paulatino pero constante de la esperanza de vida ha venido a alterar este escenario. Tras siglo y medio de disminución de la mortalidad a todas las edades y con esperanzas de vida que superan ya los 80 años, las generaciones han adaptado su esfuerzo reproductivo a un escenario de alta supervivencia. En la actualidad, el aumento del tiempo de vida y la superposición de generaciones cumplen el rol que hace un siglo cumplía la alta natalidad en nuestro sistema reproductivo. Esta profunda transformación en la reproducción humana se conoce como “transición demográfica” (Notestein, 1945; Coale y Hoover, 1958; Caldwell, 1976; Coale, 1989).

La caída de la mortalidad fue seguida de una disminución de la fecundidad que, en poblaciones más longevas y compuestas por múltiples generaciones superpuestas, no precisa ser tan elevada. La natalidad está descendiendo desde inicios del siglo XX. Todas las poblaciones postransicionales presentan una fecundidad por debajo del umbral de reemplazo actual, si bien, antes de crear alarmas al respecto, quizás convendría tener en cuenta que entre las generaciones europeas nacidas durante el siglo XX muy pocas —en algunos países como Suecia o Italia, ninguna— han logrado reemplazarse a sí mismas (Sardon, 1991). En el reemplazo de las poblaciones europeas, la migración siempre ha jugado un papel notable. Las poblaciones postransicionales presentan una baja fecundidad. La pregunta es cómo de baja. Algunas poblaciones postransicionales, tras la caída de la fecundidad, han conseguido aumentarla ligeramente hasta acercarse al umbral de reemplazo (en 2018, el índice sintético de fecundidad era en Francia de 1,9 hijos por mujer y en Suecia de 1,8). Esto ha ocurrido después de décadas de inversión constante e intensa en políticas sociales en el caso de Suecia, y familiares en el caso francés. Este parece el techo en sociedades postransicionales. Existe, por tanto, recorrido para el aumento de la misma hasta dicho umbral, si bien, más allá de la voluntad reproductiva de la población que ya existe —la población sigue deseando mayoritariamente tener dos hijos (Castro y Martín, 2013)—, ello parece requerir una apuesta decidida y mantenida desde la política pública que facilite las condiciones de vida y reproducción de la población adulta joven.

Este cambio en nuestro sistema reproductivo ha transformado nuestras poblaciones en múltiples aspectos. La primera de las consecuencias del mismo es que con el fin de la transición demográfica finaliza también el crecimiento vegetativo. Nuestras poblaciones no volverán a ser —al menos no de forma notable y sostenida— poblaciones crecientes en ausencia de migración. En realidad, el crecimiento vegetativo es la excepción en la historia de una población. Las poblaciones pretransicionales son poblaciones estables y las postran-

sicionales también lo serán en la medida en que la natalidad y la mortalidad permanecen cercanas. Las poblaciones no tienden al crecimiento, sino a la estabilidad. El crecimiento se produce, de forma excepcional, durante la etapa transicional, al separarse las dinámicas de mortalidad y natalidad. Siendo la mortalidad la primera en descender, las generaciones posteriores adecúan su fecundidad a las nuevas condiciones de supervivencia. El lapso temporal y generacional entre el cambio en ambas dinámicas es lo que produce el crecimiento vegetativo de la población. No obstante, estas poblaciones excepcionalmente crecientes son las que conocimos durante el siglo XX en Europa, momento en el que construimos la mayoría de nuestros sistemas de bienestar. En el futuro, ya finalizada la transición demográfica, tan solo veremos crecimientos o decrecimientos notables como consecuencia de las dinámicas migratorias.

Una segunda consecuencia de la transición demográfica es el cambio en la estructura por edades de nuestras poblaciones. Una población que, para reproducirse a sí misma, genera menos niños, porque todos los nacidos sobreviven durante largas trayectorias de vida es, lógicamente, una población con menos niños y más personas de más edad. Esta transformación hacia estructuras etáreas más verticales es conocida como “envejecimiento demográfico”, debido al aumento del peso relativo de la población mayor. No obstante, hay autores que ponen en cuestión que nuestras poblaciones estén envejeciendo, afirmando que, bien al contrario, lo que están es rejuveneciendo (Sanderson y Scherbov, 2010). Estas hipótesis se fundamentan en la evolución de la longevidad y la longevidad en salud. Si en vez de situarnos en nuestra trayectoria vital tomando como punto de referencia su inicio lo hacemos tomando como punto de referencia su fin, a una determinada edad cada generación es más joven que la anterior, pues es mayor el tiempo de vida que pueden esperar vivir a partir de esa edad. Por ejemplo, entre la población española, el momento a partir del cual la expectativa de vida era menor de 14 años se producía a los 73 años en el año 2000 y a los 75 años en 2017. De la misma forma, a cualquier edad, el tiempo que podemos esperar vivir en buena salud es mayor que el que tenía por delante cualquier generación anterior a la misma edad, por lo tanto, somos más jóvenes de lo que era cualquier generación anterior a esa edad.

Pero no solo las poblaciones postransicionales están compuestas por más personas de más edad, sino también de más edades. La prolongación de la trayectoria de vida ha generado nuevas edades no solo al final de la vida. Los nonagenarios y centenarios son las poblaciones que están registrando un mayor crecimiento en la actualidad. Estamos alcanzando mayoritariamente, como población, edades que previamente tan solo exploraban algunos individuos excepcionales. Estamos, por tanto, incorporando nuevas edades al curso de vida colectivo. Pero el aumento de la duración de la vida ha traído consigo el retraso de muchas transiciones y la creación de nuevas edades en distintos momentos de la vida. La división del curso de vida en tres edades, infancia, adultez y vejez, ya no se corresponde con la realidad de las poblaciones postransicionales. Entre la niñez y la adultez hemos creado la adolescencia. La juventud se ha prolongado notablemente. A inicios de la vejez, hay autores que hablan ya de una gerontolescencia (Kalache, 2009). Nos hemos convertido, por tanto, en sociedades más plurales también desde el punto de vista etéreo.

El cambio demográfico, en consecuencia, ha transformado profundamente nuestras sociedades, haciendo necesarios procesos de readaptación a una nueva realidad que no volverá a ser como en el pasado. Diseñamos nuestros sistemas de redistribución y solidaridad intergeneracional en pleno proceso de transición demográfica, con poblaciones crecientes y jóvenes. Hemos finalizado ya la transición demográfica, por lo que resulta preciso adaptarse a una nueva realidad.

Vivir sol@, estar sol@, sentirse sol@

Cuando se habla de soledad, no siempre se está hablando de lo mismo. En ocasiones se trata de personas que viven solas (autonomía residencial); en otras, de personas con escasos vínculos sociales (aislamiento social); y en otras, del sentimiento de soledad (soledad emocional). Esta última es una vivencia subjetiva, eminentemente negativa, que tiene más que ver con lo cualitativo que con lo cuantitativo. Por tanto, en esta evolución desde el vivir solo hasta el sentirse solo, cuanto más nos acerquemos a esto último, más aumenta la dificultad de la aproximación, debido a la escasez de datos.

La soledad residencial está aumentando fundamentalmente en edades adultas. No obstante, sigue siendo mayoritariamente femenina y anciana. Para la mayoría de sus protagonistas es una situación novedosa. Es la primera vez en su vida que viven solas. Y generación a generación lo hacen hasta edades más avanzadas. Además, para ellas, su capacidad para mantener su autonomía residencial depende más de la densidad de recursos (propios y en el entorno). Por ello, la intersección entre edad, género y recursos debería merecer especial atención en el diseño de cualquier intervención.

Al contrario que la soledad residencial, la soledad social no se concentra en un perfil determinado de población, siendo mucho más difícilmente predecible. Las dimensiones que en mayor medida discriminan el efecto de la soledad social son el lugar de residencia del individuo y su estado de salud. Las grandes ciudades aumentan la probabilidad de soledad social, que en entornos menores –especialmente en entornos rurales– se ve amortiguada por redes sociales más densas, si bien también más intrageneracionales. La salud y la soledad social muestran también una asociación intensa y, generalmente, bidireccional. Un mal estado de salud dificulta el contacto social y el aislamiento social tiene también consecuencias negativas sobre el estado global de salud y nuestra autopercepción del mismo (Cornwell y Waite, 2009). En los casos en los que la salud limita el espacio de vida y este se va reduciendo al hogar, es más probable que se produzca una interacción entre soledad residencial y soledad social.

El sentimiento de soledad está mucho más relacionado con la soledad social que con la residencial, con tener escasas (o no tener) personas de confianza que con vivir solo(a). Al igual que aquella, es más difícilmente predecible que la soledad residencial. Es un fenómeno transversal a distintas edades, géneros, clases sociales, etc. El factor que en mayor medida discrimina la intensidad de los sentimientos de soledad es, de hecho, la escasez

de personas de confianza. El apoyo emocional masculino bascula en mayor medida sobre la pareja (con la que mayoritariamente cuentan); el femenino, sobre la descendencia. No obstante, es el aislamiento social masculino el más vinculado a la existencia de hijos. Ellas cuentan con más redes de proximidad. Las consecuencias de los cambios demográficos en la composición de las familias, con menos vínculos horizontales y descendientes de los mismos, podría agravar el aislamiento social de la población sin descendencia y ello podría dejar una huella más profunda en la soledad emocional, a falta de otros cambios en las trayectorias vitales.

Más allá de su relación con los recursos económicos, los recursos educativos están estrechamente ligados con la soledad emocional. La trayectoria formativa deja huella sobre las redes establecidas, sobre los recursos culturales y sociales, sobre nuestra mirada sobre el mundo. Un mayor énfasis en procesos educativos que nos acompañen a lo largo de nuestra vida podría tener efectos relevantes sobre las trayectorias vitales, femeninas especialmente, y sobre la soledad a través de las mismas.

Sabemos que la soledad se relaciona con la edad, el género o los recursos sociales, económicos o culturales propios o existentes en el entorno, pero la soledad no es un estado permanente. Todos nos hemos sentido solos en algún momento de nuestra vida; casi todos hemos vivido o viviremos solos en algún momento de la misma. ¿Cuáles son los tiempos de la soledad? Diversos estudios han mostrado que el porcentaje de población que se siente siempre o casi siempre sola es ligeramente inferior al 10% (Víctor y Bowling, 2012; Heikkinen y Kauppinen, 2011; Jylha, 2004; Wenger y Burholt, 2004). Tras diez años, la población que no se ha sentido nunca sola disminuye en un porcentaje similar, ingresando mayoritariamente en las filas de la soledad ocasional. Aquellos que se han sentido solos en alguna ocasión durante la última década son alrededor de uno de cada tres, pero con el tiempo también varía la intensidad de la soledad. Uno de cada cinco se siente más solo que diez años atrás y uno de cada diez se siente menos solo que en el pasado (Víctor y Bowling, 2012; Heikkinen y Kauppinen, 2011; Jylha, 2004; Wenger y Burholt, 2004).

El inicio del sentimiento de soledad es más probable cuanto menos tiempo ha transcurrido desde determinados eventos que suponen pérdidas, como la viudez, la pérdida de amigos o el empeoramiento de la salud. Los eventos que suponen pérdidas pueden ocurrir (y ocurren) en cualquier momento de nuestra trayectoria vital, pero a lo largo de la vida hay momentos en los que dichos eventos ocurren con más frecuencia. La vejez es densa en pérdidas, por ello, la soledad es más frecuente a edades avanzadas. También la mayor longevidad femenina conlleva más pérdidas, de ahí la feminidad de la soledad. La mayor prevalencia por edad y género se produce debido a una mayor incidencia de eventos detonantes de soledad.

Lo que aumenta la probabilidad de soledad no es la ausencia (de vínculos, salud...), sino la pérdida reciente. Por ejemplo, no es mayor la probabilidad entre aquellos que no tienen pareja porque no la han tenido nunca o no la tienen desde hace tiempo, sino entre los que la han perdido recientemente. No es mayor entre aquellos con una reducida red so-

cial, sino entre aquellos que han visto reducirse recientemente su red social. No es mayor entre aquellos que han envejecido con un cierto nivel de discapacidad, sino entre aquellos que han visto disminuir su autonomía recientemente (Aartsen & Jylhä, 2011; Schnittger et al., 2012; Dahlberg et al., 2018). De igual forma, en ocasiones es precisamente el fin de la soledad residencial, la pérdida de la autonomía residencial, del hogar de toda una vida, lo que detona la soledad emocional.

En ocasiones, las pérdidas no se producen por cambios en la trayectoria de vida del individuo, sino por cambios en su entorno. Por ejemplo, un proceso de gentrificación en el barrio produce la pérdida del espacio de vida, de los vecinos, los tenderos, muchos de los amigos. Los cambios en el entorno inmediato detonan también el inicio de procesos de soledad (Keating, Eales y Philips, 2013).

La soledad cambia a lo largo de la vida –empieza, empeora, mejora, se acaba...–, pero también cambia a lo largo de otros tiempos. La soledad cambia a lo largo del tiempo estacional, empeorando en primavera y en verano. También cambia a lo largo del tiempo semanal, empeorando durante los fines de semana. Y lo hace también durante el tiempo diario, siendo más intensa durante la noche (Victor et al., 2015).

Cambio demográfico y trayectorias de soledad

A pesar de la intensidad que mantienen los flujos de apoyo informal a lo largo de nuestras trayectorias de vida (Lee y Mason, 2011), el cambio demográfico genera dudas sobre la disponibilidad de flujos de apoyo por parte de la red familiar y social. ¿Transformará el cambio demográfico nuestras redes? Y de ser así, ¿en qué sentido lo hará? El apoyo social está determinado, entre otros factores, por la disponibilidad de parientes y amigos a lo largo del curso de vida. Los cambios en las dinámicas demográficas crean nuevos escenarios en la coexistencia entre generaciones y en el tiempo de vida compartido entre ellas. ¿Cómo dicho cambio está transformando nuestras vidas y los tiempos de soledad a lo largo de la misma? Lo primero que produce es un cambio en los calendarios de pérdidas (principal detonante de la soledad, como ya se ha comentado). Las pérdidas de la pareja, amigos, hermanos, familiares –cuando se producen por mortalidad– se retrasan, ocurriendo más tarde en nuestras biografías. En consecuencia, ganamos tiempo de vida compartido con estos vínculos, vivimos con ellos durante más tiempo.

No pasaremos más tiempo sin pareja por viudez, pero sí lo haremos siendo más mayores. Tampoco pasaremos más tiempo de nuestra vida sin padres, pese a nuestra mayor longevidad, sino mucho más tiempo con ambos y con uno de ellos coexistiremos tres cuartas partes de nuestra vida, si bien su etapa frágil, en la que se genera una mayor demanda de cuidado, se producirá en una etapa más avanzada de nuestra propia vida. Tampoco pasaremos más tiempo sin hijos, pese a que los tenemos más tarde, ni siquiera sin hijos adultos, a pesar del aumento de la duración de la crianza y la escolaridad. Respecto a generaciones anteriores, pasamos más tiempo sin hijos antes de tenerlos, el mismo tiempo de

crianza (a pesar del menor número de hijos), pero mucho más tiempo con hijos adultos. Las generaciones más jóvenes compartirán más de la mitad de su vida con hijos adultos.

Evolucionamos hacia hogares más intrageneracionales, arropados por redes más intergeneracionales. El problema surgirá en los casos en los que no existan vínculos intergeneracionales descendientes, pues las redes sociales basculan de una forma creciente sobre los mismos. El número medio de parientes de la misma generación desciende generación a generación (Murphy, 2011). En un escenario con redes sociales más duraderas pero más estrechas, la población sin descendencia –que tradicionalmente era absorbida en redes familiares extensas (Jong Gierveld y Dykstra, 2006)– se encontrará en una situación de mayor vulnerabilidad, dada la menor existencia de vínculos horizontales o derivados de los mismos (pareja, hermanos, sin hijos (vivos) debido a la alta mortalidad temprana. Esta población se veía arropada primos, sobrinos, etc.). Tradicionalmente, entre un 20 y un 25% de los nacidos en cada generación no tenía hijos, a los que había que sumar aquellos que llegaban a la vejez por redes densas en términos de vínculos intrageneracionales. Por ejemplo, en 1982 un 33% de las personas mayores solteras vivían con hermanos. Las generaciones que actualmente transitan por la vejez son excepcionales desde esta perspectiva, son las generaciones con menor infecundidad de nuestra historia. Los nacidos entre las décadas de los años 30 y los 50 tuvieron una infecundidad igual o inferior a un 15%. Por tanto, en la actualidad la población mayor con escasez de vínculos intergeneracionales es muy reducida. Pero en un futuro próximo llegarán a la vejez poblaciones con una mayor infecundidad –un 20% entre las nacidas en los años 60 y es posible que en torno a un 25% entre las nacidas a mediados de los años 70 (Esteve, Devolder y Domingo, 2016)–. A ello habrá que añadir una menor presencia de cónyuge y un menor número de hermanos (y descendientes de los mismos). Es para esta población sin hijos para la que la reducción de la fecundidad entraña un riesgo de cara a sus vínculos y apoyos familiares.

A pesar de que la probabilidad de tener algún hijo en la vejez no disminuye, la distancia entre generaciones puede cambiar el escenario. Una menor descendencia, en interacción con los patrones migratorios, puede influir sobre la disponibilidad de parientes y la soledad. Las generaciones nacidas recientemente en nuestro país son menos móviles de lo que lo fueron las de sus abuelos. Pero incluso una menor movilidad en interacción con un menor número de hijos puede aumentar la distancia entre generaciones, afectando a la disponibilidad de apoyo tanto instrumental como emocional.

Con redes familiares más horizontales, más basadas en el número de vínculos, era menos relevante la distancia con alguno de ellos. Por el contrario, la evolución hacia redes más verticales, que basculan más sobre la duración de los vínculos que sobre su número, las hace mucho más vulnerables a las posibles alteraciones relacionadas con cualquiera de esos vínculos. De esta forma, por ejemplo, una migración produce un aumento de la distancia entre generaciones que puede alterar notablemente las transferencias posibles a través de dicha red. La distancia geográfica con los miembros de la red familiar y social está fuertemente asociada con el intercambio de apoyo (Knijn y Liefbroer, 2006). La cercanía es un indicador de estrategias de reciprocidad a lo largo del curso de vida que mues-

tra cómo las generaciones intercambian apoyo. La educación y la edad son los predictores más robustos de proximidad entre generaciones –a mayor nivel educativo y mayor edad, mayor distancia (Chan y Ermisch, 2015; Loken, Lommerud y Lundberg, 2012)–. Ello podría conllevar en el futuro próximo una expansión de la distancia entre generaciones como resultado de la mayor presencia de titulados universitarios en las generaciones más recientes (Chudnovskaya y Kolk, 2015).

Un cambio no relacionado con la primera transición demográfica (la descrita hasta ahora) sino con la segunda (Van de Kaa, 1987) es el aumento de la inestabilidad conyugal. Una de las pérdidas más estrechamente ligadas al inicio de la soledad emocional, la pérdida de la pareja, será la que sufra una transformación más compleja. Aquellas parejas que perduren hasta la defunción de uno de los cónyuges tendrán una duración no conocida por generaciones anteriores y la viudez se producirá con una edad muy avanzada del cónyuge superviviente. Pero en buena parte de las trayectorias conyugales de las generaciones que en el futuro transiten la vejez la pérdida de la pareja se habrá producido por una ruptura voluntaria a edades tempranas. De mantenerse las dinámicas actuales, esto podría tener efectos amortiguadores sobre la soledad en la vejez, pues es conocida la relevancia que tiene la duración desde la pérdida. Por otra parte, la probabilidad de establecer nuevas relaciones tras una separación es mucho mayor que tras una viudez.

Por tanto, el cambio demográfico relacionado con la primera transición demográfica (transformación en la longevidad y la fecundidad) nos deja poblaciones más verticales con un menor número de vínculos, pero menos susceptibles a las pérdidas, dada su composición crecientemente intergeneracional. A lo largo de su trayectoria vital, las generaciones más jóvenes contarán con más parientes de otras generaciones y menos de su misma generación. La segunda transición demográfica nos deja trayectorias menos estandarizadas, con más rupturas, nuevos inicios y diversidad de recorridos.

Síntesis final

Con frecuencia, oímos o leemos referencias a la crisis demográfica, al invierno demográfico o incluso expresiones más dramáticas. En realidad, el cambio demográfico no tiene ningún componente cíclico. Tras el invierno no viene una primavera. El cambio demográfico es una transformación evolutiva, paulatina, de larga duración e irreversible, hasta donde sabemos. Desde hace siglo y medio, la longevidad humana aumenta en dos años y medio cada década, provocando una profunda transformación en la reproducción de las poblaciones humanas. Dicho proceso, conocido como “transición demográfica,” ha modificado profundamente nuestras poblaciones, nuestros vínculos y nuestras trayectorias de vida. Nuestras poblaciones nunca volverán a ser ni jóvenes ni crecientes. Son más plurales, más complejas y más asimétricas. A ello se une que el cambio reproductivo nos lleva a poblaciones de más edad y de más edades. Pero las consecuencias de dicha transición van mucho más allá del cambio estructural. Nuestras poblaciones están ahora conformadas por más generaciones, con trayectorias de vida prolongadas, en las que hemos crea-

do nuevas edades (no solo en los extremos). Son poblaciones construidas a partir de cursos de vida más diversificados, con más transiciones y una mayor desigualdad potencial. Son poblaciones con menos vínculos intrageneracionales y más vínculos intergeneracionales. Contamos con más tiempo de vida compartido con miembros de otras generaciones, pero también con una mayor vulnerabilidad ante eventos que alteren la distancia entre generaciones. Una vez finalizada nuestra transición demográfica, resulta necesario enfrentar el reto de reconstruir una ciudadanía social conectada con una nueva realidad.

Cuando se habla de soledad no siempre se está hablando de lo mismo. En ocasiones, se trata de personas que viven solas (autonomía residencial); en otras, de personas con escasos vínculos sociales (aislamiento social); y en otras, del sentimiento de soledad (soledad emocional). Esta última es una vivencia subjetiva, eminentemente negativa, que tiene más que ver con lo cualitativo que con lo cuantitativo. La soledad se relaciona con las pérdidas y con el tiempo transcurrido tras ellas. La vejez es densa en pérdidas y es más larga en femenino. Es por ello que la soledad es con mayor frecuencia femenina y anciana, pero no es en absoluto exclusiva de este grupo poblacional. Cuando se producen pérdidas significativas (en nuestra vida diaria, en nuestra red social, en nuestra salud y autonomía, en nuestro espacio de vida...), a cualquier edad, se inician trayectorias de soledad –más o menos prolongadas, más o menos reversibles–, como las circunstancias recientes han mostrado. El factor que en mayor medida predice la soledad emocional es la soledad social, la falta o escasez de personas de confianza. Las consecuencias del cambio demográfico en la composición de las familias, con menos vínculos horizontales y descendientes de los mismos, podría agravar el aislamiento social de la población sin descendencia. Por otra parte, evolucionamos hacia redes sociales más estrechas, con un menor número de vínculos, por tanto, más susceptibles a cualquier alteración en la relación con uno de esos vínculos. Todo ello podría dejar huella en la soledad emocional, a falta de otros cambios en las trayectorias vitales. Por el contrario, el cambio demográfico también nos traerá más tiempo de vida con parientes y amigos de otras generaciones, esos que hacen la red social menos frágil, pues sus pérdidas no son coetáneas a las nuestras. En la medida en que convirtamos esa mayor coexistencia en tiempo realmente compartido, puede estar la respuesta al tiempo de soledad durante nuestra trayectoria de vida.

II. PONENTZIA PONENTIA II

LA SOLEDAD Y EL VALOR DEL CUIDADO

Marije Goikoetxea

Giza Eskubideen arloko doktorea eta Deustuko Unibertsitateko irakaslea
Doctora en Derechos Humanos y profesora en la Universidad de Deusto



“Lo que es necesario para el respeto a la dignidad de los miembros de una sociedad es posible y debe hacerse real”.

Adela Cortina

Hemos vivido un tiempo de miedo, miedo al COVID, y consecuentemente miedo a las relaciones, pues con ellas podíamos arriesgar nuestra salud y nuestra vida. La respuesta que hemos encontrado ha sido el aislamiento social, aislamiento que debía ser compatible con la atención a nuestras múltiples dependencias. Obviamente, pronto, los responsables políticos, responsables del bienestar de la vida en la polis, determinaron, junto a las restricciones de movimiento, las prestaciones esenciales para el mantenimiento de la vida, que han incluido desde la atención sanitaria hasta la recolección y distribución de alimentos.

Comparto con Fernando Fantova (2020) la consideración siguiente:

“...si hubiera que elegir una necesidad que hemos sentido fuertemente en este tiempo como sociedad, ha sido, sin duda, la necesidad de cuidado o cuidados, no solo por parte de las personas enfermas, contagiadas lamentablemente por el virus del COVID, sino también las de las personas de todas las edades (desde niñas hasta ancianas) que no podían realizar por sí solos (temporal o definitivamente) las denominadas ‘actividades de la vida diaria’ que abarcan aspectos tan básicos como la alimentación, las tareas del hogar, la higiene personal o la gestión de la economía doméstica”.

Nos hemos dado cuenta de que nuestros sistemas de cuidados no estaban “a punto” y no han sido capaces de responder adecuadamente a la situación en muchos casos, principalmente en aquellos en que las relaciones personales con familiares o de allegados eran muy frágiles, estaban muy debilitadas o no eran satisfactorias. Entre ellos, podemos destacar las personas que vivían solas y las personas que ya vivían “confinadas” en centros residenciales, manteniendo muy escasas relaciones y con altos niveles previos de “aislamiento social” y “sentimiento de soledad”.

Analizar y conocer a fondo la soledad y proponer políticas e intervenciones eficaces son los objetivos de este curso; sin embargo, no son propósitos fáciles de lograr. Se hace necesario

diferenciar la percepción de soledad (sentirse solo) de la falta objetiva de contactos sociales (aislamiento social). La percepción de soledad puede referirse a no percibir la compañía de otros (soledad social) o a no contar con personas en las que confiar y acudir en caso de necesidad (soledad emocional). Así mismo, el aislamiento social puede referirse a la red de amigos y allegados comunitaria o a la red familiar.

En este tiempo de pandemia nos hemos “dado cuenta” de que el aislamiento y el confinamiento no son inocuos, que tienen riesgos, riesgos de pérdida de identidad, de recursos económicos, de amistades y de sentido. Además, pueden llegar a ser un gravísimo riesgo si suponen exclusión de las políticas y propuestas comunitarias que se establezcan, tal y como ha ocurrido con las personas mayores que viven en el medio residencial y que han quedado en gran medida excluidas de las medidas sanitarias y sociales establecidas en el estado de alarma. “Darse cuenta” es el primer paso, siempre necesario, para “dar cuenta”, para responder a cómo hacer frente al problema de la soledad y el aislamiento social.

Es previsible que, tras las situaciones vividas en las residencias de mayores y en la soledad de los domicilios, la preocupación por los cuidados aumente en la sociedad, lo que se hace urgente a la vista del crecimiento exponencial previsto en nuestra sociedad en los próximos años.

En esta ponencia se adoptará la perspectiva ética a la hora de proponer fundamentos para la construcción de un sistema de cuidados para las personas que viven en soledad no deseada con un alto nivel de aislamiento social. Pretendemos además aportar criterios y recomendaciones para que los cuidados que se presten sean conformes a la dignidad y los derechos de las personas que los reciben.

1. NOS SABEMOS (por fin) INTERDEPENDIENTES Y NECESITADAS DE INTERACCIÓN Y DE CUIDADOS

Para el desarrollo de una fundamentación ética correcta de la organización de los cuidados a las personas manteniendo niveles aceptables de integración social, consideramos imprescindible comenzar por liberar a la dimensión dependiente del ser humano de su carga negativa. Las capacidades llamadas propiamente humanas, como el razonamiento, la libertad y la responsabilidad, la sensibilidad y los afectos, concurren en una “corporalidad vulnerable y sujeta a aflicciones” (MacIntyre, 2001, p. 20; Etxeberria, 2008; Etxeberria, 2012). Nuestra estructura humana relacional sufre una “desprotección natural”, individual y como especie, que además de entenderse como un gran riesgo para la propia seguridad personal y social, también puede ser considerada positiva, pues promueve relaciones que nos capacitan como seres autónomos y responsables.

Siguiendo la clasificación de MacIntyre (2001), distinguimos en lo humano necesidades o carencias que hay que satisfacer para desarrollarnos como personas autónomas, déficits que provocan incapacidades temporales o permanentes que requieren cuidados para evitar

daño, y apoyos para poder llevar adelante las actividades de la vida cotidiana. Llamaremos a estas segundas discapacidades, pero es muy importante comprender bien dicho término para establecer modelos correctos de cuidado y atención a las personas que las presentan.

Hasta bien entrado el siglo XX, la respuesta a las personas con discapacidad en situación de dependencia era la atención a personas consideradas “deficitarias” en su humanidad y consecuentemente en su dignidad. Con la aparición del modelo biopsicosocial emerge la conciencia de la influencia del medio social en la experiencia humana de discapacidad y, consecuentemente, la exigencia ética de modificar las condiciones del entorno para lograr la integración social de estas personas en condiciones de igualdad. La OMS utiliza el término “discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social, que puede manifestarse en los siguientes niveles: el nivel de las deficiencias en órganos o funciones propias de la persona; el de la limitación en la actividad o disfunción que puede generar o no esa deficiencia en virtud de que existan o no los apoyos necesarios disponibles; y el de las restricciones en la participación, bien en la participación en la toma de decisiones sobre la propia vida, bien en la participación en la vida social (WHO, 2002).

Comprender la discapacidad biopsicosocialmente y las responsabilidades de atención y cuidado en la lógica de la interdependencia modifica el modo de relación establecida para el cuidado, superando modelos paternalistas y verticales por modelos relacionales deliberativos que incluyen los valores y responsabilidades tanto de cuidadores como de las personas cuidadas, ambos sujetos que deben ser escuchados para establecer los planes de atención y cuidado.

Así, se cuestiona cualquier sistema social o de conocimiento que fomente la distinción equívoca entre los necesitados y los autosuficientes, pues dicha distinción se sustenta en la consideración de las personas en situación de dependencia permanente para llevar adelante las actividades de su vida diaria, como objetos (y no sujetos) de la acción moral.

La autonomía, y consecuentemente la responsabilidad moral sobre las decisiones y las acciones realizadas, es la gran facultad humana. Pero la autonomía no es autosuficiencia. A lo largo de nuestra vida, nuestra “corporalidad de aflicciones” (MacIntyre, 2005) nos recuerda nuestras limitaciones y déficits que a lo largo de toda la vida requieren el cuidado externo y un nivel de inclusión comunitaria suficiente para poder subsistir, capacitarnos y vivir con dignidad. Pero no solo necesitamos interacciones para satisfacer necesidades “de déficit” que requieren cuidados, sino también para poder satisfacer nuestras necesidades “de ser”, de autorrealización personal, que hace que nuestra vida tenga sentido y se considere satisfactoriamente lograda. Para poder llevar adelante nuestros proyectos de vida autónomos, nunca autosuficientes, necesitamos niveles suficientes de inclusión que nos permitan tener una identidad (ser la profesora de, la madre de, la amiga de, la pareja de...) y desarrollar una biografía (que no una vida) con significado.

La dependencia, por necesidad temporal o permanente, es una contingencia natural con cuya concurrencia posible debemos contar en nuestra vida individual y en nuestra organiza-

ción social para desarrollarnos como propiamente humanos. Los otros no son algo accidental, son el recurso necesario para el desarrollo integral como personas. La polis es el lugar de protección donde es posible preservarse de los peligros y obtener los recursos necesarios para el desarrollo personal. Por eso, solo cuando el dependiente sufre una situación de exclusión o marginalidad es cuando se da el riesgo de daño y el sufrimiento. Cuando en la ciudad la relación con los otros, objetiva o intersubjetiva, aumenta la fragilidad, la desnudez, la incapacidad, la experiencia de no-valer, se agrava el sufrimiento o la posibilidad de sufrir. Mientras formemos parte de un *solidum*, de un “todo” constituido por interdependientes vinculados para un desarrollo en bienestar, lo carencial no es amenaza sino oportunidad. Mientras la “solidaridad” sea el vínculo que fundamenta ese todo común, podremos ser más o menos dependientes o independientes, pero nuestra capacidad humana y humanizadora estará asegurada (Etxeberria, 2003).

Fantova (2020) define la interacción “*como la autonomía para las decisiones y actividades de la vida diaria en el seno de relaciones primarias de carácter familiar y comunitario*”. En esta definición “*se presentan la capacidad funcional cotidiana y la inclusión relacional primaria como dos caras de la misma moneda, como dos dimensiones de ese bien que se propone llamar interacción. Diremos que una persona tiene satisfecha su necesidad de interacción o que disfruta del bien de la interacción en tanto en cuanto exista un ajuste sostenible en su funcionamiento cotidiano de interdependencia relacional, es decir, un acoplamiento entre su capacidad y proyección de desenvolvimiento autónomo en la vida diaria y los apoyos disponibles y previsibles en su convivencia familiar y comunitaria de carácter primario*”.

2. LA SOLEDAD COMO PROBLEMA

El término soledad hace referencia a multitud de situaciones, que no siempre comportan una experiencia negativa. Es habitual y necesario tener espacios de soledad donde, sin ser observados por nadie y, por tanto, juzgados en nuestra imagen personal, podemos las personas vivir en libertad. En esos espacios nos sabemos vulnerables y de hecho solo permitimos que personas de gran confianza entren en ellos y compartan nuestra intimidad. Por tanto, solo en situaciones excepcionales el cuidado podrá vulnerar los derechos a la intimidad y la confidencialidad de las personas y, como consecuencia de ello, los derechos a la imagen y al honor (o estima).

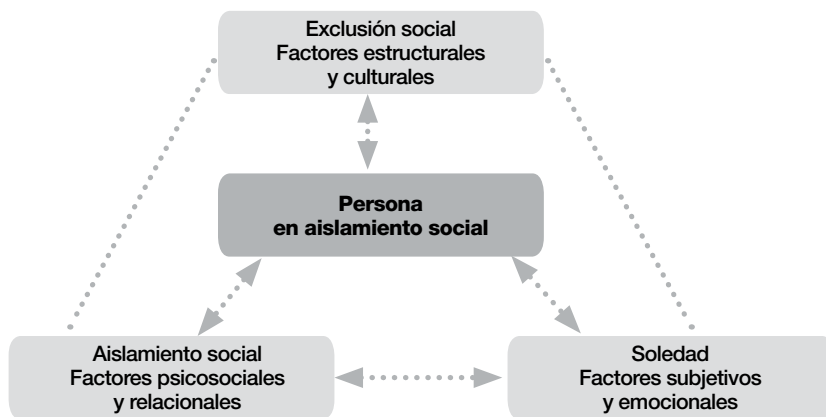
Cuando hablamos de la soledad como problema hacemos referencia a una experiencia que se percibe como impuesta y comporta un sentimiento desagradable o de insatisfacción percibida por la propia persona como vivencia subjetiva negativa, al existir discrepancia entre las relaciones sociales deseadas –expectativas– y las relaciones reales. En ocasiones, esta experiencia conlleva sufrimiento grave y experiencia de pérdida de dignidad y de sentido. Existe actualmente también evidencia suficiente de que la soledad impuesta correlaciona con un aumento de los problemas de salud y de riesgo de mortalidad (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015), por lo que comienza considerarse un grave problema social y también sanitario.

La soledad no deseada, como sentimiento o vivencia personal y subjetiva, cuenta con un importante consenso en su conceptualización, evaluación (a través de las escalas de Jong Gierveld o de la UCLA), estudio y abordaje desde la perspectiva psicoterapéutica o clínica. Sin embargo, no siempre es abordada la perspectiva comunitaria del aislamiento social que sufren las personas solas.

La soledad no deseada puede ir asociada a una situación de aislamiento social (o relacional) y conllevar escasez o ausencia de relaciones comunitarias primarias que sean significativas y satisfactorias para las personas. A diferencia de la experiencia de soledad, el aislamiento social es una medida objetiva de la mala integración social, que no depende de una valoración subjetiva de la persona (Luanaigh & Lawlor, 2008). El sentimiento de soledad surge en los casos en que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/estar sola en contra de sus deseos. Pero cuando el aislamiento social es algo voluntario, no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro, 2010).

Castro (2015) diferencia entre soledad objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. Según esta autora, la soledad objetiva hace referencia a “vivo solo/a”, es decir, a la ausencia de relaciones sociales; la soledad emocional coincide con la percepción (“estoy solo/a”) sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que uno recibe de su red social; y la soledad sintónica se refiere a la falta de sintonía que uno siente en sus relaciones (“me siento solo/a”).

La relación entre soledad, aislamiento social y vulnerabilidad social/exclusión social es una relación dinámica (Pinazo & Donio, 2018), como se muestra en la figura que aparece a continuación:



Relación entre soledad, aislamiento social y exclusión social.

Fuente: Santos-Olmo, 2016.

Según un reciente estudio de la Fundación La Caixa (Yanguas, 2020), tanto los sentimientos de soledad como el riesgo de aislamiento social crecen con la edad y son más frecuentes en hombres y en personas con menor nivel de estudios. Aunque la soledad afecta a todo tipo de personas, con la edad aumenta su dimensión social. En general, la sufren más los hombres y las personas sin estudios. A lo largo de su vida, entre un 27 y un 36% de los hombres (entre el 26 y el 34% de las mujeres) se siente abandonado o echa de menos la compañía de los demás (aislamiento social) e, incluso más, entre el 32 y el 53% de los hombres y el 26 y el 44% de las mujeres no tiene suficientes personas a las que recurrir en caso de necesidad o en las que confiar plenamente (aislamiento emocional).

Si bien es cierto que las redes sociales disminuyen con la edad y la vejez, es la etapa del ciclo vital en la que más inciden la soledad y el aislamiento. Es importante subrayar que ambos fenómenos también están presentes en edades intermedias del ciclo vital. En torno a un 30% de las personas de 40 a 65 años experimenta aislamiento social y más del 35% sufre soledad emocional.

Es en los casos de personas con limitaciones funcionales, carencias económicas o problemas habitacionales que interactúan con la soledad y el aislamiento cuando surge la preocupación o incluso la alarma por los graves riesgos que conlleva para la salud, la subsistencia material o la seguridad física de la persona e incluso de personas de su entorno (Fantova, 2020). Estas situaciones de importante dependencia y grave vulnerabilidad o exclusión social, con un importante componente, seguramente, de exclusión relacional (familiar y comunitaria), no pueden ser abordadas de igual modo que otra persona que se encuentra en una situación de soledad no deseada en un contexto estructuralmente inclusivo desde el punto de vista relacional y, en general, social.

Son estas situaciones las que reclaman urgentemente un sistema de cuidados eficaz.

3. EL VALOR (Y LA ÉTICA DEL CUIDADO)

Desde que la filósofa Carol Gilligan escribió el libro *In a Different Voice*, hace ya más de veinte años, la idea de que el cuidado debe ser un valor tan importante como la justicia ha tomado cuerpo en las teorías éticas y políticas, y más especialmente en aquellas cuyo objeto de estudio es el sector más vulnerable de la ciudadanía: los niños, las personas enfermas, mayores o discapacitadas (Camps, 2011).

El libro de Gilligan fue una réplica a las investigaciones del psicólogo John Kohlberg sobre los estadios de la ciencia moral. En ellos ocupaban un lugar nuclear el derecho y la justicia, el sentido de imparcialidad a la hora de organizar y distribuir los bienes sociales comunes. Gilligan le criticó a Kohlberg lo que ella consideró una visión sesgada de la ética, una visión masculina que, como tal, siempre había situado la justicia en el centro del discurso moral y político. La ética de la imparcialidad necesitaba el complemento de la ética del cuidado por una razón tan simple como esta: las personas más vulnerables y necesitadas no precisan

únicamente de leyes e instituciones que les garanticen una protección y una asistencia justa; necesitan asimismo de personas que estén a su lado, que las acompañen y las quieran, que las atiendan personalmente. Además de justicia, necesitamos cuidado, un buen cuidado que posibilite la experiencia de ser valioso, valioso y no una carga social, como han podido sentir en numerosas ocasiones las personas mayores en esta pandemia.

“Cuidar” proviene de “*cogitare*”, que significa “pensar, reflexionar o meditar, poniendo diligencia y atención”. “*Curatio*” es la acción de ocuparse de alguien y “*curator*” es el que cuida. De ahí el sentido coloquial de la palabra cuidar como “prestar atención de manera solícita” a un ser vulnerable y/o dependiente que requiere ser atendido en sus necesidades para poder vivir de acuerdo a su dignidad. Implica, por tanto, no solo prestar servicios y realizar intervenciones, sino establecer relaciones de buen trato fundamentadas en el reconocimiento y la estima. El cuidado aporta así una dimensión humana de relación en la que el concepto fundamental es la responsabilidad con las personas y no tanto la preocupación por sus déficits o necesidades. De este modo, la tarea de curación, por ejemplo, se dirige hacia el cuidado de la salud, es decir, hacia la atención solícita de las necesidades del otro con el fin de que pueda desarrollar su propio proyecto de vida. El curar, la asistencia sanitaria, se convierte en el medio o en el recurso para el cuidar la vida, una vida que posee dignidad (Goikoetxea, 2003).

La experiencia de soledad es individual y subjetiva, y requiere propuestas de cuidado personalizadas y particulares en que la persona se sienta acompañada por ser valiosa para la persona cuidadora y para su comunidad de referencia.

Castro (2010) resume en cinco los factores personales que provocan sentimientos de soledad: las expectativas y la forma de entender las relaciones; el modo de relacionarse y comunicarse; la pérdida de sentido y expectativas de futuro; la dificultad para pedir y aceptar ayuda; y la falsa creencia de que es inevitable y hay que resignarse a la soledad. Podemos comprobar que la intervención sobre dichos factores requiere relaciones de confianza personalizadas, en que la persona pueda sentirse valiosa y recuperar un proyecto de vida con sentido a través de relaciones significativas. La ética del cuidado tiene algunas características que pueden ser de gran interés para el desarrollo de un buen sistema de cuidados para las personas en soledad, especialmente si carecen de redes familiares que puedan atender sus necesidades de dependencia, características como las siguientes (Goikoetxea, 2017):

- Un juicio contextual que adopta el punto de vista del “otro particular”, con sus peculiaridades, posibilitando un cuidado personalizado.
- La pregunta ética es sobre la responsabilidad por los demás, lo que incluye la posibilidad de juzgar negativamente la omisión en las obligaciones exigidas por nuestra solicitud con las personas destinatarias del cuidado y la falta de diligencia en procurar los apoyos necesarios para el bienestar de las mismas.

- Comprende la sociedad no como una suma de individuos, sino como una red de relaciones interdependientes en las que se inserta el YO.
- Además de los derechos universales, analiza y considera objeto de la ética todos los actos y decisiones que afectan a la felicidad o malestar de las personas.
- Amplía la reflexión sobre los derechos universales a nuevas situaciones y diversidades que reclaman nuevos posicionamientos en relación con las obligaciones ciudadanas en la vida social, con el objetivo de facilitar una red de relaciones en que estén incluidas todas ellas.

La aportación de la ética del cuidado, según la propia Gilligan, no es en contraposición a la llamada ética deontológica de la justicia, sino que al añadir lo relacional de manera responsable, se humaniza la ética de la justicia (irrenunciable, por otro lado, como mínimo exigible de dignidad humana) y la convierte en auténtico compromiso con el desarrollo personal y social de todas las personas en cualquier situación de dependencia, aceptando empáticamente su diversidad y facilitándole los recursos necesarios para su autorrealización. Tampoco se trata de una ética “de mujeres”, pues, como señala la propia Gilligan, si bien *“en un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina, en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana”* (Gilligan, 2013, p. 50). El ejercicio del cuidado no tiene género, puesto que es una obligación moral como ciudadanos/as derivada de la propia vulnerabilidad humana. Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas para incorporar las obligaciones de cuidado también a los varones.

4. CUIDARNOS EN COMUNIDAD PARA EVITAR LA SOLEDAD: EL FORTALECIMIENTO DE LAS REDES Y LOS APOYOS SOCIALES “INFORMALES” O PRIMARIOS

Fantova (2020) utiliza la expresión *“cuidarnos en comunidad”* como propuesta de cuidados frente a la soledad, cuidados que integre la vida en casa y las relaciones familiares, aumentando así las relaciones de pertenencia, con las estrictas relaciones de cuidado profesional.

“‘Cuidarnos’ porque el autocuidado (en un sentido más o menos estricto) y el cuidado recíproco (en las relaciones familiares y de convivencia) son fundamentales y necesitan ser complementados por cuidados, apoyos, tecnologías e intervenciones profesionales. ‘En comunidad’ para señalar que los servicios sociales (garantizados como derecho por los poderes públicos) buscarán fortalecer la vida en casa y en comunidad y las relaciones familiares y comunitarias (y no sólo las estrictas relaciones de cuidado”.
(Fantova, 2020)

La propuesta de complementar las relaciones y cuidados “informales” con las “formales” coincide plenamente con el aumento del fenómeno social denominado *“aging in place”* o *“aging at home”*, que se refiere a la preferencia de las personas mayores por seguir

viviendo en sus propias casas, con cierto nivel de independencia, en lugar de vivir en una residencia. Esta preferencia es también clara en España y en Euskadi en concreto. En el estudio de Fernández-Carro (2016), el porcentaje de personas que prefieren envejecer en casa es del 90 %. En el caso de que se presentaran limitaciones físicas o cognitivas, el 56 % de los entrevistados afirmó que preferiría ir a vivir a la casa de algún familiar, a poder ser, a la casa de sus hijos adultos. Más del 80 % de los españoles de 85 años o más sigue viviendo en hogares privados, mayoritariamente en su propio hogar (Fernández-Carro, 2016).

Según Pinazo & Donio (2018), para seguir viviendo en casa son necesarios, al menos, tres factores: que las características del entorno físico sean adecuadas (vivienda y entorno comunitario), que haya recursos materiales disponibles y que exista una red social que proporcione apoyo.

La propuesta de cuidarse en comunidad tiene importantes consecuencias, como veremos, en múltiples políticas sociales y no solo en las políticas de servicios sociales y sanitarios:

- En primer lugar, deberá abordar el estado de conservación de las viviendas y los barrios, especialmente en lo que se refiere a su seguridad o vulnerabilidad. También es necesario tener presente cómo es el barrio y la ciudad que se habita. En esto se está centrando el programa de la OMS de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, que en nuestro medio se desarrolla a través del programa Euskadi Lagunkoia, que se presentará en este curso.
- Un segundo requerimiento son los recursos para vivir en "comunidad", que incluyen los ingresos con los que cuentan las personas, los recursos sociales y sanitarios que existen, las tecnologías de apoyos disponibles en los propios domicilios para poder vivir de modo autónomo e independiente en ellos (Pinazo-Hernandis & Poveda, 2015). El programa Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL) es un ejemplo de cómo se pueden desarrollar proyectos basados en las TIC que permitan al adulto permanecer en su hogar el mayor tiempo posible.
- Por último, disponer de una red social suficiente que incluya amigos y familiares con quienes poder contar en caso necesario y cuidados organizados formales e informales para los apoyos continuados es el factor protector más importante frente a la soledad, junto a la participación en actividades sociales significativas en la propia comunidad. La red social informal de las personas mayores suele ser reducida (entre 5 y 7 personas, frente a las 20 de promedio que tiene una persona joven). La jubilación, la migración, la viudedad... son fenómenos que inciden con claridad en la disminución de las relaciones y aumentan el riesgo de soledad.

Reflexionando sobre modelos de políticas públicas, coincido con Fantova (2007-2020) en considerar que el sistema de servicios sociales debe responsabilizarse de los cuidados de la población y, por tanto, del abordaje del problema de la soledad, aunque deberá obviamente coordinarse con los sistemas públicos responsables de vivienda, transporte, rentas, etc.

Las políticas sociales de cuidados frente a la soledad y el aislamiento social deberán contemplar el fortalecimiento del apoyo social informal, al menos tanto como la provisión de los cuidados formales, si quieren ser eficaces para prevenir y mitigar el problema de la soledad. Kahn y Antonucci (1980, p. 267) definieron el apoyo social como *“las interacciones interpersonales que incluyen uno o más de los siguientes elementos-clave: afecto, afirmación y ayuda”*.

Como hemos dicho, aunque no coinciden, existe una relación clara entre apoyo/aislamiento social y los sentimientos de soledad. Además de su impacto en los sentimientos de soledad, el apoyo social percibido se ha relacionado con otros factores importantes para la calidad de vida de las personas mayores (Donio-Bellegarde & Pinazo-Hernandis, 2016): el mayor bienestar subjetivo; el estado de salud física, especialmente en aquellos que cuentan con más apoyo para reforzar su autoestima y los que tienen más oportunidad de recibir amor y cariño; y en la satisfacción con la vida.

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda ofrecida por sus familiares, amigos o vecinos (Fernández-Ballesteros, 2002), siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidados. En Euskadi, del total de las personas que necesitan ayuda y la reciben, un 74,2% la recibe de algún familiar, ya sea como única o como una combinación con otro tipo de atenciones. Los familiares que prestan ayuda en la realización de las AVD son en un 36,4% hombres y en un 63,6% mujeres. La edad media de estas personas es de 59 años.

Se da en España una fuerte convicción, tanto entre las personas que reciben apoyo como entre las que lo ofrecen, de que el cuidado a las personas mayores es una obligación moral y las personas mayores esperan poder contar con los cuidados de sus familiares siempre que necesiten ayuda en las actividades diarias (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Fernández-Ballesteros, 2002), de modo que cuando esa expectativa no se cumple se genera una fuerte decepción que aumenta la experiencia subjetiva y dolorosa de soledad.

Es especialmente importante el papel de cuidadoras que asumen las mujeres de la familia, en concreto, las hijas. Según datos del IMSERSO (2005), las hijas representaban el 50% de los cuidadores informales de los españoles mayores (frente al 7,2% de hijos varones). Asimismo, el 12% eran las esposas (frente al 4,8% de maridos) de las personas mayores.

El fortalecimiento del cuidado informal y el apoyo a los mismos desde las políticas sociales, especialmente de empleo (permisos de conciliación para cuidados a personas dependientes, apoyo económico al cuidado en domicilios familiares, etc.) deben formar parte imprescindible de un sistema de cuidados en comunidad. En este mismo sentido, los intercambios de apoyo intergeneracional deben impulsarse y apoyarse desde las políticas públicas. El apoyo social que se ofrece de una generación a otra puede ser tangible, tal y como son el apoyo instrumental y el apoyo económico, o intangible, como es el apoyo emocional.

No solamente el hecho de recibir apoyo social y cuidados de otras generaciones, sino también el hecho de proveer cuidados es beneficioso para las personas mayores. Hay evidencias, por ejemplo, de que las mujeres mayores que cuidan a sus nietos perciben un mayor apoyo social recibido frente a las abuelas que no desempeñan el papel de cuidadoras de sus nietos (Muñoz-Pérez & Zapater-Torras, 2006). Las personas mayores que ofrecen apoyo intergeneracional en mayor proporción que el apoyo que reciben informan de menor soledad que aquellas que tienen poco intercambio de apoyo y se encuentran pocas veces con sus hijos.

Entre las personas mayores vascas que tienen nietos/as (72%), un 45,6% declara ayudar a sus hijos en su cuidado cotidiano (un 56,7% en las personas con edades entre 60 y 69 años). Esa ayuda, además, se hace con mucha frecuencia: el 29,7% de las personas que cuidan a sus nietos lo hace todos los días, cifra similar a la de personas que realizan esta ayuda una o dos veces por semana. Es decir, el cómputo de ayuda semanal asciende al 59,2% de los abuelos/as. Además, un 12,8% de las personas mayores de Euskadi declara ayudar en una o más tareas de cuidado a algún familiar que por su estado de salud lo necesita (esta cifra se eleva el 16,2% para las personas entre 60 y 69 años y al 13,5% en el caso de las mujeres). Las tareas que aquí se engloban son: cuidado personal, ayuda doméstica, ayuda en trámites y gestiones, y acompañamiento. La media de años que lleva prestando esa ayuda es de 9,71 (13,45 cuando la persona cuidadora es octogenaria). Una de cada tres personas mayores que prestan cuidados declara que una de las consecuencias del cuidado es no tener tiempo personal suficiente de manera frecuente. Haciendo un análisis comparativo entre el porcentaje de personas mayores que presta ayuda y personas mayores que reciben ayuda, el balance resultante evidencia que un 45,3% de las personas de 60 y más años presta algún tipo de ayuda informal, mientras que solo un 23,7% la recibe, realidad desconocida que combate el estereotipo de “carga social” asociada a la vejez.

Obviamente existen y seguirán existiendo multitud de situaciones, especialmente a medida que aumentan las situaciones de dependencia y discapacidad, que, además de apoyos informales y primarios, requerirán intervenciones profesionales especializadas tanto para satisfacer necesidades de déficit como para mejorar los niveles de inclusión social de las personas en situación de exclusión y aislamiento social grave.

De cualquier modo, los sistemas de cuidados deberán siempre entenderse como apoyos para personas que interactúan, conviven y desarrollan proyectos de vida personales con sentido y significado. De ahí que sea imprescindible la formación y la capacitación ética y técnica de las/los profesionales que prestan cuidados.

No son admisibles, desde una perspectiva ética, propuestas y sistemas de cuidados que fomenten el aislamiento, la exclusión, la pérdida de derechos civiles y sociales, y mucho menos que generen daño y pérdida de interés y sentido por la propia vida. En ocasiones, los cuidados deberán prestarse fuera del entorno y alojamiento habitual de la persona. La atención social de carácter residencial (que, además de los cuidados, proporciona también alojamiento a las personas) no puede suponer un mayor aislamiento y pérdida de relaciones,

por lo que debe ser planteada desde un modelo comunitario de “hogar compartido” y vista como una más de las modalidades de atención que ofrecen los servicios sociales, junto a otras como la telemática, la domiciliaria, la ambulatoria, la diurna o la que se realiza en el espacio público.

5. CUIDAR BIEN, ESTABLECIENDO RELACIONES DE BUEN TRATO

La propuesta ética que a continuación se presenta para tratar bien a las personas en las actividades de cuidado no difiere en lo sustancial de la que propondríamos para cualquier otra relación de buen trato entre personas, es decir, para cualquier relación que sea buena, por ser respetuosa con nuestra condición de seres con dignidad.

La propuesta la vamos a estructurar distinguiendo la orientación deontológica que pretende establecer deberes universales, obligaciones que con carácter normativo aseguren en justicia una vida digna, con la teleológica representada por la ética del cuidado y la ética de las virtudes, que persigue la felicidad y la autorrealización de cada vida humana, en este caso, la de las personas en situación de dependencia y/o soledad que necesitan cuidados. Creemos imprescindibles ambas perspectivas, teniendo en cuenta que la experiencia de soledad tiene grandes componentes subjetivos y de sentido personal, y de la existencia o no de relaciones privadas de cuidado fundamentadas en la estima y el reconocimiento personal.

5.1. Los mínimos exigibles

La perspectiva deontológica de la ética pretende establecer principios universales cuyo cumplimiento asegure el **respeto a la dignidad de las personas**, de todas las personas. Repetimos en este lugar el concepto de dignidad, tal como es expresado por Kant, por ser el fundamento del principio formal universal y absoluto que debe ser siempre respetado: *“aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene un valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir, dignidad”* (Kant, 1942, p.112). Como consecuencia, quienes tienen dignidad pueden reclamar ser tratados siempre como fines y *“nunca como un simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fines en sí mismos”* (p. 104), es decir, como un valor absoluto que en ningún caso se puede lesionar y nunca como valor puramente instrumental para lograr otros fines (Etxeberria, 2008). Las personas nos experimentamos como sujetos de dignidad cuando somos capacitados como seres con iniciativa, autónomos, y lo somos realmente. Político-jurídicamente esta dignidad se plasma en la condición de ciudadanía, en la posibilidad de ser *tenidos en cuenta*, pues nuestra aportación es estimada como valiosa para la construcción social. La dignidad, por tanto, implica respeto, supone capacitación para la autonomía y exige jurídica-políticamente el reconocimiento de nuestros derechos como ciudadanos.

A continuación expongo cuáles son, a mi juicio, los principios éticos universales que deben guiar las intervenciones asistenciales concretas para lograrlo¹, que coinciden con la teoría de los cuatro principios de la bioética, considerados hoy en día como el mejor modo de expresar con su cumplimiento en las relaciones de cuidado del absoluto respeto y consideración a los seres humanos.

La no maleficencia y la justicia

Si se reconoce que toda persona es digna *per se*, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción, facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de cualquier orden que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales.

En el ámbito de la bioética, tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia. El principio de *no maleficencia* se formula como “*la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano*”. En la historia de la ética médica el “*primum non nocere*” ha sido el principio moral de la profesión. Dicho principio sigue siendo la norma moral fundamental de los profesionales obligados a intervenir con el objetivo de desarrollar la autonomía y/o proteger a las personas en situación de dependencia. Exige a los profesionales y cuidadores formales e informales disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que en su relación con las personas dependientes no se lesione su integridad y dignidad.

En cuanto a la *justicia*, el respeto a la dignidad supone que las personas en situación de dependencia y aislamiento social no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una *vida realizada* en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones e implica relaciones guiadas por el criterio del *reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades*. Hay situaciones que suponen en sí un atentado contra la justicia distributiva y, por tanto, contra la dignidad, como pueden ser los criterios de exclusión de determinadas prestaciones sociales en función de la edad, la discapacidad, las molestias para terceros, etc. Podemos hablar incluso de situaciones de maltrato que han sido provocados por la ausencia de recursos para la atención de necesidades básicas (como la ausencia de cuidadores informales y/o formales).

En no pocas ocasiones el cuidado se realiza, al menos en parte, en instituciones o ámbitos con profesionales representantes del Estado por su condición de funcionarios públicos (o contratados homologados con este perfil). En este caso, no se puede olvidar que dichas instituciones y sus profesionales tienen una mayor obligación ética y legal de garantizar la

¹ Me inspiró aquí en mi tesis doctoral sin publicar “Malos tratos a las personas en situación de dependencia: Enfoque ético”, defendida en la Universidad de Deusto en noviembre de 2017.

protección de los derechos de las personas en situación de dependencia atendidas en las mismas, considerándose un modo de maltrato por omisión la desprotección o el desamparo de las personas, especialmente si su autonomía decisoria está reducida y no pueden reclamar por sí mismas sus derechos. Dicha obligación incluye facilitar apoyos para hacer efectiva la igualdad de oportunidades en el acceso a los bienes públicos, proponiendo modos de atención que no excluyan a la persona de su entorno, sino que faciliten la proximidad y las relaciones interpersonales significativas.

La autonomía y la beneficencia

Cuando nos planteamos cuidar adecuadamente a personas con sentimiento de soledad (con o sin aislamiento social grave), no nos conformamos con no hacer daño y con evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que las personas puedan vivir de acuerdo a su modo de ser propio y puedan continuar su desarrollo biográfico e histórico logrando una vida realizada. Para ello, requieren apoyos, entornos y relaciones que posibiliten alcanzar los propios objetivos. Para lograrlo, se necesita empoderar a las personas mayores, haciéndoles protagonistas y responsables de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su “calidad de vida”. Situándonos en este marco privado e intersubjetivo, aparecen otras dos obligaciones éticas irrenunciables: el respeto y desarrollo de su autonomía, y la exigencia de beneficencia.

Quisiera aclarar que las relaciones asistenciales, sanitarias o de servicios sociales se dan en este marco. Son relaciones que pretenden afectar, transformar y modificar la vida privada de las personas con el objetivo de superar las dificultades que les impiden *apropiarse de su vida*, fomentar su salud y mejorar sus niveles de interacción social.

El principio de *autonomía* reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Se formula como la *obligación de cada sujeto a respetar sus propios principios y valores y a desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de los mismos*. El respeto a la autonomía se desarrolla en diversas direcciones: contar con el permiso o consentimiento de los destinatarios de nuestra relación para acceder a su vida privada; respetar la intimidad y confidencialidad; evitar no solo imposiciones, sino también engaños y manipulaciones, incluso cuando pensamos que son por su bien; eliminar cualquier obstáculo que impide a las personas tomar decisiones voluntarias y libres; aportar información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo los riesgos y beneficios de las mismas; y, por último, requiere apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones.

El principio de *beneficencia* es sin duda, como su nombre indica, el principio más implicado en el cuidado a personas dependientes en soledad. Puede formularse como la *obligación de procurar el bien a aquel de quien me siento responsable respetando sus propios valores*

y *proyecto de vida*. Supone para los cuidadores: que el bien que hagan siguiendo criterios objetivos de mejora de calidad de vida sea valorado también como bien por la propia persona destinataria de la acción o intervención, pues le ayuda a completar su biografía o proyecto de vida de acuerdo a su modo de ser; que, caso de tener que sustituir las decisiones de la persona, las opciones elegidas tengan en cuenta los valores de la persona a la que se representa.

5.2. Un cuidado excelente a través de relaciones de buen trato

El cumplimiento del compromiso de buen trato a las personas conlleva, junto al cumplimiento de los principios éticos universales, desarrollar la ética del cuidado que se responsabiliza del cuidado particular de cada persona y la dimensión aretológica de la ética expresada en modos de ser, conductas y formas de relación de amistad moral (Lain Entralgo, 2003; Etxeberria, 2003) que impliquen afectos y convicciones al mismo tiempo, y desarrollen virtudes que, además de humanizar a quien las realiza, generen un cuidado excelente que procure reconocimiento positivo y bienestar personal a las personas atendidas.

En los casos de personas en situación de dependencia que requieren cuidados prolongados durante mucho tiempo (en ocasiones, años o toda una vida) y en múltiples esferas de su vida, la prevención o intervención para evitar o mitigar la experiencia de soledad se convierte en una obligación ética de primera magnitud que obliga a desarrollar en el cuidado la dimensión aretológica o felicitante de la ética, que se concreta en el trato diario, en la creación de espacios amigables y privados (y no institucionalizados), en el modo de relación, y en las actitudes y virtudes de los componentes de la misma. El bienestar y la dignidad de una persona que debe de ser cuidada o atendida en muchos aspectos personales de su vida diaria exige el reconocimiento de su dignidad en una identidad concreta y diferenciada, que es estimada y apreciada en la cotidianidad de un espacio personal y generalmente privado de acompañamiento y confianza. Esta apreciación de la persona en situación de dependencia no debe ir en detrimento de su reconocimiento como sujeto de derechos que no pueden ser conculcados, sino que requiere una capacitación emocional o sentimental que posibilite el desarrollo virtuoso junto a la realización de la justicia (Camps, 2011; Cortina, 2007).

Podemos agrupar las virtudes necesarias para el buen trato en el cuidado a personas en situación de dependencia desde el beneficio que aportan y proponer, siguiendo con libertad a diversos autores (Torralba, 2002; Etxeberria, 2003, 2013; MacIntyre, 2001), las siguientes:

- Para una buena práctica del cuidar: la confianza, la empatía, la prudencia y la fortaleza.
- Para una buena acogida que provoque la disposición a ser cuidada de la persona en situación de dependencia: la hospitalidad, la humildad, la simpatía y la confianza.
- Para una “buena realización” de la praxis del cuidado: la benevolencia, la compasión y la competencia profesional, tanto en destrezas relacionales como en conocimientos.

- Para posibilitar a la persona en situación de dependencia avanzar hacia su autonomía moral: la dialogalidad, la veracidad, la confianza y la esperanza.
- Para sostener el cuidado en el cansancio provocado por la continuidad prolongada del mismo: la paciencia, la perseverancia y la lealtad.
- Para afrontar las situaciones conflictivas y las reacciones difíciles que genera el sufrimiento: la compasión, la paciencia y la mansedumbre.

CONCLUSION: DESARROLLAR E IMPULSAR COMUNIDADES ÉTICAMENTE CAPACITADAS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA

Todo abordaje debe contemplar no solo la intervención, sino también la prevención. ¿Qué tipo de abordaje preventivo puede ser más necesario, hoy y aquí, para la soledad no deseada? Obviamente, como he tratado de mostrar, dicha prevención deberá incluir políticas globales o universales, como las políticas habitacionales y de urbanismo, con otras específicas, como las de envejecimiento, dependencia o las de salud mental, donde profesionales cualificados técnicamente incidan con corrección ética en los factores que generan soledad. La necesaria complementariedad entre las potencialidades de la proximidad física desde modelos comunitarios e inclusivos de servicios sociales y las conexiones que ofrece la tecnología digital con la comunicación telemática pueden resultar muy eficaces para mejorar los niveles de inclusión social, mitigando los efectos del aislamiento social como factor principal que genera soledad.

Pero no es suficiente. Sabemos bien que las comunidades pueden incluir o segregar, marginar o excluir a aquellos que considera un no valor o incluso un disvalor (Etxebarria, 2015). Se hace imprescindible, por un lado, visibilizar y defender la dignidad y los derechos de los colectivos que más sufren la marginalidad y consecuentemente la soledad. Es necesario, además, impulsar y desarrollar relaciones de confianza interpersonal que permitan superar el miedo en las experiencias de vulnerabilidad y aprecien el beneficio de la construcción de la comunidad en diversidad.

A continuación proponemos, a modo de resumen conclusivo, algunas propuestas para ello:

- Contemplar el cuidado y la inclusión social como uno de los fines propios de las políticas de protección social, y como derechos fundamentales que el Estado debe garantizar.
- Que el Estado se haga cargo del cuidado de las personas que lo necesiten, y en especial de las que se encuentren en situaciones más desfavorecidas, no debe implicar la exclusión de la persona de sus redes comunitarias primarias, ni la inhibición de la familia al respecto, por lo que deben procurarse políticas de empleo que permitan compatibili-

lizar deberes profesionales para atender a una persona dependiente, evitando situaciones de discriminación de género.

- Establecer, supervisar e inspeccionar políticas y modelos de atención y cuidados que generen indefensión, aislamiento social y pérdida de derechos a las personas destinatarias de los mismos (a revisar las medidas de aislamiento generalizadas y homogeneizadas en situaciones de pandemia).
- Capacitar a la población, y especialmente a las/los profesionales en competencias éticas y relacionales, para establecer relaciones y redes sociales que se fundamenten en el buen trato.
- Reconocer y visibilizar la vulnerabilidad y la capacidad compartida en el ámbito educativo y en la opinión pública.
- Practicar la proximidad por virtud y no solo por necesidad, como plantea Imanol Zubero (2020), desarrollando propuestas atractivas de conocimiento y reconocimiento social en la diversidad.
- Impulsar la consideración del cuidado como valor socialmente tan importante como la justicia, por lo que debe ser contemplado como un valor fundamental en la búsqueda de una sociedad más equitativa.

Mencio es el principal discípulo de Confucio. He elegido este texto suyo para acabar este artículo porque expresa que el fundamento de la obligación de cuidar solícitamente a quien está solo, el fundamento de su moralidad, está en nuestro propio interior (mente/corazón) y, por ello, no es privilegio de unos pocos conocerlo, sino que es la condición de posibilidad de la propia humanidad. Vivir al modo propiamente humano es vivir cuidando responsablemente a quien en su soledad reclama compasión.

“Cualquier persona está dotada de un corazón que la lleva a compartir con las demás. ¿Qué entiendo yo por esto? Suponed que la gente ve de pronto a un niño a punto de caer a un pozo. Todo el mundo se quedará espantado y se moverá a compasión. No será por el motivo de ser reconocido por los padres de la criatura. Tampoco será para alcanzar buena reputación entre vecinos y amigos. Tampoco será por evitar la vergüenza de que nos critiquen.

Con esto se muestra que, sin un corazón inclinado a compadecerse de quien está solo, no se es humano. Sin un corazón que experimenta la vergüenza, no se es humano. Sin un corazón dotado de moderación y sensibilidad hacia los demás, no se es humano. Sin un corazón que distinga lo verdadero de lo falso, no se es humano”.

(Mencius/Mengzi II A 6)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camps, V. (2011). *El Gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.
(2011). El valor y el ejercicio del cuidado en Libro Blanco del envejecimiento activo, pp. 640-677.
- Castro, M. P. (2010). Soledad y envejecimiento: Cómo evitar que este binomio se cumpla. En Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento* (X Jornadas), pp. 33-45. Bilbao (ISBN: 978-84-613-8155-5).
(2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Deusto.
- Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Novel.
- Donio-Bellegarde, M. & Pinazo-Hernandis, S. (2015). *Revisión sistemática de instrumentos de medida de la soledad en personas mayores*. 57 Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Donostia/San Sebastián, España.
(2016). Apoyo y soledad en mujeres mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 179-188.
- Donio-Bellegarde, M.; Pinazo-Hernandis, S.; & Núñez, T. (2014). La representación cinematográfica de la soledad en la vejez: Selección de films. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 185-192.
- Etxeberria, X. (2003). Fundamentación ética de la protección de los derechos humanos. En F. Gómez y J. M. Pureza (Ed.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Bilbao: Universidad de Deusto.
(2005). *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto.
(2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*. Bilbao: Universidad de Deusto.
(2010). Los desafíos éticos de la discapacidad. En CERMI (Ed.), *Discapacidad, tercer sector e inclusión social. Estudios en homenaje a Paulino Azúa Berra*, 423-443. Madrid: CERMI.
(2011). El yo moral: Imbricación entre autonomía y alteridad. En Bermejo D. (Ed.), *La identidad en sociedades plurales* (p. 77-103). Barcelona-Logroño: Anthropos y Universidad de la Rioja.
(2012). Naturaleza humana y discapacidad intelectual. *Revista Portuguesa de Filosofía*, 68(4), 673-692.
(2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En S. Huenchuan y R. Icela (Eds.). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp. 61-71). Ciudad de México: Naciones Unidas. CEPAL.
(2015). El reconocimiento como referente transversal de la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 127-141.

- Fantova, F. (2018). Servicios sociales y comunidad. Trayectorias y propuestas. www.fantova.net (2020). Soledad, comunidad y servicios sociales después de la pandemia. Versión castellana de la entrada publicada en el blog Llei d'Engel el 20 de abril de 2020 (<http://lleienyel.cat/soledat-i-serveis-socials/>). www.fantova.net
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58, 4, 645-659.
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36, 586-612. doi: 10.1017/S014400138X.
- Gerst-Emerson, K. & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105, 5, 1.013-1.019.
- Goikoetxea, M. (2003). Cuidar la salud. Una obligación ética. (OSASUNA ZAINDU: BETEBEHAR ETIKOA). Hemen. Donostia/San Sebastián.
- (2017). (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Deusto.
- IMSERSO (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO.
- (2015). Informe 2014. Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO. Fernández-Ballesteros, R. 2002.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (vol. 3, pp. 253-286). Nueva York: Academic Press. Kahn y Antonucci (1980, p. 267).
- Kant, I. (1995). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. (Traductor L. Martínez Velasco-Undécima edición). Madrid: Espasa Calpe-Austral.
- Lunaigh, C. O. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* (traductora Beatriz Martínez de Murguía-2001 ed.). Barcelona: Paidós.
- Muñoz-Pérez, M. A. & Zapater-Torras, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención Primaria*, 37, 7, 374-380.

- Pinazo-Hernandis, S. & Poveda, R. (2015). Innovación para el envejecimiento activo en la Unión Europea. Análisis del programa Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL) en el período 2008-2015. *Búsqueda*, 2 (15), 38-50.
- Pinazo-Hernandis, S. & Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía personal. Nº 5.
- Rodríguez, P.; Ramos, C.; García, A.; Dabgagh, V.; Mirete, C.; & Castejón, P. (2017): *La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el modelo AICP*. Guía nº 2. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 2, 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(05)75068-X.
- Sancho, M. (2011). Estudio sobre las condiciones de vida de los mayores de 60 años en la CAPV. ECVPM-Euskadi 2010. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Colección Gizartea Hobetuz Documentos de Bienestar Social, n. 74.
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing & Society*, 34, 3, 495-517. doi: 10.1017/S0144686X12001134.
- Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2012). Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*, 34, 5, 572-591. doi:10.1177/0164027511423258.
- SSI (2019). <https://grupossi.es/reflexiones/que-es-la-soledad/>
- Torralla, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioètica. Fundación Mapfre.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra: WHO (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Yanguas, J.; Cilveti, A.; y Segura, C. (2020). ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? Observatorio social de "La Caixa". <https://observatoriosociallacaixa.org/-/soledad-personas-mayores>
- Zubero, I. (2020). Pensemos en el mañana (video). <https://www.youtube.com/watch?v=i-3wd-sBTnHA>



I. MAHAI INGURUA ***MESA REDONDA I***

BAKARDADEARI BURUZKO IKUSPEGIAK ETA AZTERKETAK
MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD



MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD DESDE LA SALUD MENTAL

Iñaki Markez

Psikiatra, Neurozientzietako doktorea “Zubiok”,
Psikoterapiako Euskal Institutuan. Bilbo
*Psiquiatra, doctor en Neurociencias en “Zubiok”,
Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao*

Cuando me llegó el programa de este curso, me vino la idea de la frecuente tentación existente en el medio social y también en el sanitario: ¿medicalizar o psiquiatrizar? Así podría interpretarse esta mesa redonda. Incluso aunque se “complemente” con lo social, desde el trabajo o la educación social y actuaciones afines, como se verá posiblemente en otras intervenciones. O quizá eran mis ideas preconcebidas frente a una realidad que se repite. Lo mejor es estar receptivo a discursos, reflexiones y debates.

Filosofía o epidemia

Oímos y vemos titulares tipo *Soledad, nueva epidemia*, o nueva pandemia al acontecer mundial. Lo vemos y oímos en los medios de prensa, lo conocimos hace un año en un congreso de psicología en Gasteiz. Quizá nos lleva a algún ilustrado como el mismísimo Lucio Anneo Séneca –Séneca el Joven–, aquel cordobés filósofo, político, orador, ministro, tutor y consejero del emperador Nerón..., que vivió sus últimas décadas en Roma. Nos dejó *“La soledad no es estar solo, es estar vacío”*. Algo similar a lo que frecuentemente plantea la literatura con conceptos relacionados como aislamiento social, vivir solo y soledad. En su famosa obra *Cartas a Lucilio*, ejemplo de ensayo, Séneca ofrece sabios consejos y reflexiones dirigidas a un amigo procurador romano en Sicilia. Conocido por sus obras de carácter moralista y, más tarde, acusado falsamente de impulsar una conjura contra Nerón, este lo condenó a muerte. Se suicidó cortándose las venas en el año 65, a sus 69 años de edad.

Quizá tengamos que elegir. Séneca nos lleva al *vacío*, a la filosofía, a las emociones, a los sentimientos. La *epidemia*, término ampliamente divulgado durante esta pandemia, nos lleva al daño producido por alguna enfermedad que afecta a una gran población durante un tiempo. Si bien con Séneca la oratoria estuvo muy presente en su época, durante esta pandemia, y mucho antes, estamos conociendo gran cantidad de opiniones reflexionadas sobre cómo actuar, cómo se ha actuado, cómo llevar adelante una política de cuidados adecuada. También hemos oído en este tema de la soledad a mucho charlatán que da muchas “recetas” simples, aunque estemos ante una cuestión compleja y plural.

Las cifras

La soledad está muy presente y se dan cifras apabullantes: según el Eustat, 263.000 personas viven solas en el País Vasco, más del 12% de la población en enero de 2019, que también salió en nota de prensa el 17 de abril de 2020. Y el 43% tiene más de 64 años (17% de la población); son 104.000 personas. De ellas, casi 28.000 personas de 85 o más años viven solas; la mayoría (81%) son mujeres. En evolución creciente a lo largo de estas dos últimas décadas, muchas de estas personas son dependientes. Según datos de 2019, en España hay 4,7 millones de hogares unipersonales y más de 2 millones son personas mayores de 65 años. Si damos un pequeño salto, según datos publicados en 2018 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en los últimos seis años el número de hogares unipersonales con personas mayores de 65 años ha crecido casi un 9,3%. Además, se nos dice que 1 de cada 3 personas dependientes reconocidas está desatendida. Según un estudio elaborado en 2018 por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de Washington, de mantenerse la tendencia actual, España será el país más envejecido del mundo en 2050, superando incluso a Japón, conocido hace años por esta cuestión de su envejecimiento. Todo esto es para preocuparse.

Y, sin embargo, en medios gubernamentales también llega a estar presente el olvido y la desatención de los cuidados. Lo hemos visualizado durante esta pandemia, donde el modelo y las políticas de cuidados se han cuestionado por el mal hacer de años y décadas anteriores. Tengo una nota sobre el PP: Rajoy, en su primera legislatura (hasta el inicio del verano de 2016), recortó 2.865 millones en dependencia; sin duda tenían otras prioridades y los derechos sociales no suelen ser una de ellas. En las campañas electorales, los partidos, en ocasiones, se acuerdan de las personas mayores, se comprometen a aprobar la primera Estrategia Nacional contra la Soledad: hablan de “luchar contra la soledad de las personas mayores”, con cierto sesgo discursivo. Después, a casi todos se les olvida. Ahora, en septiembre de 2020, con la que nos está cayendo socialmente, tampoco. La soledad es un malestar que puede llegar en cualquier momento, con independencia de la edad y la situación socioeconómica. Ocurre también a personas que viven con su familia.

Pero la soledad también “da juego”, se manipula con ella. Como ejemplo ahí está la lotería: *acabar con la soledad de las personas mayores no es cuestión de suerte*. O bien ofrece créditos en campañas electorales o es motivo de confrontación engañosa en los parlamen-

tos. Esto también nos mantiene en la preocupación mientras no haya cambios notorios dirigidos hacia las personas afectadas.

Soledad no deseada

En esta sociedad, estar sin pareja se ve mal, se asocia a algo irregular, cuando en realidad no tendríamos que vincular ese hecho con estar solos. En muchos ámbitos ocurre eso mismo si no tenemos cuadrilla o grupo de pertenencia estable. En realidad, en esas situaciones sin condicionantes externos llegamos a ser más abiertos, más espontáneos y auténticos, aprendemos a estar a gusto en soledad y nuestras relaciones mejoran o sencillamente se viven adecuadamente.

La soledad puede ser subjetiva y objetiva, puede ser también deseada y muy productiva, o puede ser una verdadera tortura. Nos encontraremos con soledad *normal* y con la temida soledad patológica. En este último terreno podríamos aludir también a *soledad crónica* o bien a *soledad no deseada*, como en este curso y muy utilizada en los medios de prensa. Va más allá de *soledad en las personas mayores*, como erróneamente se identifica. La soledad no deseada suele presentarse con imagen de persona mayor y de mujer, pero debemos aceptar que no solo, que la realidad nos dice que afecta en todas las etapas de la vida.

Cualquiera puede padecer *soledad crónica*: una niña que va a un colegio nuevo; un joven de pueblo que se traslada a la gran ciudad; una ejecutiva muy ocupada con su carrera sin tiempo para mantener buena relación con su familia y amigos; un anciano con mala salud... Sabemos de muchos niños y niñas que están muy solos, que salen de casa y vuelven solos, comen solos entre docenas de compañeros, ven la tele o juegan con su móvil solos, y hablan poco. O jóvenes adolescentes que viven con sus padres divorciados, que hablan poco. De esa soledad a la angustia hay escaso camino.

El sentimiento de soledad está muy presente. Los estudios internacionales indican que una de cada tres personas en los países más desarrollados se *siente* sola con frecuencia, un sentimiento en esta sociedad tan conectada entre gentes y redes sociales... Algo falla.

Los conceptos abordados en el estudio de la soledad tienen sus valoraciones desde la mirada filosófica, social antropológica y psicológica. Más recientemente se ha unido la visión médica y psiquiátrica, de ahí el inicio de esta intervención. En muchas ocasiones la soledad se asocia a las personas mayores, porque muchas lo están. También a la población migrante, a los jóvenes, a la maternidad, a quienes pintan, escriben obras literarias o desarrollan alguna actividad artística... Esa misma soledad se acompaña del estigma por muchos motivos. La soledad es un fenómeno complejo, no asociado solo a la edad, ni al género, ni a una actividad concreta. Sí hay factores favorecedores: la inmediatez de la comunicación, el modelo urbanístico dominante, las desigualdades por motivos económicos, culturales, de género u orientación sexual, las discapacidades, cambio de valores so-

ciales, etc. El modelo de organización social se apoya en barreras y malestares que aíslan y discriminan a las personas, y tienen respuesta, con frecuencia, desde un punto de vista médico e individual, aunque sepamos que el problema es social y relacional.

La mayoría de estas personas quizá no son solitarias por naturaleza, pero se sienten aisladas aunque estén rodeadas de gente. El sentimiento de soledad, al principio, hace que una persona intente entablar relación con otras, pero con el tiempo modifica estilos de vida. Así, la soledad puede favorecer el retraimiento, sin acompañamiento, y si se vuelve crónica, las personas tienden a resignarse. Pueden tener familia, círculo de amistades y muchos seguidores en redes sociales y, al tiempo, no sentir sintonía con nadie. Esto sin mencionar ningún malestar psicológico que pueda desembocar en algunos problemas.

Sobre la salud

La soledad no es una enfermedad, aunque condiciona riesgos para la salud de las personas, sobre todo en grupos vulnerables, como ocurre en ciertas franjas etarias, en la infancia y en personas mayores, o en quienes están mermadas en sus capacidades de adaptación. Cierto que está extendido que en la actualidad la soledad es, según algunas encuestas, el principal problema de las personas mayores, más que la economía o la salud. De ese mismo modo lo perciben no pocos profesionales y gestores del ámbito sanitario y social.

Pero la soledad ejerce un efecto negativo en la salud, pudiendo ocasionar signos y síntomas fisiológicos e inmunológicos, ocasionando enfermedades orgánicas, síntomas emocionales y conductuales, cuando no déficit de vínculos sociales.

Sentimiento de aislamiento, eso es la soledad, con frecuencia presente a lo largo de la vida, sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad. Un fuerte componente relacional donde lo emocional que la acompaña (tristeza, frustración, vergüenza, melancolía o desesperanza) lleva al malestar. Tenemos escaso hábito de considerar los determinantes sociales a la hora de estudiar las enfermedades. Sin embargo, la pobreza y la soledad son las principales causas psicosociales que favorecen la aparición de enfermedades mentales, y donde la soledad es un elemento que se agrava con otros problemas de gestión emocional muy relacionados con algunos trastornos mentales, bien para provocar su aparición o para empeorarlos, tal como conocemos con la ansiedad y la depresión, o en el duelo y el estrés postraumático. En la pérdida de alguien querido y tras algún acontecimiento traumático, puede que no haya apoyo, y la mente, la persona se desmorona para quizá aislarse como una forma de protección del daño.

Podemos concebir a la soledad como un fenómeno con características esenciales: multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, que resulta de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con impacto sobre la salud física y psicológica de la persona. Sabemos que los enfoques epistemológicos multiplican las teorías sobre la soledad, que no desarrollaré, con modelos multidimensionales y también integrativos que

consideran factores como las características descriptivas de la red social, las evaluaciones subjetivas de emociones y afectos, las variables sociodemográficas y las características de la personalidad de cada cual.

Sobre la salud mental

En el ámbito médico se asume que la soledad no ayuda para la salud mental, y puede llevar asociadas patologías o síntomas como depresión, estrés, ansiedad y falta de autoestima.

- Una persona que se *siente sola*, mayor o joven, está con frecuencia más angustiada, deprimida y hostil, con sentimiento de inferioridad, aislamiento o vacío, con menor actividad física. Se eleva el nivel de cortisol –la hormona del estrés–, hay mayor frecuencia de microdespertares en el sueño, de ahí que se levante agotada por el mal descanso.
- La depresión va más allá de estar triste o desganado. Conlleva una compleja problemática que se acompaña de baja autoestima, insomnio, problemas de memoria y otros síntomas de mala salud. Del 10 al 20% muestra algunos síntomas de depresión. Es un problema de salud mental frecuente y con notorio impacto en la vida diaria de las personas, más si son mayores, entre quienes una de cada tres personas muestra sintomatología depresiva.
- Aumento de ansiedad y estrés con sus muchas expresiones individuales y sociales.
- Es agravante de otras enfermedades mentales. Así, en las depresiones bipolares la soledad puede agravar sus síntomas. La soledad crónica puede convertirse en un efecto secundario de un problema de salud o emocional, incluso los relacionados con el uso de sustancias, alguna enfermedad o condición grave, demencia y Alzheimer por deterioro cognitivo, miedo a enfrentarse a situaciones sociales, déficit en la percepción de autoconcepto y de autoestima, o a nivel conductual, con trastornos del sueño y de la alimentación.

No me extenderé sobre los efectos positivos, que existen, donde el sentimiento de soledad ayuda a mejorar aspectos cognitivos, como la concentración, iniciativas solidarias, experiencias religiosas o promoción de la identidad. Podemos favorecer la creatividad: pintar, escribir, diseñar proyectos (económicos, sociales, personales o también de ocio) se ven favorecidos en ocasiones por la soledad.

Consecuencias físicas

Si dejamos el cuerpo exhausto, reducimos la protección contra virus e infecciones, y aumenta el riesgo de enfermedades. La soledad está asociada a un aumento de casi un

tercio en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares a partir de la hipertensión; puede reducir la eficacia del sistema inmunológico y tener menos capacidad para afrontar enfermedades comunes; aumenta el declive motor, potencia la reducción de la actividad física y la capacidad funcional; incluso se ha asociado al aumento del 30% del riesgo de muerte prematura. En suma, la soledad aumenta la morbilidad y también la probabilidad de mortalidad en un 26%, ante las ideas y comportamientos de abandono, con mayor riesgo de morir prematuramente. *Morir en soledad* es otro titular de prensa, sobre todo cuando valoramos estar en una sociedad demasiado individualista, egocéntrica y poco empática con todo aquello que no nos afecta directamente. Nos comunicamos con otra persona escasamente y dominan los intereses crematísticos, no lo personal, ni familiar o colectivo. Así, no resultan raras las noticias de fallecimientos y su conocimiento por el vecindario pasados varios días... o meses después.

- La soledad se dice que es la principal causa de suicidios en personas mayores, con una tasa en adultos mayores de 17 casos sobre 100 mil habitantes, esto son 7 más que la tasa en población general. Aunque sepamos que la estadística puede confundir y en ocasiones aporta registros erróneos, es un buen elemento orientador. Otros apuntan a causas como la depresión, la pobreza, la edad avanzada o algún otro determinante social. Lo cierto es que se trata de una conducta de “dejarse morir” que caracteriza a los sectores mayores. No bebe, no come, no toma medicación... un “suicidio por abandono” o porque ante la extrema pobreza no ven otra salida que el terminar con sus vidas, con cuadros de angustia, depresión, etc. acompañantes.
- Hablar de la soledad hoy es difícil, porque no es comprendida. Por su repercusión en la salud, debiera ser reconocida como problema de salud pública y recibir más atención en escuelas, centros de salud, universidad y residencias de mayores para garantizar que profesores, profesionales de la salud, de centros de día y de 3ª edad sepan identificarla y abordarla.
- Familiares y amigos suelen ser los primeros en detectar los síntomas de soledad crónica. Cuando una persona está triste e irritable, quizá está pidiendo en silencio que alguien la ayude y conecte con ella. La paciencia, el apoyo de amigos y familiares, compartir buenos momentos pueden hacer que sea más fácil recuperar la confianza, los vínculos y reducir la soledad crónica.
- Cuando la gente utiliza las redes para enriquecer las interacciones personales. Claro que una conexión en Internet no sustituye a una real.

Si, como se apunta desde la sociología, una de cada cuatro personas en los países industrializados puede que viva en soledad, es una cuestión que ha de preocuparnos. Es un gran problema ignorado desde las instituciones públicas, hasta el punto de que hay municipios que desconocen su registro de personas solas. Las personas somos sociables y, en general, nos relacionamos bastante con otras personas, pero no es una obligación estar continuamente relacionados con alguien. También precisamos de nuestros espacios

y tiempos para tener nuestra privacidad, nuestro espacio de intimidad y reflexión. Incluso necesitamos conectar con la soledad para darnos la oportunidad de entender nuestros sentimientos, superar nuestros miedos o darnos cuenta de que no ocurre nada anómalo en nuestra vida.

La soledad en personas mayores: un reto

Un profesor, Robert Weiss, pionero en el estudio de la soledad, proponía a sus alumnos en los años 80 del siglo pasado en EE. UU. un sencillo ejercicio:

“Por favor, cierra los ojos... Vives en un apartamento... Estás sola, estás completamente sola... No tienes a nadie a quien llamar, nadie con quien hablar. Nadie para compartir tu vida, nadie... Así es, y así va a seguir... Si sales a la calle, seguirías sola, vayas donde vayas, sola... sola como ahora mismo”.

Observaremos que sentirse solo, sola, cuando no se desea no es agradable.

Sabemos que hay personas con malestar psíquico y otras que sí piensan en los síntomas posibles y entre ellos incluyen a la soledad. Si esto ocurre en personas mayores, la asociación se torna en vinculación, pues dos tercios de la población mayor de 70 años vive sola. En las edades avanzadas existen muchas “situaciones” (enfermedades, fragilidad, pérdidas, dependencia, crear un nuevo proyecto vital, jubilación, cambios en la familia, etc.) que son comunes y que hacen que sea más probable que desaparezcan las redes de apoyo y aumente la soledad. Las personas mayores han tenido situaciones vitales de cambio: su jubilación laboral, tiempo a rellenar con actividades y relaciones; los hijos que se van; pérdidas en la familia y entorno; readaptación económica con sueldo diferente.

- En edad avanzada, de más de 65 años, son personas grandes consumidoras de recursos sanitarios: hasta el 50% del tiempo de la atención médica y el 60% del gasto farmacéutico.
- Aumenta el riesgo de padecer discapacidad, depresión o dolencia crónica. Pero si hay recursos ocupacionales, de ocio o interrelación con sus iguales, habrá mejor salud.
- Las personas más mayores y con enfermedad crónica tienen menos relaciones sociales. La soledad es un fenómeno “no buscado”, pero tampoco “característico” de los años finales de la vida. Las relaciones sociales son “amortiguadores del estrés”. Nuestras relaciones sociales pueden ofrecernos apoyo, pueden ayudarnos a reducir los efectos negativos de ciertas situaciones en nuestra vida.
- En personas mayores se llega a distorsionar la realidad, apoyándose en casos ocasionales. Ocurre con algunos síndromes de Diógenes, una expresión de soledad que

se caracteriza por el deterioro de las relaciones sociales; notorio aislamiento y rechazo de las relaciones; abandono de higiene, descuido personal y psíquico; nutrición inadecuada y deterioro de la salud, que a veces acaba con la muerte y se convierte en escabrosa noticia de prensa.

- En cualquier caso, no hemos de olvidar que estas personas –mayores– dieron su productividad laboral y su entrega familiar durante muchos años: merecen reconocimiento, espacios y apoyo adecuado.

Envejecimiento y relaciones sociales

La importancia de las relaciones sociales y su influencia en la salud y el bienestar ha sido muy estudiada. En todo el ciclo vital se producen cambios asociados al hecho de envejecer –al margen de la soledad– en los tres conceptos esenciales, válidos en cualquier grupo etario:

1. La *red social*, esa estructura de las relaciones sociales, suele abordar los aspectos de lo emocional, lo tangible y el tamaño.
2. El *apoyo social* es algo de dar y recibir, donde las relaciones ofrecen el intercambio de experiencias emocionales y de apoyo.
3. La *participación social*, en actividades formales (actividades religiosas, reuniones de organizaciones diversas, voluntariado...) e informales (llamadas telefónicas, amigos, etc.). O no existen.

Con cambios del funcionalismo social y en la vejez caracterizados por:

- La edad está asociada con menos contactos, más en hombres mayores. Las relaciones sociales son menos comunes en mayores y las dirigen a su familia.
- La calidad de las relaciones, si existen, no tiene afectación en el envejecimiento: las personas mayores tienen relaciones de más calidad y con mayor nivel de participación que personas menores sin dependencia.
- Los mayores tienen más contactos vecinales voluntarios.
- La familia es la mayor fuente de apoyo para la persona mayor, teniendo el matrimonio (o pareja) un efecto protector en la salud física y psicológica.
- En el envejecimiento, las amistades tienen un papel fundamental: el tamaño de la red de amigos se relaciona con una mejor salud psicológica. A más red, mejores y sanas son las personas.

La escultura hiperrealista expuesta en Bilbao, en El Arenal, del escultor mexicano Rubén Orozco reflejando a Mercedes, de 89 años, que vive sola, fue una llamada mediática de denuncia para evitar que las personas mayores vivan, e incluso mueran, aisladas y en soledad. Una llamada social e institucional donde los servicios sociales tienen una gran tarea a realizar, y también la tienen las amistades, el vecindario, la ciudadanía, ese entorno que somos de nuestro entorno.

Ante la soledad no deseada, ¿qué hacer?

Hay quienes apuntan a que el miedo a la soledad tiene un origen biológico o biopsicosocial ya desde tiempos prehistóricos, cuando vivíamos en las cavernas y ser expulsados de la tribu era un peligro de muerte. Origen social en nuestra sociedad, pues quedar sin pareja o grupo familiar a determinada edad de la vida está mal visto, como alguien que ha fracasado y ni se atreve a explicarlo a otros familiares o amistades. Asociamos la soledad a algo negativo, al malestar y sufrimiento de una pérdida, cuando en realidad el hecho de no tener vínculo no tendríamos que asociarlo con estar solos. Debemos tratar de expresar afecto y cercanía, con propuestas de iniciativas y espacios donde acudir para poder relacionarse. No olvidemos que somos seres sociales. Y si hay un aumento de personas que viven solas y con más edad, urge tomar iniciativas para aprender a estar en soledad, reencontrándonos.

Ante esta cuestión, surgen iniciativas desde diversas ONG y colectivos sociales, desde iniciativas de voluntariado y desde las instituciones públicas para afrontar estas situaciones de soledad. En este mes de septiembre, ya que estamos en este territorio de Gipuzkoa, podemos recordar la estrategia 'Bakardadea-K', impulsada desde la Diputación Foral de Gipuzkoa y Adinberri para enfrentar el reto de la soledad entre las personas mayores, mediante el fortalecimiento de vínculos sociales y comunitarios, basada en la participación, con una visión integradora mientras se profundiza en los cuidados, con la colaboración de personas expertas del ámbito sociosanitario, personal investigador, ayuntamientos y entidades del tercer sector social.

¿Qué hacer desde la sanidad, desde la salud mental?

Desde los equipos sanitarios en atención primaria y en la red de salud mental, con profesionales médicos, de enfermería, de psicología y donde debieran estar integrados también trabajadoras, educadores sociales o monitores de tiempo libre, con un abordaje multidisciplinar, es el espacio preferente para la intervención con ciertos sectores de población donde aparece en mayor medida la soledad como elemento de riesgo. Enseguida pensamos en las personas mayores, pero no solo. En cualquier caso, es importante considerar el abordaje multidisciplinar para intervenir en la soledad.

- Es importante comprender la diferencia entre estar y sentirnos solos. Al estar solos podemos darnos cuenta de que no ocurre nada raro y podemos conocer aspectos de la vida que tal vez no queremos, tomar conciencia de ciertos cambios.
- Las intervenciones grupales son las más eficaces, con actividades de apoyo y educativas, dirigidas a grupos específicos que se apoyan en los recursos de la comunidad con entrenamiento, entretenimiento y apoyo a los facilitadores generalmente voluntarios. El trasfondo es el fortalecimiento individual, grupal y comunitario ante la soledad no deseada.
- Las intervenciones grupales educativas y sociales alivian el aislamiento social y la soledad en las personas mayores, con mirada psicosocial. Las intervenciones centradas en la interacción personal junto al fomento de la amistad o compañía son recursos de ayuda.
- El contexto de las intervenciones es comunitario, por ejemplo, en residencias de mayores, con terapias muy variadas, ejercicio físico y programas de huerta o jardinería en interiores, terapias de humor o basadas en los recuerdos, etc., que faciliten la socialización, reduzcan la soledad y promuevan las actividades cotidianas; crear redes informales de acompañamiento y apoyo, intervenir con las personas afectadas, ofreciendo oportunidades de encuentro y mejora del bienestar, actividades de entidades públicas y privadas, etc. Con la mirada en la concienciación comunitaria.

Por ejemplo, la promoción del envejecimiento activo permite prevenir enfermedades, la discapacidad y mejorar la calidad de vida, donde el apoyo social y la autoestima son percibidos como grandes recursos para vivir mejor. Así mismo ocurre en la infancia, la juventud y en cualquier período etario de nuestras vidas.

Hacer algo supone implicación de familiares, de vecinos y vecinas, y de la propia comunidad, barrios sensibles a la soledad no deseada y que se comprometan en su resolución. Actividad, ejercicio... ayudan a elevar las endorfinas y la serotonina. Estas "hormonas del cerebro" pueden mejorar el ánimo, el sueño y ayudan a las personas a sentirse mejor.

Los objetivos claros persiguen:

- Promover en el barrio una red de apoyo informal que ayude a identificar y combatir situaciones de soledad no deseada y aislamiento social.
- Facilitar vínculos a las personas que se sienten solas con la red social, promoviendo su participación en los recursos del barrio, pueblo o ciudad.
- Coordinar y visibilizar los recursos y proyectos en la comunidad que permitan el encuentro para quien se sienta solo y tener efecto positivo en su salud.

Las iniciativas son muchas. Las experiencias, acciones, actividades, programas son muy dispares: Siempre Acompañados de Barcelona, las políticas holandesas para detectar la soledad de mayores en una “sociedad participativa”, redes vecinales informales contra la soledad, Solidaridad Intergeneracional en Burgos, *Estar juntos*, sillas a la calle y a “charlar”, fiestas de abrazos o saludos, “me alquilo como amigo/a”, etc., y cuantas iniciativas puedan surgir frente al aislamiento social. Son multitud los proyectos e iniciativas ya existentes que nos pueden orientar para posteriormente llevarlos a cabo. Precisan de nuestra decisión y del apoyo institucional.

Curiosamente, en el ámbito vasco y español hay un déficit importante de trabajos publicados con evidencia científica, más propios de espacios anglosajones y nórdicos, donde en las intervenciones comunitarias más satisfactorias se implican tres agentes sociales: la ciudadanía, los recursos técnicos y profesionales, y las administraciones públicas. Son muchas las experiencias en Holanda, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Suecia, Reino Unido, etc., y son, así mismo, un buen campo de aprendizaje. De ahí aprendemos que la construcción e interrelación de redes de apoyo es esencial para romper las barreras de aislamiento que pudieran surgir.

¿Cómo puedo implicarme?

Las instituciones, en sus áreas de bienestar social, de juventud o de mayores, de cultura y tiempo libre... en diversas áreas, pueden facilitar apoyo e intervenir en programas para la promoción de la vida activa y saludable de las personas y los grupos, que permitan compartir experiencias, mejorando habilidades de comunicación y facilitando el establecimiento de relaciones. Sí y muchos colectivos y personas a título individual pueden llegar a implicarse.

Necesitamos generar comunidades más cohesionadas. Contribuyendo a identificar personas de nuestros entornos que pudieran verse afectadas por un sentimiento de soledad no deseada y sensibilizando sobre ello, para visibilizarlo y destacar los riesgos de sus efectos. Los vecinos, comerciantes, otros agentes de barrios y pueblos de mirada comprometida con el reto de la soledad no deseada entrarán a formar parte de una red de apoyo mutuo y serán colaboradores/as.

Aunque te sientas solo, no lo estás. Estamos construyendo redes informales de apoyo y convirtiendo el barrio, el pueblo, en un lugar acogedor donde las personas se sientan cuidadas.

Han ido apareciendo movimientos ciudadanos fuertes, crecientes en su arraigo social. El ecologismo, el feminismo, el movimiento de mayores... estaban ahí, con reivindicaciones importantes y grandes logros en las últimas décadas. Se han sumado las iniciativas en torno al cambio climático, los 8M y 25N, la violencia de género tras algunas muertes y agresiones con juicios mediáticos, o las barbaridades frente a migrantes y refugiados. Las

manifestaciones, martxas, concentraciones, etc. de pensionistas han sido hasta el confinamiento por la pandemia las más significadas por su elevado número. Jóvenes, mujeres y personas mayores se han movlizado ampliamente los dos años anteriores a esta pandemia, unos movimientos contrarios a la soledad no deseada que han sido un revulsivo para la política, que debe ver cómo incorporar sus reivindicaciones.

La gente mayor situada en los parques, en el barrio, en los centros de mayores y de cualquier actividad ciudadana... ocupación, ejercicio, comunicación, ocio, etc. Afinar iniciativas sobre la salud desde el municipio, desde los lugares próximos, desde cualquier espacio donde interactúen las personas.

La soledad como vivencia de malestar se puede corregir para quienes así lo sientan. ¿Cómo? Mediante las iniciativas, mediante tareas y actividades de todo tipo: pasivas o activas; recreativas, ocupacionales, deportivas, asociativas, solidarias, creativas...; acudir a espectáculos (deportivos, cine, teatro...), visitas (museos, monumentos, espacios naturales...), tareas domésticas, actividades relacionales, etc. Las opciones son muchas, las actitudes más limitadas. Precisamos de un enfoque interseccional y de salud comunitaria que ayude a tomar conciencia de las barreras al tratar de construir vínculos, relaciones sociales y sostener la vida cotidiana en nuestro medio.

En suma, prevenir y actuar frente a la soledad no deseada es posible, desde profesionales del medio sanitario y de lo social, desde quienes investigan y desde quienes están en las instituciones, desde las familias y desde el ámbito comunitario en su conjunto. Quienes vivan en los barrios, pueblos o ciudades, quienes estén sensibilizados frente a la soledad no deseada, pueden implicarse. También podemos implicarnos y aprender a no resignarnos mientras confiamos en la gente.

LA SOLEDAD COMO EMERGENTE DE NO COMUNIDAD: LA EXPERIENCIA PILOTO COMUNITARIA DE MADRID DE “PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA (2016-2019)”

Javier Segura Del Pozo

Madrid Salud erakunde autonomoko Prebentziorako eta Osasun Sustapenerako aholkulari teknikoa. Madrilgo Udala
Consejero técnico de Prevención y Promoción de la Salud del organismo autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Me resulta muy difícil hablar de la soledad sin encuadrarla en la situación actual que estamos viviendo de la pandemia, en la que la soledad no deseada, el aislamiento social, la muerte y el duelo han tenido, por desgracia, ese terrible protagonismo. Como ya se ha dicho aquí, la pandemia ha desnudado nuestras costuras y debilidades como sociedad, aunque también nuestras fortalezas.

Les aseguro que lo que aprendimos en el proyecto piloto de prevención de la soledad no deseada, desarrollado antes de la pandemia, se ha confirmado totalmente durante estos seis últimos meses que hemos vivido. Tenemos un problema como sociedad con relación a cómo abordamos o ignoramos temas como la soledad, la vejez, el final de la vida, la muerte o el duelo. Incluso, si quieren, ampliamos el foco, afirmando que nuestro problema es: cómo abordamos los cuidados en nuestra sociedad, cómo enfocamos la vulnerabilidad (de todos y todas) y qué importancia le damos a las acciones y relaciones sobre las que está basada la sostenibilidad de la vida. La pandemia lo ha dejado más claro aún.

Como intentaré exponerles ahora brevemente, tanto antes de la pandemia como ahora, hay temas que han estado más bajo el foco mediático e institucional, y otros que han quedado más velados y ocultos. Sin embargo, algunos se han intensificado de tal forma que al final han salido bruscamente a la superficie. Entre ellos, las desigualdades sociales en salud. Pero vamos por pasos.

Contextualizando

Primero, necesitamos un pequeño contexto histórico e institucional. Los proyectos que les expondré a continuación son la continuación de un proceso que arranca en 2008, enfocado a la reorientación comunitaria de la red de centros municipales de salud que tiene el Ayuntamiento de Madrid. El proceso que tuve el honor de coordinar, primero como jefe de servicio (a partir de finales de 2009) y luego como subdirector general de Prevención y Promoción de la Salud (a partir de 2015) de Madrid Salud, tuvo dos nombres: Estrategia Gente Saludable (2010-2015) y Estrategia Barrios Saludables (2015-2019). Y usaba el lema “De las batas a las botas” para denotar ese objetivo de pasar de tener un referente médico-clínico basado en la atención a la demanda a cultivar una mirada contextualizada en la vida cotidiana y las condiciones de vida de las personas, que exigía también trabajar en ámbitos “extramurales” al centro de salud (colegios, centros culturales, asociaciones, espacio público, vivienda), con encuadres individuales, grupales, asamblearios e incluso desde la informalidad. Como fruto de este intenso proceso de aprendizaje y transformación de prioridades, se cambió en 2018 el nombre de los Centros Madrid Salud (CMS) a “Centros Municipales de Salud Comunitaria” (CMSc)².

Desigualdades sociales en salud

El enfoque comunitario de nuestra estrategia incluía el empeño en visibilizar y abordar las desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades suelen estar escondidas y solo se desvelan con gráficos, como el de la derecha de la Encuesta Nacional de Salud, que muestra un gradiente en la prevalencia de las principales enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artrosis, depresión...) según clase social. Pero también en mapas como los de la izquierda de esperanza de vida por barrios de Madrid, diferenciado por hombres y mujeres, que muestra una diferencia de hasta 9 años entre las personas que viven en barrios más longevos (verde) y menos longevos (rojo), que se agrupan en un patrón espacial noroeste/sureste y centro/periferia.

Desigualdades en renta y calidad de la vivienda

Este patrón se superpone al que muestra este otro mapa de la izquierda, que muestra la distribución de renta per cápita por parcelas catastrales, en el que se señala en rojo y amarillo dónde residen los y la madrileñas con menos recursos económicos y en azul y verde las de mayor renta.

² Segura del Pozo, J. El vídeo resumen “De las batas a las botas” (Proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019). Blog Salud Pública y otras dudas, 7 de marzo de 2020. (Consultado el 09-06-2020). Disponible en: <https://saludpublica-yotrasdudas.wordpress.com/2020/03/07/el-video-resumen-de-las-batas-a-las-botas-proceso-de-reorientacion-comunitaria-de-los-cmsc-de-madrid-2008-2019/>

A su vez, esto explica el mapa de la derecha de calidad de la vivienda, que corresponde a una investigación en marcha llamada “espacialidades dinámicas”, en la que colaboré con un grupo de arquitectos sobre modelos eficientes de desconfinamiento. Si se fijan en las zonas rojas y marrones, de bastante baja calidad de la vivienda, comparadas con las zonas azules de buena calidad, el patrón se repite. Es decir, hay una relación entre la segmentación espacial de salud de Madrid y la segmentación económica y habitacional. La vivienda es un importante determinante social de la salud. Lo que denominamos en epidemiología social un “determinante intermedio” entre el determinante estructural de la renta y las diferencias de salud.

La Ciudad de los Cuidados

Los recortes aplicados durante los últimos años y el cambio del marco legislativo municipal estuvieron a punto de dar al traste con el proyecto municipal de salud comunitaria, por el que ya no apostaba el partido político que regía el gobierno municipal. Tal como explicitó su candidatura a alcaldesa durante la campaña electoral de 2015, existía el propósito de cerrar los CMS.

Afortunadamente, las elecciones de mayo de 2015 trajeron un nuevo equipo de gobierno que no solo decidió no cerrar los centros, sino que le dio un especial valor a su orientación comunitaria. Se nos pidió, sin embargo, alinear nuestros objetivos comunitarios con la idea de construir una *Ciudad de los Cuidados* que incorporara la ética de los cuidados como brújula de acción. Debíamos ayudar desde la salud comunitaria a superar la separación entre mundo productivo y mundo reproductivo (incluyendo la promoción de la corresponsabilidad de los cuidados, entre géneros, generaciones y de toda la sociedad), y a apoyar los cuidados comunitarios sobre los malestares y bienestar de la vida cotidiana de nuestros barrios.

Así pues, tuve el honor de ser también el coordinador de un plan que fue todo un reto personal, profesional e institucional: el plan “Madrid, Ciudad de los Cuidados” (2015-2019). También fue una rica fuente de aprendizaje. No me da tiempo a compartir con ustedes algunos de estos aprendizajes, solo les adelanto algunas “puntadas”, para dejarles interesados (y que me vuelvan a invitar en el futuro): las oportunidades y dificultades de la transversalidad técnica (especialmente sociosanitaria); la necesidad de abordar las resistencias profesionales y corporativas; la necesaria transversalidad política para favorecer esta transversalidad técnica; el choque de planes transversales promovidos desde diferentes áreas; la competencia entre relatos; la complejidad, a la vez que oportunidad, de las iniciativas público-sociales, en un marco legal de contratación pensado para la iniciativa público-privada; la necesidad de *deconstruir* el encargo político; la sostenibilidad institucional de los proyectos piloto, más allá del periodo legislativo; etc. En resumen, la confirmación de que cualquier proceso de cambio, iniciado y promovido desde una institución tiene que tener en cuenta las propias resistencias y dinámicas institucionales, y cómo analizarlas y abordarlas para permitir el avance del proceso de cambio.

Lo que tuvimos claro desde el principio es que no queríamos conformarnos con un *relato* (el relato de los cuidados) o una marca a efectos de comunicación, sino que teníamos que poner en marcha proyectos piloto comunitarios que mostraran y demostraran que había otra forma de gestionar la ciudad y apoyar a los barrios, en el periodo corto que determinan los tiempos institucionales.

La soledad no deseada

Hoy les traigo dos de estos proyectos que tienen que ver con el objeto del curso. El primero fue el proyecto piloto comunitario de prevención de la soledad no deseada que se desarrolló en dos barrios de Madrid: La Ventilla, en el distrito de Tetuán, y Trafalgar, en el distrito de Chamberí. En ambos partíamos de ese enfoque comunitario que les mencionaba. Considerábamos la soledad como un emergente de no comunidad, es decir, del debilitamiento de los lazos de solidaridad vecinal.

Esto nos lo confirmaron tanto la encuesta específica previa que hicimos en 2016 como la encuesta de salud de la ciudad de Madrid de 2018, donde se incluyó un bloque de preguntas sobre la soledad no deseada. Había una prevalencia del 9,6% de personas que se sentían frecuentemente o siempre solas, pero tenían una distribución muy significativa. Así, en la encuesta de salud de la ciudad de Madrid de 2018 volvió a quedar claro que la soledad no deseada tenía un gradiente social claro, tanto medido como nivel educativo, como con tres categorías de clase social, como pueden apreciar en estas gráficas.

Si nos fijábamos en la distribución de estas prevalencias por sexo, edad y grupos sociales, confirmábamos que el sentimiento de soledad está más presente en mujeres que en hombres, pero también que, al contrario de lo que se creía hasta entonces, no era en el grupo de edad de mayores de 65 años, donde había una mayor prevalencia de soledad, sino en los grupos de 15-29 y 30-44 años. Probablemente tenía que ver con que los grupos sociales que tenían una mayor prevalencia eran los de inmigrantes, familias monomarentales o personas con diagnóstico de enfermedad mental, diversidad funcional o sin hogar. Por ello, orientamos el proyecto de Prevención de la Soledad No Deseada a abarcar todos los estratos de edad (por encima de los 18 años) y todos los grupos sociales que residían en esos barrios, es decir, a tener una visión comunitaria, y como tal, nos centramos más en reforzar las capacidades comunitarias de esos barrios, desechando un enfoque individualista, asistencialista y limitado a las personas mayores.

Los objetivos del proyecto pueden resumirse en:

- Promover en el barrio una red de apoyo informal que ayude a identificar y combatir situaciones de soledad no deseada y aislamiento social.
- Identificar las personas que se sienten solas (*radars*) y facilitar su vinculación con la red social del barrio, promoviendo su participación en los recursos (públicos y privados) disponibles y su derivación a recursos asistenciales y sociales, si hiciera falta.

- Coordinar y visibilizar todos los recursos y proyectos de los barrios objeto de actuación (públicos y privados) que pueden suponer oportunidades de encuentro para las personas que se sienten solas y ejercer un efecto positivo sobre su estado de salud.

Durante los dos años que se desarrolló el proyecto (2018-2019) se hicieron múltiples acciones para identificar personas en soledad no deseada con la ayuda de las redes vecinales, los dispositivos sociosanitarios y los comercios colaboradores. Pero sobre todo fueron acciones comunitarias como las reflejadas en estos carteles. Estuvimos fortaleciendo y tejiendo comunidad mediante encuentros vecinales, talleres, relatos, paseos, teatro, cine, etc. Aquí tienen el cartel de la película *Soledad*, escrita, interpretada, rodada y montada por las propias vecinas de La Ventilla, y estrenada en diciembre de 2019 en la misma semana que se finalizó el proyecto.

El nuevo equipo de gobierno surgido de las elecciones de 2019 decidió no prorrogarlo otros dos años, tal como posibilitaba el contrato que había permitido contar con unos valiosos recursos comunitarios para su desarrollo, truncando, a mi entender, el notable potencial de aprendizaje que estaba generando como proyecto piloto, además de debilitar el sostén de los procesos comunitarios que apenas se habían iniciado en esos barrios. Sin embargo, se comprometió a extender un proyecto de abordaje de la soledad a toda la ciudad durante esta legislatura 2019-2023. De su enfoque y resultados ya no puedo darles cuenta.

Comunidades Compasivas

El resto de proyectos del plan “Madrid Ciudad de los Cuidados” tampoco tuvo continuidad (ni el propio plan), a excepción del proyecto de cuidados al final de la vida y prevención del duelo complicado (Comunidades Compasivas), desarrollado en dos barrios del distrito de Carabanchel y cuyo contrato de apoyo fue prorrogado por otros dos años.

¿En qué consiste? En desarrollar un proyecto piloto de “comunidad compasiva” orientado a la pedagogía colectiva al final de la vida y a la creación de una red de solidaridad con las familias que atienden a las personas en estado terminal, al final de la vida o que han sufrido un duelo reciente. Sus objetivos se podían resumir en:

- Sensibilizar a la ciudadanía y al entorno comunitario sobre el modelo de comunidades compasivas al final de la vida.
- Fortalecer las capacidades del vecindario de los barrios para el cuidado colectivo de las personas al final de su vida y/o a quienes cuidan y que se enfrentan al duelo.
- Facilitar información y asesoramiento sobre el final de la vida y prevención del duelo complicado

De nuevo, aunque se atendía (se atiende) a personas y familias que estaban viviendo el final de la vida y el duelo, el esfuerzo principal era fortalecer las comunidades de estos barrios en sus capacidades compasivas. Aquí les traigo ejemplos de actividades comunitarias, tanto en el ámbito educativo, encuadrando la pedagogía de la muerte en las áreas pedagógicas de “gestión de emociones difíciles”, como en actividades de corto-fórum, talleres de poesía creativa, relatos de mitos y leyendas alrededor de la muerte, *death cafés* o el uso de la arteterapia y las historias de vida para abordar el final de vida.

Y llegó la pandemia

Y mientras estábamos en este proceso de cambio institucional y conocimiento del nuevo encargo político, llegó mi cese como subdirector general, pero también la pandemia y con ella... el confinamiento en nuestras casas, en nuestra soledad, compartida o no.

Lo que quedó claro es que la experiencia del confinamiento pandémico hizo más evidente “la brecha” de la calidad de la vivienda que antes mencionaba. Esta “brecha” (social y de salud) se ha evidenciado claramente durante el confinamiento, en el que nuestro único espacio disponible era el espacio privado (la vivienda). Como expresa Carlin en su viñeta, “*no todas las cuarentenas son iguales*”.

También puso en evidencia la simpleza de algunos lemas o medidas que no consideraban suficientemente las condiciones o determinantes sociales para ser cumplidas³. Era difícil ver más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas que se pusieron en marcha. La verdad es que la épica *hospitalocentrista* y *patriótica* venció a la ética de los cuidados comunitarios⁴.

También quedó claro el fracaso de nuestro modelo de cuidados de la vejez y al final de la vida. Inequidad y la soledad no deseada se hicieron dolorosa y trágicamente presentes no solo en las residencias de personas mayores, sino en la vivienda habitual.

La mala muerte y el mal duelo se hicieron dolorosamente presentes. Esta imagen es una infografía editada por el Ministerio de Sanidad a principios de abril correspondiente al periodo en el que estuve colaborando con el ministerio. Se titula “Afrontar el duelo en tiempo del coronavirus”. Da unas pautas de afrontamiento del duelo para las personas que perdieron un ser querido en estos primeros meses de la pandemia, recogiendo parte de los conocimientos acumulados, antes y durante el proyecto de prevención del duelo complicado.

³ Javier Segura. “Contra la simpleza pandémica”. Cuartopoder. 22 de agosto de 2020. <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/08/22/contra-la-simpleza-pandemica/>

⁴ Javier Segura. “Más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas”. Cuartopoder. 15 de abril de 2020. <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/15/mas-alla-del-quedaateencasa-y-otras-epicas-javier-segura/>

El miedo de la institución y la valentía del vecindario

Asistimos a una desmovilización de la atención primaria y los dispositivos sociosanitarios comunitarios. Decenas de centros de salud han cerrado en la Comunidad de Madrid para drenar sus profesionales sanitarios a los edificios públicos medicalizados. Otros se quedaron con recursos mínimos, tanto por las bajas de sus sanitarios, como por la falta de reposición de las mismas. La atención social primaria, los centros de salud mental y los CMSc se quedaron con un retén mínimo, enviando a sus profesionales a sus casas a teletrabajar. No se les consideraba profesionales “esenciales”. Dominó la atención telefónica y la “protección” ante el peligro exterior. Todavía no nos hemos recuperado de esta situación. Sin desmerecer el compromiso demostrado por sus profesionales y la carga de trabajo asumida por los mismos, en condiciones muy difíciles, durante estos seis meses, coincidirán conmigo en que quedó claro que la institución (y muchos de sus profesionales) tuvo miedo al contacto con la comunidad. Miedo que sentimos todos.

Sin embargo, frente al miedo de la institución que resultó en este retraimiento intramural, digital y telefónico, destacaron las iniciáticas de solidaridad vecinal que intentaron cubrir, desde la precariedad, las necesidades que la institución apenas fue capaz ni de identificar ni de satisfacer. Me refiero a las redes vecinales de apoyo mutuo⁵ que florecieron durante el confinamiento de marzo/abril de 2020 y que se organizaron con protocolos de protección y afrontando la limitación de su acción en el espacio público, cuyo uso estaba vigilado por los controles policiales.

Como ejemplo les traigo esta infografía del grupo vecinal “Apoyo Zona Norte”, que ofrecía ayuda solidaria durante el confinamiento e informaba de un protocolo de acción y seguridad. Pero también me refiero a las despensas comunitarias que surgieron en mayo/junio de 2020 y que desvelaron, con las llamadas “colas del hambre”, esa inseguridad alimentaria creciente que no aparecía ni en los informativos ni en la prensa. La foto de la derecha es de julio de 2020 y son cajas de alimentos preparados para distribuir a decenas de familias *amadrinadas* por una despensa comunitaria de un barrio de Tetuán.

Contacto

Se nos ha acabado el tiempo. Si quieren más información sobre estos proyectos, les dejo este par de enlaces: <http://madridsalud.es/ciudaddeloscuidados-2/> y <http://madridsalud.es/prevencion-y-promocion-de-la-salud/>.

También les dejo este a mi blog “Salud Pública y otras dudas”: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>.

⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Redes comunitarias en la crisis Covid-19. 30 de abril de 2020. (Consultado el 09-06-2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf

Me tienen a su disposición en este correo electrónico: javier.seguradelpozo@gmail.com, que es el particular, pues aprovecho para anunciarles que a partir de diciembre iniciaré una nueva etapa profesional y vital con mi jubilación, donde pienso tener un envejecimiento *activista* y, por ello, saludable.

Eskerrik asko!

MIRADAS Y ABORDAJES DE LA SOLEDAD DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES Y LOS CUIDADOS

Mabel Cenizo

Cáritaseko Komunikazio, Gertakari, Prestakuntza
eta Boluntariotza arloko arduraduna
*Responsable de Comunicación, Incidencia,
Formación y Voluntariado de Cáritas*

***“La soledad se sabe sola en mundo de solos
y se pregunta a veces por otras soledades”.***
(Mario Benedetti)

El concepto de soledad, su definición compleja, sus diferentes formas de medir, sus causas socioeconómicas y culturales, y sus consecuencias personales, comunitarias y sociales serán contenidos que se vayan a ofrecer con mayor profundidad por parte de otras personas expertas que participan de este curso de verano.

Mi aportación/propuesta es como trabajadora social en el ámbito del tercer sector y de los servicios sociales, con importante presencia de las mujeres gitanas en mi mirada y trayectoria profesional, y quiere centrarse en cómo este fenómeno social (la soledad) puede (y debe) ser comprendido y atendido:

- de una **forma organizada** (respondiendo a él con estructura de política pública);
- sobre todo, por los **servicios sociales** (y el tercer sector con otros agentes que operan en lo comunitario);
- (porque) su **objeto** central como sistema es la **interacción** humana (lo relacional);

- en este momento de revolución cultural, donde el **paradigma del cuidado** (nos reclama (a las organizaciones de servicios sociales, también, la centralidad de la vida y, por lo tanto, *otras lógicas temporales y espaciales, una mayor profundización de la ética, una competencia profesional mayor en lo emocional y relacional, otras metodologías, otros objetivos, otras configuraciones de equipos humanos...*, es decir, otra cultura institucional en el sistema que configura la intervención social).

La ponencia pretende:

1. Ofrecer una aproximación del concepto soledad y algunas apreciaciones y preguntas relacionadas.
2. Que nos puedan ayudar a encaminar y definir esta incidencia en el marco de los servicios sociales como política pública.
3. Unos servicios sociales que articulen sobre todo bienes relacionales desde los cuidados, enmarcados en lo comunitario para hacer frente a la soledad y el aislamiento relacional.
4. Donde el tercer sector gire el sentido de su función social y centre su apuesta estratégica en lo comunitario.

Primera parte: MIRADAS SOBRE LA SOLEDAD EN SU CONTEXTO COMUNITARIO

Podemos definir la soledad como un **proceso** personal (**de fragilización relacional**) que se produce en un contexto comunitario donde se pueden acumular procesos de soledad en función de lo fortalecido, incluyente, promotor, igualitario y protector de dicha comunidad (**fragilización comunitaria y estructural**). Ese proceso de fragilización de las personas en sus relaciones primarias y comunitarias refiere al elemento social –interacción (vinculo)– y el mismo **está vinculado a la necesidad/respuesta de cuidados más funcionales y/o más relacionales**.

La soledad puede ser parte de esa crisis global de los cuidados y, por lo tanto, puede responder a una cara más del poliedro de la no centralidad de la vida en nuestras sociedades (del des-cuido, de no ejercer el cuidado de las personas, sus relaciones y sus entornos). La soledad y la crisis de los cuidados remiten ambas a una brecha en las relaciones primarias y comunitarias, a ese proceso de fragilización de la persona y de la comunidad donde se inserta, que se retroalimenta en un proceso de fragilización estructural.

Nuestra propia y universal fragilidad e interdependencia es la que nos llama a una centralidad mayor del cuidado de la vida como paradigma de análisis y de intervención social frente a las incidencias como la soledad. El cuidado, los cuidados nos guían también como

bienes relacionales en este sentido de la reflexión y de la intervención frente a la soledad y el aislamiento social. Como nos indica Martha Nussbaum, el concepto de bienes relacionales son “*experiencias humanas en las que el bien es la relación misma*”⁶.

La soledad suele acompañar el proceso de otras rupturas sociales que se producen en esa fragilización personal y comunitaria, por lo que podemos hablar **más de soledades** que de soledad. Muchas de las incidencias sociales que acompañamos en el ámbito de los servicios sociales, exclusión, violencia, desprotección, discapacidad, dependencia, hecho migratorio forzado, drogodependencia, enfermedad mental, envejecimiento, tienen (o pueden tener) una trazabilidad de soledad subjetiva y de aislamiento relacional/comunitario. La soledad posible es, a veces, la consecuencia del proceso de otra incidencia (pérdida de empleo, por ejemplo) y, a veces, la precede como causa. Como no hay relaciones sociales significativas o están lejos (hecho migratorio forzado), se dificulta el acceso al empleo. Es, por lo tanto, un eslabón interdependiente, hay **una relación de reciprocidad** entre varias incidencias sociales que suceden encadenadas.

Son soledades que tienen **en común**:

- La vivencia subjetiva de la soledad.
- El desvinculo o fragilidad en la interacción con lo comunitario en el contexto de la estructura socioeconómica, política y cultural de dicha comunidad.

Pero que tienen **otras aristas diferenciadas** que complejizan este fenómeno:

- Las distintas historias de vida personales/familiares que concluyen en esa vivencia subjetiva de la soledad y aislamiento relacional (hecho migratorio forzado, exclusión social, enfermedad física o mental, violencia ...), es decir,
 - **el elemento social** que encamina la soledad subjetiva... (información cualitativa);
 - **la resiliencia**, las propias fortalezas o dificultades de las personas afectadas por el aislamiento relacional (edad, nivel de estudios, nivel económico, expectativas de futuro, hábitat, religión, estado civil, procedencia, ocupación, percepción de su salud, ideología, tipología de familia...) (información cualitativa);
 - **la acumulación procesual/temporal** de problemáticas que puedan acompañar a la soledad subjetiva, conjunción de factores de riesgo cuyas variables están mencionadas en el punto anterior (información cuantitativa y temporal).
- La intensidad, la prevalencia y la cronicidad de la soledad en los entornos comunitarios, por las características, fortalezas o debilidades de esas comunidades:

⁶ Nussbaum, M. *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Cambridge, 1986.

- **La intensidad** de la soledad/aislamiento de la vida comunitaria, es decir, cómo se organizan los factores sociales, económicos, sanitarios, culturales, formativos, religiosos, identitarios; cómo se estructuran los domicilios, el hábitat, la vida asociativa. El eco o el mapa comunitario que las variables personales anteriormente mencionadas dibujan de la comunidad (información cualitativa).
- **La prevalencia**, el número de personas y de perfiles distintos que se puedan sentir solas y/o en aislamiento social dentro de un mismo entorno comunitario, personas mayores, mujeres migrantes (información cuantitativa).
- **La cronicidad** o el deterioro en el tiempo de la soledad y aislamiento relacional en el entorno (información temporal).

Para un acercamiento mayor y más profundo de la soledad, debemos abrir al máximo la horquilla de preguntas sobre las incidencias sociales y las resiliencias personales y comunitarias enfocadas en el eje de integración relacional-soledad/aislamiento. Previo a entrar en materia de estrategias e intervenciones sociales o mientras, es importante la necesidad de seguir **elaborando estudios** que respondan a esa compleja realidad. ¿Cómo se interrelacionan lo común de la soledad con otras situaciones sociales que transcurren en nuestros barrios? ¿Cómo se interrelacionan soledad y exclusión, soledad y violencia, soledad y desprotección, soledad y hecho migratorio forzado, soledad y envejecimiento...? ¿Cómo se relaciona la soledad con la participación social y política, con el urbanismo, con los agentes socioeconómicos que operan en esa comunidad...?

Cuando hablamos de soledad y de esta enfocada en un colectivo concreto, y no la ponemos en función del entorno comunitario donde se produce, podemos estar perdiendo aristas que mejoran o empeoran sustancialmente esa experiencia subjetiva de la soledad. Una mujer migrante se siente más sola en un barrio/ciudad donde no se encuentra con otras mujeres de la misma procedencia, aunque tenga personas de apoyo o próximas. Esta misma mujer se puede sentir menos sola en un barrio en función del sentido de pertenencia o identidad con otros elementos sociales (religión, edad, género) con los que se identifique.

La soledad como fenómeno es una realidad compleja que necesita ser estudiada con mayor profundidad, no solo para colectivos poblacionales, sino como realidad relacional comunitaria, y sobre todo conocer las variables y prismas sociales que están teniendo más peso en el sufrimiento que genera la soledad y el aislamiento relacional.

Segunda parte: ¿POR QUÉ EL ABORDAJE DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES?

Hablamos y nos preguntamos por la soledad para diagnosticarla con la intención de intervenir en ella y reducir su daño e impacto sobre las personas y comunidades. Hablamos y nos preguntamos por la soledad, además, motivada por distintas razones sociales,

económicas, sanitarias, entre ellas, también porque dice “algo” de nosotras mismas y nuestros entornos, y, sobre todo, porque supone dolor para las personas y este y su falta de reconocimiento y de intervención eficiente apelan a nuestra humanidad y compasión.

Estamos de acuerdo en la necesidad social de diagnosticar la soledad e intervenir en ella, pero previo a esto, la pregunta a responder es: ¿quién o quiénes están llamados a diagnosticar e intervenir en ella? ¿Es un problema del que debe ocuparse salud pública o los servicios sociales, o encaja en el espacio sociosanitario, o no encaja en los anteriores y requiere otro diferenciado? ¿Es un problema público en el sentido de que hay una política pública que se preocupa de esta incidencia, es decir, se ocupa desde un marco normativo, un plan sistematizado y desarrolla una agenda para que ese hacer algo tenga impacto positivo y se reduzca el daño? ¿A quién (o quiénes) le pedimos liderazgo, articulación y evaluación sobre este fenómeno social?

La soledad es un problema social creciente, con mayor preocupación en los últimos años, un problema multifactorial complejo y complejizándose que requiere, además de estudios más amplios y de un buen análisis social, el diseño de una intervención de mayor proximidad comunitaria que permita atender/conjugar la diversidad social y funcional de las personas y sus vínculos en sus entornos. Dicho de otra manera,

- se necesitan **intervenciones en el marco comunitario** más universales, más amplias, por lo común e interdependiente de las soledades;
- además de **intervenciones más personalizadas**, por lo específico de las mismas, dirigidas a las personas y sus vínculos diseñando respuestas “locales” o respuestas de proximidad *ad hoc*.

Buscando respuestas que encajen con la (pre)ocupación por lo comunitario en un sistema de atención público, se encuentran los servicios sociales, que, además, como sistema están definiendo su objeto de intervención en la interacción, ese eslabón entre la persona y sus relaciones primarias y comunitarias y los apoyos, cuidados e intervenciones que precisa la misma para su autonomía e integración relacional⁷

La **interacción** es el contrapunto de la soledad subjetiva y del aislamiento relacional, es decir, de la frágil o no interacción. La interacción responde, a su vez, al objeto del cuidado funcional y relacional, por lo que en el eje integración relacional-soledad y aislamiento social están convocados la interacción y el cuidado como bienes relacionales a proteger.

Desde lo comunitario, desde la interacción, desde los cuidados relacionales y los apoyos a la vida de las personas en sus entornos, está convocado el sistema de servicios sociales a

⁷ “La interacción es un bien social protegible. Es el ajuste dinámico entre autonomía personal e integración relacional en cada contexto y momento del ciclo y el proyecto vital de cada persona en sus entornos vitales y el apoyo social disponible a través de los vínculos familiares, convivenciales, comunitarios o relacionales en general”. En FANTOVA, F. “Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas”. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, N.º 49. Bilbao, 2008.

colocarse como sistema público para liderar de forma significativa el fenómeno de la soledad. ¿Cuál es la aproximación legislativa, entonces, del cometido de los servicios sociales si centramos la soledad dentro de este sistema?

La ley nos indica que *“el Sistema Vasco de Servicios Sociales constituye una red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional”*. Y en su artículo 8 sobre modelos de atención y de intervención nos indica que *“el Sistema Vasco de Servicios Sociales tendrá como referencia en su funcionamiento el enfoque comunitario, de proximidad de la atención, y a tales efectos:*

- a) favorecerá la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local, contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación;*
- b) posibilitará la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio, y articulará, cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, alternativas residenciales idóneas, por su tamaño y proximidad, a la integración en el entorno”*.

De todas formas, esta “nueva” incidencia social requiere, desde el sistema de los servicios sociales, estudios más profundos y transversales que mapeen los procesos desencadenantes que contienen el síntoma soledad no deseada o doliente. Y, por supuesto, demanda reconocimiento y visibilización de este hecho social como tal, en la urgente actualización de nuestra ley de servicios sociales y el decreto de cartera donde aparece la palabra soledad una única vez.

La actualización de las leyes de servicios sociales y la agilidad de estas para incorporar situaciones sociales que surgen o empiezan a tener socialmente una preocupación mayor dan crédito y valor al sistema de servicios sociales, además de proyectar un marco organizado de intervención y un plan diseñado de prestaciones y servicios que pueden ser evaluados para encaminar el impacto de la soledad.

En las últimas leyes de servicios sociales de 2019 (Canarias y Comunidad Valenciana) aparece mencionada la palabra soledad y aislamiento únicamente en una o dos ocasiones, y solo vinculada al servicio de teleasistencia. Tan solo la Comunidad Valenciana hace otra mención añadida a viviendas colaborativas en el catálogo de prestaciones: *“La Conselleria competente en materia de servicios sociales, con la administración local y otras conselleríes, facilitarán el impulso de nuevas formas colaborativas que hagan frente a la soledad o den respuesta a nuevos malestares sociales que puedan surgir”*.

No perdamos **esta ola de preocupación social** para responder a un diálogo con la sociedad desde los servicios sociales.

Tercera parte: PERO, ¿QUÉ SERVICIOS SOCIALES?

La aproximación de las soledades del primer apartado guían esta tercera parte sobre el modelo de servicios sociales e intervenciones que necesita el eje relación integral, riesgo, soledad/aislamiento social desde ese paradigma del cuidado que nos reclama centralidad de la vida. Recordamos que las soledades requieren intervenciones de **mayor proximidad comunitaria** que permitan articular lo común y lo diverso de esta incidencia en las personas, sus vínculos primarios y su entorno social.

Definimos **la intervención social** como “el conjunto de acciones intencionadas para mejorar el contexto de un colectivo o de la población de un territorio dado”⁸, que se aproxima mucho al marco programático del cuidado como una *“actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible”* (Joan Tronto).

Sin embargo, **el paradigma de los cuidados** aporta/refuerza algunas cualidades distintas a la intervención social en las situaciones de exclusión, desprotección, violencia, soledad que pensamos y desarrollamos desde los servicios sociales:

1. **Una dimensión del tiempo y del lugar distintos:** los cuidados se gestan en la vida cotidiana, en los hogares, en la calle, en el vecindario, con un tiempo dilatado, sosegado, vinculante, emocional, a su vez apremiante e imprescindible cuando la necesidad de cuidado es para “las actividades vinculadas a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida”⁹. Otros lugares y otros tiempos son contrarios al cuidado.
2. Otros indicadores de medición o impacto positivo del proceso de intervención:
 - **Profundizando en la trazabilidad de la personalización** –sin condicionalidad ni meritocracia–, ahondando en aspectos cualitativos, competenciales, relacionales y comunitarios o de sentido de pertenencia.
 - **Ensanchando el objetivo de la inclusión**, que no se concentren solo en la integración laboral u ocupacional, incorporando y generando participación social, comunitaria, política, asociativa, de autoorganización. ¿Cuánto capital social hemos generado, apoyado o sostenido desde los servicios sociales? En este sentido, podemos reforzar la aportación de Castel sobre los mecanismos de exclusión social

⁸ Franco, P.; Franco, B; y Guilló, C. “De la participación como elemento de la intervención social a la intervención social como instrumento para garantizar la ciudadanía activa”. *Revista Documentación Social*, núm. 145. Madrid, 2007.

⁹ Comas, D. “Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes”. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*. Tarragona, 2016.

que nos recuerda que para combatir esta, no solo son necesarios mecanismos de acceso/enfoque de derechos, sino mecanismos de arraigo aludiendo a recursos postmateriales “*que al ser usados más que agotarse se potencian*”¹⁰.

- No es finalista ni lineal. “**El cuidado libera potencialidades, aunque sean mínimas de ser, de sentir, de hacer y de vivir**”¹¹.

3. **Un sujeto y necesidad del cuidado compartidos.** El cuidado requiere el reconocimiento de la igualdad radical ante la fragilidad de la vida entre los sujetos que diseñan, ejercen la intervención y, por lo tanto, de la necesidad de cuidados en relaciones de ayuda, que en esa necesidad humana son simétricas. El cuidado rompe la distancia en la relación de ayuda y ofrece a la persona a la que llamamos usuario, intervenida, beneficiaria, cliente, la categoría de sujeto.
4. **Un mayor nivel de ética,** en el sentido de que el buen cuidado ofrece apoyos e intervenciones que encajan con las necesidades, valores y creencias, y realidades de las personas atendidas, y no tanto o solo con el catálogo de prestaciones. Requiere una mayor implicación de las personas y sus redes primarias en el cuidado/apoyo funcional y relacional que se diseña y se ofrece, y, por lo tanto, refuerza el protagonismo, la confianza y la autonomía de la persona, además de una mayor reciprocidad y corresponsabilidad en el autocuidado y en el cuidar.
5. Refuerza en los servicios sociales **el principio de universalidad.** Todas las personas requerimos cuidados en el proceso de la vida. Cuidarse, cuidar y cuidar del entorno supone un aprendizaje y una socialización en ese paradigma. Este podría ser un buen programa escolar para enseñar autocuidado y cuidados, además de permitir la significancia social de los servicios sociales en las aulas.
6. **Cuidar es indispensable de incluir,** por lo que “*no bastan medidas individuales, son necesarios climas comunitarios en los que se intercambien raíces*”¹². Apela al desarrollo indispensable e implicación de los servicios sociales en lo comunitario.
7. **Integra emocionalidad, compasión** y la necesidad de desarrollar competencias “blandas” en los equipos profesionales, competencias relacionales, comunicativas, emocionales, espirituales, “*para sentir compasión se necesita un conjunto de pensamientos bastante sofisticado*”¹³.

¹⁰ Renes, V.; Ruiz, E.; Fuentes, P.; y Jaraíz, G. “Realidad, pensamiento e intervención social”. Revista *Documentación Social*, núm. 145. Madrid, 2007.

¹¹ García Roca, J. “La construcción social del cuidado”. Revista *Documentación social*, 187. Madrid, 2017.

¹² García Roca, J. “La construcción social del cuidado”. Revista *Documentación social*, 187. Madrid, 2017.

¹³ Nussbaum, M. La monarquía del miedo.

El prisma del cuidado en algunos de estos indicadores aporta cierta novedad, si bien es cierto que se viene reflexionando sobre muchos de ellos por los y las profesionales, las entidades y el personal experto desde hace tiempo, aunque, desde mi punto de vista, la distancia con la práctica profesional e institucional sigue aumentando sin entender o atender las razones. Con peligro de aumentar por la pandemia de la COVID-19.

No obstante, la ley vasca de servicios sociales sigue marcando el horizonte que nos evalúa o debiera evaluarnos, *“favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional”*.

Al diagnosticar las soledades como fragilización personal de las relaciones primarias y comunitarias, las intervenciones se deberán desarrollar en esos tres círculos o ejes: las personas, los vínculos o relaciones primarias, y las comunidades, en esas dimensiones o funciones que contemplan los servicios sociales:

- **En una dimensión protectora o rehabilitadora**, focalizada en personas que ya sufren soledad, cuyas intervenciones deben abrirse también a las relaciones primarias, recuperarlas, reincorporarlas o reinventarlas, además de resignificar estas mismas en el espacio comunitario. La vivencia de la soledad debe ser aliviada en la medida de lo posible revinculando relaciones y en este nivel deben ser tenidos en cuenta los elementos diferenciadores que generan soledad y aislamiento social.
- **En una dimensión promotora o empoderante**, rastreando las personas en situación de riesgo de soledad/aislamiento para empoderarlas en sus espacios vitales, para reforzar, ayudar a sostener, apoyar a las relaciones primarias que sostienen esas situaciones de riesgo, de cambio, en etapas de la vida de tránsito en una balanza difícil de mantener en equilibrio sin apoyos, además de buscar solidaridad relacional en el entorno.
- **En una dimensión preventiva**, dirigida a todas las personas vinculadas a un entorno comunitario donde sucede (o no) la participación social y colectiva, el sentido de pertenencia y la convivencia, el arraigo, la solidaridad. Incidir en lo comunitario para que este sea un elemento de prevención, de promoción, de protección, de inclusión, de igualdad de forma y en espacios informales. Es la dimensión comunitaria la que nos ofrece indicadores cualitativos, cuantitativos y de cronicidad sobre la soledad y otras rupturas que fragilizan lo comunitario. La comunidad es productora de inclusión y de cuidado, sustenta la solidaridad y el altruismo. Por eso no bastan solo medidas individuales para afrontar la soledad y el aislamiento.
- Un porcentaje bastante alto de nuestra significancia y peso en recursos humanos y económicos se desarrolla en la **dimensión asistencial y paliativa**, frente a incidencias más fáciles y eficientes de intervenir antes de una alta cronicidad, es decir,

debemos llegar antes y mejor a aquellas situaciones que ponen en riesgo la interacción, el vínculo, lo relacional de la persona con sus relaciones primarias y comunitarias. Este peligro es aún mayor en la presión que llega a los servicios sociales para resolver la multiplicidad de incidencias no relacionales ni comunitarias desde el tsunami de la COVID-19. En esta pandemia, en las semanas de confinamiento, como dato –imagen: muchos servicios sociales se volcaron en dos acciones (esto es lo reflejado en prensa y lo que lee la ciudadanía): llamar a las personas mayores de 65 años, porque interpretaron con base en la edad, imagino, que era un colectivo no solo vulnerable por situaciones de soledad, sino fácilmente detectable y accesible, y facilitar, promover o participar en el reparto de alimentos como acceso a la alimentación –14 ayuntamientos guipuzcoanos lo han ejecutado desde el ámbito de los servicios sociales–.

Cuarta parte: ¿Y QUÉ TERCER SECTOR?

Las entidades sociales no estamos exentas, más bien estamos embarradas en las mismas dificultades que los servicios sociales públicos para responder al reto de la integración relacional y, por lo tanto, de la soledad:

- Nuestro tiempo y lugar de intervención es corto, rápido, individual, normalmente en un despacho o espacio físico “nuestro e institucionalizado”.
- Con una fuerte presencia en la dimensión asistencial y paliativa, en aumento por volumen de personas e incremento de necesidades materiales que ahogan generar oportunidades relacionales, comunitarias, preventivas o empoderantes.
- Por lo que el objetivo de trabajar sobre el elemento inclusión y promoción personal y comunitaria se traslada al largo plazo, sin participación social, comunitaria o política ni dentro ni fuera de nuestras entidades.
- No estamos o estamos poco en la estrategia comunitaria, porque nuestras acciones no tienen entre otras un carácter universal.
- Nos da reparo hablar de ese trabajo en competencias emocionales, espirituales, imprescindibles para ubicarnos y acompañar el dolor de las otras personas (y el nuestro).

Nos hace falta **autocrítica, pensamiento crítico y valentía** para cumplir por lo menos los marcos legislativos que nos hemos dado y, en las entidades del tercer sector, desarrollar nuestros propios marcos de intervención. La pandemia nos presiona y nos reta aún más a desconfinarnos de nuestros centros físicos y nuestras culturas institucionales, para que la distancia social y el aislamiento se acorten y el trabajo comunitario pueda asegurar la tensión a la que se va a someterse la cohesión social con el crecimiento de situaciones de pobreza, desigualdad, soledad y exclusión. Gestionamos pocos y mal los bienes mate-

riales. Intentemos otra cosa con lo relacional y comunitario, aprovechando que la soledad pasa por nuestras manos y es socialmente reconocible.

***“Las soledades / solas / cada una en su hueco
hablaban una sola deshilachada lengua
que en los momentos claves les servía de puente
o también una mano una señal un beso
acercaban al solo la soledad contigua
y una red solidaria de solos conectaba
las geografías y las esperanzas”.***
(Mario Benedetti)¹⁴

¹⁴ Benedetti, M. *Las soledades de Babel*.

INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL

Patxi Leturia

Indarkeria Matxistaren Emakume Biktima Babesteko eta Gizarteratzeko zerbitziburua. Gipuzkoako Foru Aldundia
Jefe del Servicio de Protección Social a la Mujer Víctima de Violencia Machista y de Inclusión Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

Si bien en los últimos tiempos el fenómeno de la soledad está cobrando mucha importancia y suscitando mucho interés, “la soledad no deseada” no debe contemplarse solo como un problema aislado o individual, ni siquiera solamente como un posible factor de exclusión, sino, en muchas ocasiones –o al menos en las que nosotros nos encontramos–, como una manifestación de la misma.

Desde esta perspectiva, si somos capaces de mejorar el abordaje de la exclusión en el nivel individual, el relacional y el contextual-estructural, posiblemente podremos mejorar la incidencia de este fenómeno en nuestro contexto.

Por ello, creemos que tenemos que centrar nuestros esfuerzos en el abordaje de las contingencias de exclusión y desprotección respecto a su manifestación en ausencia o debilidad de recursos relacionales y personales de manera simultánea que persisten en el tiempo.

1. En primer lugar, hay que señalar que **no debemos confundir los términos relativos a exclusión, pobreza, marginación, desigualdad, vulnerabilidad social y desprotección social**, como en ocasiones ocurre.

La **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco**, contempla como derechos sociales de la ciudadanía vasca la prevención, atención y protección en las contingencias de dependencia, discapacidad, exclusión y desprotección social, así como la promoción de la autonomía y la integración social de las personas familias y grupos.

No se mencionan la promoción de la protección y la seguridad, aunque cada vez se ve como más necesario hacerlo (ver cuadro 1, en sombreado gris estos dos objetivos no recogidos en la ley).

Y hay que señalar que la inclusión y la cohesión social no son objetivos exclusivamente de los servicios sociales, sino de todas las políticas y de todos los sistemas públicos.

La **Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social**, hablaba ya del principio de doble derecho que reconoce tanto el derecho a disponer de medios económicos para hacer frente a las necesidades básicas de la vida, cuando no puedan obtenerse en cuantía suficiente del empleo o de los diversos regímenes de protección y asistencia social, como el derecho a recibir apoyos personalizados para la inclusión laboral y social.

Objetivos esenciales de los servicios sociales

CONTINGENCIAS	AUTONOMÍA - DEPENDENCIA	PROTECCIÓN - DESPROTECCIÓN	INCLUSIÓN - EXCLUSIÓN SOCIAL	EMERGENCIA SOCIAL
PROMOCIÓN	Promover la AUTONOMÍA personal.	Promover la PROTECCIÓN	Promover la INTEGRACIÓN SOCIAL de las personas, las familias y de los grupos	Promover la SEGURIDAD
PREVENCIÓN	Prevenir las necesidades personales y familiares derivadas de la DEPENDENCIA	Prevenir las situaciones de DESPROTECCIÓN	Prevenir las situaciones de EXCLUSIÓN SOCIAL	Prevenir las necesidades originadas por las situaciones de EMERGENCIA
ATENCIÓN	Atender las necesidades personales y familiares derivadas de la DEPENDENCIA	Atender las necesidades originadas por las situaciones de DESPROTECCIÓN	Atender las situaciones de EXCLUSIÓN SOCIAL	Atender las necesidades personales y familiares originadas por situaciones de EMERGENCIA SOCIAL

2. El Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, describe el instrumento y el modelo que mostrará las necesidades sociales de la persona que no están siendo cubiertas, así como el grado de esa carencia. El resultado del diagnóstico permitirá plantear la intensidad de las

intervenciones que se deben realizar y los servicios y prestaciones de competencia municipal, foral o autonómica que se dispondrán para responder adecuadamente a las necesidades sociales detectadas.

Según el Decreto 385/2013, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social, las personas se encuentran en situación de exclusión social cuando sus condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples carencias que persisten en el tiempo. Al acumularse, provocan la existencia de una situación de exclusión social que está relacionada directamente con los recursos personales, los recursos relacionales, los recursos materiales y la autonomía vital.

Las personas en esta situación tienen serias dificultades para comunicarse y para participar en la vida social y comunitaria. Tienen graves problemas en sus competencias y habilidades sociales y personales para poder asumir su propia responsabilidad en la cobertura de sus necesidades. Todo ello les lleva a un aislamiento comunicacional y relacional.

La exclusión tiene carácter multidimensional, por lo que algunas personas o determinados grupos se ven excluidos de la participación en los intercambios, prácticas y derechos sociales que constituyen la inclusión social y, por ende, la identidad ciudadana.

La exclusión social no se refiere solo a la insuficiencia de recursos financieros, ni se limita a la mera participación en el mundo del empleo; se hace patente y se manifiesta también en los ámbitos de la vivienda, la convivencia, la educación, la salud o el acceso a los servicios.

La intensidad de la exclusión social puede ser:

- a. Leve: cuando existe un desarraigo inicial o leve; personas que disponen de contactos frágiles con sus familiares o red de apoyo.
- b. Moderada: fase avanzada de desarraigo; personas que han roto sus lazos sociales básicos.
- c. O grave: no participa en la sociedad; precariedad o ausencia de relaciones sociales y afectivas.

Para la conceptualización de la exclusión social hay que tener presente tres aspectos: su origen estructural, su naturaleza procesual y su carácter multidimensional (Laparra et al., 2007). Al igual que no es lo mismo la pobreza o la falta de recursos materiales, tampoco es una condición individual exclusivamente.

Por tanto, aunque no se cuestiona la relevancia de la soledad, coincidimos con Fantova (2020) cuando señala que cuando esta resulta preocupante, en realidad tiene que ver más con procesos de exclusión, con especial relevancia de la relacional.

3. La desprotección social es la situación en la que las personas no pueden garantizar el ejercicio de sus derechos y su autocuidado. Esta situación puede darse en cualquier edad, aun cuando durante mucho tiempo se ha focalizado esta contingencia en las personas menores de edad, posteriormente en las personas mayores con demencia o deterioro cognitivo, y actualmente en la atención a las mujeres víctimas de violencia machista.

Son situaciones de desprotección:

- a) **La falta de protección, falta de cuidados, desamparo:** en la que la persona se encuentra en una situación de indefensión, de desvalimiento, de abandono o de inseguridad, las víctimas de maltrato, de violencia, las situaciones de negligencia de cuidados y la incapacidad-negligencia de autocuidado, las situaciones de violencia e inseguridad para su integridad física y/o psíquica y las de falta de ayuda y/o protección, falta de respaldo y/o apoyo para subsistir con garantías de seguridad.
- b) **Incapacidad de autocuidado–negligencia en el autocuidado:** sin capacidad de autocuidado y que no cuentan con apoyos de otras personas. Personas que precisan de una atención y de unos cuidados constantes y que carecen de ayuda (precisan de ayuda para satisfacer las necesidades básicas físico-biológicas, emocionales y sociales). La carencia de ayuda puede deberse a que no cuentan con fuentes provisoras de apoyo social para la vida cotidiana o a que la rechazan.

Se observa, según el caso:

- Deterioro físico general y/o mal estado nutricional, heridas...
- Descuido de cuidados sanitarios, de higiene personal, del hogar. Desorganización en la administración económica.
- Inestabilidad de salud mental, comportamientos que generan conflictos vecinales, familiares...
- Aislamiento social.
- Soledad emocional.

4. La planificación actual del País Vasco (IV Plan Vasco de Inclusión Activa, Estrategia vasca de Exclusión Residencial), así como la del Territorio Histórico de Gipuzkoa (Plan Elkar Ekin de Inclusión Social, Estrategia de Empleabilidad Elkar Ekin Lanean) está incorporando una visión de la inclusión enfocada a la multicausalidad. Tiene como principio fundamental que la inclusión es un objetivo de todos los sistemas públicos

y no exclusivamente de los servicios sociales, y está incorporando cada vez mejor la importancia del componente relacional, convivencial y comunitario.

Si bien durante mucho tiempo se han focalizado los objetivos de la inclusión en el empleo, la vivienda y los recursos económicos, cada vez se está haciendo más énfasis en las competencias personales, las relaciones y apoyo social, el ejercicio de derechos y participación social, y en un enfoque orientado a la calidad de vida.

No obstante, es importante señalar que falta por completar normativamente el desarrollo en relación con la atención a la desprotección de adultos y es algo urgente.

5. Las encuestas de condiciones de vida, de pobreza y exclusión (Foessa, EAPN, Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa, EPESG...), de exclusión residencial (Kalegorrian), etc. empiezan a incorporar también el factor relacional y convivencial, y reflejan la importancia de estos ámbitos en la exclusión, tanto como causa y como efecto de esta situación.

COLECTIVO	CARACTERÍSTICAS	% PERSONAS GIPUZKOA 2017	% PERSONAS GIPUZKOA 2014
Personas en situación de exclusión severa	Se considera que aquellos hogares con un índice de exclusión (I) cuatro veces superior a la media ($I > 4$) se encuentran en una situación relativa de exclusión social severa	4,7%	5,1%
Personas en situación de exclusión moderada	Se considera que aquellos hogares con un índice de exclusión (I) superior al doble de la media ($I > 2$) se encuentran en una situación de exclusión social moderada	9,1%	8,3%
Personas en situación de integración precaria	Los hogares afectados por alguno de los indicadores de exclusión, pero con índices inferiores al doble de la media ($0 < I < 2$), se incluyen dentro de una situación de integración precaria	29,3%	29,7%
Personas en situación de integración plena	Los hogares cuyo índice de exclusión es 0 (es decir, no presentan ninguna de las situaciones descritas en los 35 indicadores seleccionados) se catalogan como de integración plena	56,9%	56,8%

(EPESG, 2014 y 2017)

INDICADOR DESDE	REFERENCIA 2020	ÚLTIMO DATO (2017)	EXPLICACIÓN
Tasa AROPE	14%	19,2%	Reducir la tasa AROPE al 14% implica devolver este indicador a su nivel históricamente más bajo en el territorio (en 2008) y permitiría situar a Gipuzkoa al nivel de las regiones de Europa que hoy tienen una tasa de riesgo de pobreza y exclusión más reducida
Índice GINI	22%	25,3%	Reducir el índice GINI al 22% implica devolver este indicador a su nivel históricamente más bajo en el territorio (en 2008) y permitiría situar a Gipuzkoa al nivel de las regiones de Europa que hoy tienen una tasa de desigualdad más reducida
Baja intensidad laboral	5%	5,7%	Reducir la tasa de baja intensidad laboral al 5% implica acercar este indicador a su nivel históricamente más bajo en el territorio (en 2008 era del 4%) y permitiría situar a Gipuzkoa al nivel de las regiones de Europa que hoy tienen una tasa de baja intensidad laboral más reducida
Personas em hogares con problemas de exclusión del mercado de trabajo	10%	12,9%	Reducir al 10% el porcentaje de personas en hogares con problemas de exclusión del mercado de trabajo -desde el 19,2% de 2012- situaría a Gipuzkoa como el territorio del Estado con una prevalencia más baja de este tipo de situaciones
Pobreza laboral	6%	10,2%	Reducir la tasa de pobreza laboral al 6% permitiría situar a Gipuzkoa al nivel de las regiones de Europa que hoy tienen una menor tasa de pobreza en el empleo. En la actualidad, solo 8 de los 28 países de la UE tienen tasas de pobreza laboral inferiores al 6%

(Referencias de la Estrategia de empleabilidad
 Elkar Ekin Lanean pre-COVID19, en revisión)

6. La soledad no deseada tiene un peso muy importante en las contingencias de exclusión y desprotección, tanto en lo relativo a las competencias y habilidades personales, como a las competencias relacionales, a los vínculos afectivos y recepción de apoyo social, a la situación relacional, personal y familiar, a las relaciones en otros contextos, a la aceptación social, a la adaptación al medio social y comunitario, a la recepción de apoyos sociales comunitarios e institucionales y a la participación social.

Es una situación que vemos en la enfermedad mental y en cualquiera de las situaciones relacionadas con la exclusión como son: el consumo de tóxicos y adicciones, la experiencia penitenciaria, la prostitución, la exclusión cronicada, los casos de violencia machista y otros similares...

La percepción de soledad, tanto sus correlatos subjetivos (afección de dinamismos vitales como estado de ánimo –ansiedad y/o depresión–, autoestima, motivación –dimensión 11 de los instrumentos mencionados–) como objetivos (aislamiento social o escasa participación y vida social, –dimensión 17–), en sí misma supone indicadores de fragilidad, vulnerabilidad o riesgo de exclusión, sin duda.

Pero en todas esas situaciones concurren otras circunstancias sociopersonales y, por tanto, en muchos de estos casos no solo se puede contemplar como factor desencadenante, sino probablemente como consecuencia o manifestación de una situación más estructural. No se trata de discutir si fue antes “*el huevo o la gallina*”, sino que según cómo lo objetivemos o identifiquemos, va a condicionar el abordaje y qué tipo de estrategias se pongan en marcha.

Si lo miramos desde el fenómeno de la soledad exclusivamente, corremos el riesgo de centrarnos en los aspectos más emocionales, cognitivos o conductuales, es decir, lo individual o psicológico, invisibilizando otros elementos de carácter más estructural o de contexto. Es por esto que se plantea identificar la soledad como elemento concurrente en los procesos de exclusión o desprotección, que son los que realmente son objeto de atención desde los servicios sociales, especialmente de atención secundaria.

7. Como servicios sociales hemos de proveer de apoyos o prestaciones que tienen, principalmente, esta naturaleza relacional (como el acompañamiento o la intervención psicosocial y socioeducativa, la mediación, etc.) y, desde un enfoque de derechos y de personalización de la atención, debemos buscar obtener resultados en la calidad de vida de las personas.

Las dimensiones de la calidad de vida son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, Verdugo, 2003).

Conviene subrayar la necesidad de implicar a otros sistemas en la atención de personas con necesidades complejas. Los servicios sociales no deberían ser la red subsidiaria que asista por sí sola a aquellas personas que no han podido acceder a necesidades de alimentación, alojamiento, ingresos, salud o seguridad por los medios ordinarios.

8. Desde el Servicio de Protección Social a la Mujer Víctima de Violencia Machista y de Inclusión Social del Departamento de Políticas Sociales ofrecemos:

1. Para las personas en exclusión: apoyos personalizados para generar y mantener las competencias personales en entornos adaptados en centros de atención diurna, centros de atención nocturna, centros ocupacionales, centros residenciales, viviendas con apoyo para la inclusión etc., y servicios de acompañamiento e intervención psicosocial de carácter ambulatorio.
2. Para mujeres víctimas de violencia: centros de acogida inmediata y de media estancia, y servicios de atención psicosocial y sociojurídica.
3. El Servicio Foral de Urgencias Sociales (24 horas/365 días año) para atender las situaciones de desprotección social sobrevenidas y no planificadas.
4. Y, además de los servicios propios de atención secundaria del Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, disponemos del servicio de Promoción de la Inclusión y Prevención de la Exclusión, así como del Servicio de Empleabilidad e Inclusión Sociolaboral.

9. En el ámbito de la inclusión social y la atención a las personas en exclusión hemos puesto en marcha el Plan Elkar EKIN de Inclusión Social:

- Objetivo 1. Mejorar la atención a las personas en situación de exclusión social. Entre otras acciones implantadas:
 - se ha puesto en marcha el Servicio de Valoración de la Exclusión Social;
 - está punto de aprobarse en 2021, tras el proceso de contraste y audiencia pública, el nuevo decreto de valoración y acceso a los servicios de atención secundaria;
 - se ha procedido al ajuste de los servicios al Decreto 185/2015 de cartera de prestaciones y servicios;
 - se ha comenzado a abrir plazas de HABITAT-modelo *housing first*;
 - se ha focalizado la atención en las personas en exclusión;
 - se está incrementando progresivamente la intensidad de la atención;

- se han abierto servicios especializados para personas con necesidades complejas en salud mental (Ustez);
- se ha diseñado y se va a abrir un centro polivalente para atender a personas en exclusión residencial con necesidades complejas.
- Objetivo 2. Impulsar la generación de oportunidades para personas en riesgo y situación de exclusión social:
 - se han definido y puesto en marcha nuevos recursos, además de definir la estrategia Elkar Ekin de empleabilidad (ver más abajo).
- Objetivo 3. Promocionar e impulsar proyectos de cohesión y activación inclusiva:
 - se está fomentando la participación activa y colaborativa de las entidades sociales en los diseños de los procesos de inclusión social;
 - se han puesto en marcha experiencias de trabajo sobre activación comunitaria y sobre actividad física en personas en riesgo y en exclusión junto al Servicio de Deportes de la DFG;
 - se ha dado impulso a programas de formación, investigación y gestión de buenas prácticas con relación a la conceptualización y el abordaje de la exclusión social con las entidades de la red de atención secundaria en inclusión del Territorio Histórico de Gipuzkoa (ver Manual de Buenas Prácticas de intervención en inclusión social y atención a mujeres víctimas de violencia machista, 2020);
 - se están realizando y desarrollando proyectos de investigación y seminarios en el ámbito de la inclusión social que permitan anticiparse a los retos a medio y largo plazo junto con las universidades de Deusto y EHU/UPV.
- Objetivo 4. Reforzar la coordinación con otros sistemas de protección social, con especial atención al ámbito sociosanitario:
 - se está trabajando de manera colaborativa con los servicios sociales de base y atención primaria;
 - se está trabajando con la OSI Donostialdea;
 - se está participando del Laboratorio de Desarrollo Territorial de la Diputación Foral de Gipuzkoa junto a los departamentos de Promoción Económica, Innovación y Estrategia y las agencias de desarrollo comarcal;
 - y se han puesto en marcha, en todas las comarcas, redes de inclusión sociolaboral, formación y empleo.

- Objetivo 5. Comunicar y sensibilizar a la ciudadanía sobre la inclusión social en Gipuzkoa.

10. Derivado del objetivo 2 mencionado anteriormente, se ha definido la **“Estrategia de Inclusión sociolaboral y empleabilidad Elkar Ekin Lanean”** en el marco de la Diputación Foral de Gipuzkoa, junto a los departamentos de Proyectos Estratégicos, Fomento Económico y el Gabinete del Diputado General, con los siguientes objetivos principales:

- E1. Mejorar la gobernanza del sistema: 1.1. Establecer medidas de concienciación y sensibilización dirigidas a los actores implicados. 1.2. Establecer los modelos de gobernanza y de gestión.
- E2. Generar oportunidades de empleo: 2.1. Ayudar a mantener el número de puestos de trabajo actuales, previniendo la destrucción de empleo. 2.2. Ayudar a generar nuevos puestos de trabajo. 2.3. Avanzar en la mejora de la calidad del empleo. 2.4. Fiscalidad para la inclusión.
- E3. Empleabilidad, orientación e itinerarios: 3.1. Definición y articulación del modelo de intervención.
- E4. Adecuación de la demanda de empleo e inclusión sociolaboral: 4.1. Formación y cualificación. 4.2. Soportes para el acceso al empleo e intermediación. 4.3. Intermediación.

11. En el ámbito de la atención a las mujeres víctimas de violencia machista participamos del plan transversal de la Diputación Foral de Gipuzkoa **“Plan Aurre para enfrentar la violencia contra las mujeres”**, orientado a la investigación, sensibilización, formación y atención, y desde el servicio desplegamos específicamente lo relacionado con el objetivo de la atención a las mismas. Se han abierto recursos específicos para mujeres en situaciones de desprotección, exclusión y/o violencia.

12. Desde el Servicio Foral de Urgencias Sociales (SFUS) atendemos en el territorio de Gipuzkoa las situaciones de desprotección sobrevenida de cualquier tipo, entre las que destacan situaciones de violencia machista, situaciones de desprotección y dependencia derivadas muchas veces de soledad y aislamiento, y en estos momentos de pandemia cada vez será más importante disponer de equipos de intervención inmediata que permitan realizar una valoración y diagnóstico de la situación, una contención y apoyo emocional y una correcta derivación al servicio o dispositivo adecuado. Cada vez va a ser más necesaria la prevención y gestión de los riesgos,

la realización de mapas de riesgos y vulnerabilidades, que nos permitan anticiparnos y disponer de equipos profesionalizados en la atención inmediata a estas personas cuando el riesgo se convierte en necesidad de intervención.

13. La Diputación Foral de Gipuzkoa, en su Plan Estratégico, considerando la situación actual de recesión profunda, empobrecimiento, incremento de desigualdades, envejecimiento y relevo generacional, necesidad de protección social, necesidad de fomentar la participación de la ciudadanía en la política, de aceleración en la transformación tecnológica y digital, ha incluido su Visión Avanzar en la Agenda 2030 y en los Objetivos de Desarrollo de la ONU, que sitúan a la persona, la comunidad, el medio ambiente y el futuro como ejes de las nuevas políticas públicas, así como los enfoques relacionados con el bienestar intergeneracional.

Entre las cinco prioridades, las dos primeras son:

1. Dar prioridad absoluta a la cohesión social y a la lucha contra las desigualdades y, para ello, desarrollar políticas centradas en la persona y la mejora de su calidad de vida.
2. Promover un desarrollo económico más inclusivo y sostenible.

Entre los proyectos estratégicos destacan desde este punto de vista Adinberri y Elkar Ekin Lanean.

14. Desde el servicio se están realizando o promoviendo también una serie de **estudios y proyectos relevantes** en relación con estas situaciones y contingencias:

- Estudio de Telesgi, UPV/EHU, Cáritas y Emaús sobre “Personas en Riesgo o Exclusión Social y Soledad No Deseada”.
- Estudio y tesis doctoral en la UPV/EHU sobre “La Exclusión Social y los Problemas de Salud Mental”, por el importante impacto que las enfermedades mentales tienen tanto en la soledad no deseada como en la exclusión.
- Estudio de Matia Fundazioa, Hurkoa Fundazioa y Adinberri denominado “Barnera-Hartu” sobre la inclusión de las personas que envejecen, para analizar el envejecimiento de las personas en exclusión y las situaciones de exclusión en personas mayores.

- Proyecto con Eusko Ikaskuntza sobre “Competencias Anticipatorias y Transicionales” en la comunidad para afrontar los cambios demográficos, etc. que afrontamos, apoyado desde Etorikizuna Eraikiz y que debe tener impacto en este tema.

15. El impacto del aislamiento forzoso y las consecuencias económicas

derivadas del estado de alarma están provocando aceleración de procesos previos de transformación social, incremento de las desigualdades, riesgo de polarización en la sociedad y, en muchos casos, agravamiento de situaciones previas, así como múltiples consecuencias que requieren una evaluación en profundidad y acelerar los avances en el nuevo modelo de atención basado en los derechos, la personalización y la planificación centrada en la persona, en los apoyos y en la orientación a la calidad de vida, en un marco preferentemente comunitario, lo que se está haciendo en la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de un “Think tank”.

16. Desde el Departamento de Políticas Sociales y Adinberri se está preparando una **Estrategia sobre soledad no deseada** para el Territorio Histórico de Gipuzkoa,

denominada “Bakardadeak. Gipuzkoan pertsonak konektatzen”, que busca enfrentar el reto de la soledad a través del fortalecimiento de los vínculos sociales y comunitarios.

17. Por tanto, como hemos señalado al comienzo de esta presentación, **es fundamental la comprensión de la exclusión y de la desprotección como fenómenos de carácter estructural**.

Esta idea, en parte, puede chocar con cómo se conceptualizan y abordan en ocasiones las situaciones de soledad no deseada, cuando es entendida sobre todo como vivencia subjetiva generadora de malestar y factor de riesgo de exclusión, lo que implica un abordaje en términos más individuales, más psicológicos.

Como servicio público, los objetivos y las acciones han de centrarse, además, en lo contextual y estructural, y no solo en lo paliativo; de ahí la importancia del objetivo 3 del Plan Elkar EKIN de promover proyectos orientados a la generación de tejido comunitario, entramados de redes vecinales, de proximidad y referencia, que integren la diversidad, “auzolanes”... (también muy necesario en momento COVID), y de que la Estrategia de Empleabilidad Elkar Ekin Lanean esté situada en el nivel estratégico de la diputación foral y no solo en los servicios sociales: territorio inclusivo, cohesión, activación inclusiva, enfoque comunitario... son y deben ser aún más objetivos de toda la política de la institución foral.

18. Retos importantes:

Entre los retos más inmediatos cabe señalar:

- Definir y potenciar el papel de la comunidad junto a lo público y lo privado, manteniendo la apuesta por la responsabilidad pública en los servicios.
- Definir las competencias que esta debe promover para afrontar los cambios demográficos, tecnológicos, culturales y sociales que se van a acelerar de manera satisfactoria para compensar los nuevos riesgos que estamos mencionando.
- Definir y promover la participación para evitar la desafección en todos los campos, incluso en lo político, y los riesgos que conlleva.
- Promover la inclusión desde la diversidad de todo tipo: género, cultura, procedencia...
- Implicar realmente a todos los sistemas en los objetivos de cohesión e inclusión social.
- Mejorar la atención en aquellos ámbitos en que no estamos a la altura, por ejemplo, en la salud mental, en la atención a las situaciones complejas de pluripatologías y multicontingencias.
- Mejorar el abordaje de la exclusión residencial desde el enfoque de vivienda.
- Abordar realmente un plan de inversión social en los jóvenes.
- Redefinir el modelo de atención para que realmente se centre en la persona, en los apoyos requeridos, en el modelo de vida independiente...

Referencias

LEY 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. www.euskadi.eus

LEY 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social. www.euskadi.eus

DECRETO 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales. www.euskadi.eus

DECRETO 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social. www.euskadi.eus

Laparra et al. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: implicaciones metodológicas. Revista Española del Tercer Sector, n.º 5, enero-abril 2007.

Fantova, F. (2020). Blog <http://fantova.net>

IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021. Euskadi, Territorio Inclusivo. www.euskadi.eus

Estrategia Vasca para personas sin hogar 2018-2021. www.euskadi.eus

DFG. (2016). Plan Elkar Ekin de Inclusión Social del THG. www.behagi.eus

DFG. (2020). Manual de buenas prácticas de intervención en inclusión social y atención a mujeres víctimas de violencia machista. www.behagi.eus

DFG. (2019). Estrategia de empleabilidad e inclusión sociolaboral Elkar Ekin Lanean. www.behagi.eus

Foessa. (2019). VIII INFORME FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social. www.foessa.es

Foessa. (2020). Informe 2020 “Distancia Social y Derecho al Cuidado”. Colección “Análisis y Perspectivas”. www.foessa.es

EAPN. (2019). IX informe “El estado de la pobreza seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018”. www.eapn.es

DFG y SIIS. (2019). EPESG III “Encuesta de pobreza y exclusión social de Gipuzkoa”. www.behagi.eus

SIIS. (2019). Kalegorrian IV “Estudio sobre la situación de las personas en exclusión residencial grave en la CAPV 2018”. <https://mintegia.siais.net/es/biblioteca/>

DFG. (2020). Memoria del Departamento de Políticas Sociales. www.behagi.eus

Shalock y Verdugo. (2003). “Calidad de Vida. Manual para profesionales de la salud, educación y servicios sociales”. Madrid. Alianza.

DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. www.euskadi.eus

DFG. (2020). Memoria balance del Plan Elkar Ekin de Inclusión Social. www.behagi.eus

DFG. (2018). I Plan Foral para enfrentar la violencia contra las mujeres en Gipuzkoa Aurre!. www.behagi.eus

DFG. (2019, 2020). Plan Estratégico 2020-2023. www.gipuzkoa.eus

Arnosó, A. et al. (2020). "Personas en riesgo o en exclusión social y soledad no deseada". Proyecto financiado por ayudas de Etorkizuna Eraikiz, realizado por UPV, Telesgi, Cáritas y Emaús.

Villegas, C.; Ibabe, I.; y Arnoso, A. "La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental". UPV/EHU.

Fundación Matia. (2019). BARNE® HARTU: "Hacia una sociedad inclusiva para las personas mayores". <https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/barner-hartu-hacia-una-sociedad-inclusiva-para-las-personas>. Proyecto financiado por ayudas de Etorkizuna Eraikiz.

Castro et al. (2020). Citizen transition lab (Gizarte Lab): "Social innovation and new public services in active ageing field". Proyecto de Eusko Ikaskuntza financiado por ayudas de Etorkizuna Eraikiz. <http://www.eusko-ikaskuntza.eus/es/proyectos/gizarte-lab/pr-49/>

II. MAHAI INGURUA *MESA REDONDA II*

ZAINTZEA ERRAZTEKO TRESNAK
INSTRUMENTOS PARA FACILITAR EL CUIDADO



LA COMUNIDAD QUE CUIDA AYUDADA POR LAS TIC

Adriana Martínez

APTES-Asociación para la Promoción de la Tecnología Social

El objetivo de estas líneas es intentar contribuir a alimentar la reflexión organizada por el Ararteko en la XXXIX edición de los Cursos de Verano de la UPV/EHU, dedicada a **LA SOLEDAD NO BUSCADA. MODELOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y COMPROMISO DE LA CIUDADANÍA**, los días 23 y 24 de septiembre de 2020 en Donostia/San Sebastián.

Nuestra contribución a la reflexión como APTES, Asociación para la Promoción para la Tecnología Social, se hace desde la mirada puesta hacia la **comunidad que cuida ayudada por las TIC** y con la participación en la mesa redonda titulada “Instrumentos para facilitar el cuidado”.

El contenido se estructura en 6 puntos:

1. La necesidad de alinear los conceptos utilizados: comunidad y TIC.
2. Lo aprendido en estudios realizados en relación con las soledades no deseadas y las TIC.
3. El papel del COVID-19 como acelerador en los usos de la activación comunitaria y las TIC.
4. La ayuda que aportan las TIC y las barreras que presentan como herramienta para la comunidad que cuida. Las luces y las sombras.
5. La realidad de las aplicaciones desarrolladas *ad hoc* para la dinamización de las comunidades que quieren cuidar.
6. Próximas iniciativas y conclusión.

Antes empezar con ello y tal como se recordará al final, desde APTES consideramos que **ni las TIC *per se* crean comunidades que cuidan, ni cabe pensar que sin TIC se puedan organizar, gestionar comunidades que cuidan**, o sus intervenciones.

1. Comunidad y TIC. ¿Entendemos lo mismo?

Dado que los conceptos de comunidad, por un lado, y de TIC, por otro, son susceptibles de ser entendidos de maneras tan diversas como personas haya, se propone dedicar unas líneas a explicitar que por:

- **Comunidad** consideramos al ecosistema que rodea a un individuo en su día a día (sea este de proximidad: familia, vecino, personal de tienda de comestibles..., o de afinidad: la amiga que vive a 350 km y con la que comparte memes divertidos). ¿Y qué es una comunidad que cuida? Pues un ecosistema que, junto al individuo y en un régimen de reciprocidad, intercambia miradas, palabras, tiempo, conocimiento, cuidados personales, psicológicos y espirituales... En definitiva, hace que la persona, independientemente de su edad, género, autonomía, nivel económico o cultural, se sienta parte de la comunidad.
- **TIC** entendemos cualquier dispositivo de comunicación que abarca televisión, teléfono, teléfonos móviles inteligentes (*smartphones*), ordenadores, tabletas..., así como los diversos servicios a los que se accede con ellos, tales como aplicaciones para videoconferencias o para el aprendizaje a distancia y, por supuesto, para el apoyo a las comunidades que cuidan. TIC es el acrónimo de tecnologías de la información y la comunicación, y la propuesta que hacemos desde APTES es sustituir la preposición “de” por “para”. Así, las tecnologías PARA la información y la comunicación tienen un papel instrumental y no finalista en su uso, algo esencial cuando hablamos de crear o facilitar que las comunidades cuiden.

2. Las soledades no deseadas y las TIC

Las soledades no deseadas son una experiencia subjetiva de falta de relaciones significativas y de calidad. Para construir estas relaciones significativas y de calidad es clave la comunicación en todas sus formas; una de ellas son las TIC. Pero también es preciso reconocer que las TIC son también generadoras de exclusión cuando todo pasa por y en lo digital, y no se puede o quiere estar en ello.

La revisión de las intervenciones de acompañamiento a personas en situación de soledad no deseada o en riesgo de estarlo, recientemente realizadas en el estudio Bakarkadeak¹⁵, realizado por Matia Fundazioa (2020), señala que:

¹⁵ Bakarkadeak. [Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa](#). Páginas 153-154. Fundación Matia Instituto Gerontológico. 2020.

“Diversos estudios han demostrado que el uso de las TICs puede disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento social (Fan, 2016), así como mejorar significativamente la calidad de vida de las personas mayores (entre ellos, Fan, 2016; Fokkema y Knipscheer, 2007). Aunque por otro lado, otros señalan que aquellas tecnologías que no estén adaptadas a la capacidad cognitiva de sus usuarios/as pueden suponer un riesgo cuando se utilizan en las intervenciones para reducir la soledad”. (Victor et al., 2018)

Este mismo estudio indica que el acceso a Internet por parte de personas de más de 55 años de Gipuzkoa que dicen sentirse solas es sensiblemente menor (49,5%) que aquellas que no se encuentran en soledad (69,3%).

Como dato de interés, el estudio Bakarkadeak incluye una extensa revisión de las intervenciones para atender soledades no deseadas apoyadas con TIC y, pese a los estudios antes mencionados, estas no demuestran, por ahora, resultados significativamente mejores.

3. El COVID-19 como acelerador

El confinamiento y postconfinamiento que ha supuesto el COVID-19 han marcado un antes y un después para quienes nos dedicamos a promover la tecnología social. El apoyo que las TIC han supuesto para la comunicación –y, por tanto, para el mantenimiento de las relaciones– ha hecho ver que toda intención de activar, dinamizar comunidades que cuidan debe buscar una buena combinación entre lo analógico (los encuentros espontáneos o programados, físicos, en parejas o grupales...) y las TIC, integrando ambos de manera que se complementen, conviviendo de manera natural. De ahí que no pocos proyectos, servicios o iniciativas estén, estemos, trabajando en las dos capas: la analógica y la digital.

La experiencia vivida con el confinamiento hace que se mire a las TIC con algo menos de recelo: reconocemos la ayuda que aportan, pero aún quedan sin resolver las barreras que presentan en su papel de ayudar a crear o mantener comunidades que cuidan. Veremos algunos de esos apoyos y de esas barreras en el siguiente punto.

4. Las luces y las sombras de las TIC en comunidades que cuidan

A continuación se describen algunas de esas luces (los apoyos) y sombras (las barreras) identificadas en el papel de las TIC como apoyo a las comunidades que cuidan. Son reflexiones iniciadas entre APTES y Donostia Lagunkoia en octubre de 2019, y revisadas en contrastes realizados durante el confinamiento y el postconfinamiento.

Luces son aspectos de la existencia de las TIC en nuestro día a día que se valoran como positivos para apoyar la creación o mantenimiento de comunidad que cuida:

La primera de ellas es su capacidad para **acceder a información, a contenidos** para entretenimiento, formación, gestión de la salud, etc. Un ejemplo de ello es una persona dependiente accediendo desde su domicilio a una visita virtual al Museo del Prado sin moverse de su casa.

Las TIC **amplían el constructo “comunidad” desde la cercanía a la afinidad**. Ya no es necesario vivir en el mismo barrio a pocos metros de distancia para que haya una relación de cuidado recíproco entre personas. Con la excusa de desarrollar un hobby, se conforman como comunidad personas o grupos de estas que comparten afición. Un ejemplo de ello son los grupos de correo electrónico de personas aficionadas a las maquetas, que comparten planos de barcos en miniatura.

Las TIC hacen posible **activar apoyos** de personas que, en principio, no estaban en el ecosistema “previsto” para el cuidado, activar en su acepción de informar, movilizar, conectar y organizar. Los grupos vecinales que se han generado durante el confinamiento han sido buena muestra de ello: personas que con frecuencia no tenían relación entre sí se organizan para ponerse a disposición del vecindario, con el que tampoco tenían relación previa.

Las TIC **conectan tanto con el origen como con el pasado**. Ofrecen a las personas migradas la posibilidad de mantener la conexión con sus lugares de origen, en donde hay familia y amistades cercanas con las que se puede ver y hablar a diario. En el caso del contacto con el pasado, el “grupo de amigas del cole” de Whatsapp se convierte en un lugar de encuentro, inicialmente virtual, que permite reminiscencias de las vivencias compartidas.

Las TIC permiten en algunos casos el **anonimato**, que en ocasiones resulta tan positivo para reconocer(se) en situación de soledad no deseada, algo con lo que, por ejemplo, el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa convive en su día a día y que, por cierto, se extiende a todos los perfiles de edades, niveles económicos y educativos tan diversos como imaginemos.

Las sombras de las TIC en comunidades que cuidan son barreras para el uso de las TIC en el día a día, por desconfianza o recelo.

La **volatilidad de las TIC**. No podemos parar el ritmo del desarrollo tecnológico. Así las cosas, la digitalización de las personas, su capacitación en el uso de la tecnología no se hace fácil en la medida en que los cambios, innovaciones, nuevas aplicaciones son tan rápidas y efímeras que hacen que muchas personas que han dedicado un tiempo a estar “al día” en pocos meses dejan de estarlo: ¿alguien se acuerda de la red social Tuenti? En este sentido, la clave aquí es plantear una capacitación, que bien puede ser facilitada por estructuras ya existentes, como los KZgunea, que permitan no tanto conocer conceptos, sino más bien “aprender a aprender” los usos digitales. Y ahí es clave perder el miedo a meter la pata.

Hacer uso consciente de las TIC requiere de **desarrollar un pensamiento crítico** ante estas. La crítica debe ser en aspectos diversos. Sin ir más lejos, un aspecto señalado como positivo, el acceso a información, a contenidos para entretenimiento, formación, a la gestión de la salud, de manera gratuita, requiere de una reflexión al respecto del valor que deja de tener dicha información o contenidos y, sobre todo, de cuál es el modelo de negocio que está por detrás: la venta de los datos personales más o menos anonimizados.

Otro aspecto que merece el pensamiento crítico aparece en la totalidad de los contrastes realizados en APTES, con ocasión de diversos proyectos, es el temor a lo que hay detrás del algoritmo. Un algoritmo es un conjunto de reglas que, aplicadas sistemáticamente a unos datos de entrada apropiados, resuelven un problema en un número finito de pasos elementales¹⁶. Lo cierto es que esas reglas tienen la mirada política, ética, religiosa de quienes las desarrollan. Esta realidad convive con una aceptación prácticamente automática de los permisos que damos para poder descargarnos una aplicación. Esto ha llegado a su máximo exponente en el despliegue de la aplicación RadarCovid, en donde ha sido necesaria hacer una campaña de comparación de cuántos permisos se da a Tik Tok o Facebook (prácticamente todos) y cuántos a una aplicación que puede ser de gran ayuda para gestionar la situación de crisis sanitaria que vivimos. Todos estos aspectos están magníficamente descritos en el documental [The Social Dilemma](#)¹⁷ (El Dilema Social), del director Jeff Orlowski.

Otra sombra de las TIC tiene que ver con el riesgo de una **construcción de identidad excesivamente digital**, especialmente para las personas jóvenes. Es sorprendente cómo en dinámicas grupales en las que hay diversidad de edad, las personas más jóvenes declaran abiertamente su envidia a las personas más mayores por no necesitar construirse una identidad digital en redes sociales a través de su presencia más o menos activa en grupos, publicación de fotos, vídeos, etc.

La cuestión de la **usabilidad y accesibilidad** de las TIC es importante y con frecuencia se confunden ambos términos. La usabilidad sería la medida del grado de facilidad en el uso de un tipo de tecnología (producto o aplicación) y del tipo de satisfacción que genera ese uso en la persona usuaria, mientras que la accesibilidad tiene que ver con lo fácil o difícil que es acceder a los contenidos ofrecidos¹⁸. Ambas cuestiones son esenciales, más si cabe cuando se trata de personas mayores con unos dispares niveles de digitalización: desde personas auténticamente “frikies” hasta quienes podríamos catalogar como anal-fabetas digitales.

La cuestión de la **pobreza digital** es un aspecto de la accesibilidad no a los contenidos, sino a las herramientas y a la conexión, con realidades de RGI o pensiones de viudedad

¹⁶ https://retina.elpais.com/retina/2018/03/22/tendencias/1521745909_941081.html

¹⁷ Trailer: <https://www.youtube.com/watch?v=uaaC57tcci0>

¹⁸ [Usabilidad y accesibilidad para un e-learning inclusivo](#). (2009). Ángel-Pío González Soto y Juan Domingo Farnós Miró. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

que no tienen capacidad para una cuota de teléfono móvil con datos o el coste de un ADSL en domicilio.

Hasta ahora, ha sido mayoritaria la creencia entre **las y los profesionales de la intervención social** de que esta solo puede hacerse desde lo presencial y las TIC se han visto con recelo como herramienta para activar la comunidad. Esta posición ha sufrido una reacción nuclear durante el confinamiento y ahora se ve la tecnología como un recurso de primer orden, entre otros, para generar vínculos o sentirse parte de la comunidad. No obstante, para reforzar esta nueva consideración de la tecnología es necesario incorporar e intensificar la digitalización, esto es, las competencias para el uso TIC en todos los planes formativos a todos los niveles: desde el trabajo auxiliar hasta los grados y las personas ya empleadas en intervención.

Las comunidades de apoyo espontáneas que se han generado durante el confinamiento tienen una cierta vocación de **no querer ligarse a lo público**, con lo que su integración en la acción comunitaria no será sencilla si es que se plantean desarrollos hechos desde la Administración Pública. Es también una realidad el que muchas de estas comunidades de apoyo se han desinflado una vez se ha salido del confinamiento.

5. La realidad de las aplicaciones desarrolladas para las comunidades que quieren cuidar

Una iniciativa personal o grupal, ayudada por una herramienta TIC tan sencilla como Whatsapp, ha resuelto mucho de la existencia confinada y de la organización de comunidades de apoyo. Y sin embargo, existen desde hace tiempo aplicaciones especialmente diseñadas para su uso en teléfonos inteligentes con el propósito de servir para dinamizar una comunidad que apoya. Son aplicaciones generadas normalmente por la feliz coincidencia de personas con conocimiento en el desarrollo de aplicaciones web, personas con alguna experiencia en la vida comunitaria (desde el voluntariado, frecuentemente) y una financiación de convocatoria pública o privada.

Apps como ¿Tienes sal?¹⁹, Nextdoor²⁰ y otras tantas comparten su visión de **ser un medio para la conexión comunitaria**, pero también tres enormes retos: la escalabilidad, la realidad de la oferta y la demanda, y el modelo de negocio.

El primer reto es su **escalabilidad**: para conseguir que más personas la usen es importante que haya una masa crítica de personas que lo hagan previamente. Igual que pasa en los bares: se entra a aquel en el que más personas están, asunto nada fácil cuando la financiación para su desarrollo no suele incluir la dedicación, tanto analógica como digital, para generar la red.

¹⁹ <https://tienes-sal.es/>

²⁰ <https://es.nextdoor.com/>

El segundo reto tiene que ver con la realidad de **oferta y demanda** de apoyos: hay un desequilibrio entre oferta de apoyo (es más sencillo decir que estás disponible para echar una mano) y demanda de apoyo (pedir ayuda, acompañamiento...). Reconocerse con necesidad de apoyos es el gran reto que tenemos como individuos ante la comunidad y no es tarea sencilla, ni de manera analógica ni de manera digital.

Finalmente, el tercer reto es el **modelo de negocio** de estas *apps*. Desarrollar, mantener, difundir, captar personas usuarias para la *app* cuesta dinero, no es un gasto puntual, sino que debe ser sostenido en el tiempo y para ello, bien se ingresan recursos a través de convocatorias públicas o privadas, bien con publicidad, bien con la venta de los datos que se recogen en ellas.

6. Próximas iniciativas y conclusión

Precisamente estos días empezamos el trabajo en la iniciativa Bizilagun, Bizipoza, apoyada en la convocatoria Etorkizuna Eraikiz de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Lo hacemos junto a la Universidad de Deusto, la Mancomunidad de Saiaz, el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián, el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa, Farapi, Apitropik, La Escalera y Lotura.

El objetivo de esta iniciativa es plantear las bases para el diseño de herramientas y procesos de carácter digital que contribuyan al fortalecimiento comunitario en tiempos de distanciamiento físico, y ayuden a crear o sostener dinámicas y redes de apoyo surgidas durante el confinamiento y actualmente en riesgo de debilitarse.

Bizilagun, Bizipoza examinará las dinámicas de resiliencia comunitaria desplegadas durante el confinamiento, identificará tanto los recursos a través de los que se han puesto en marcha como las barreras y carencias que han enfrentado, y explorará la potencialidad de apoyar los procesos comunitarios con una herramienta tecnológica que favorezca diferentes grados de presencialidad y nuevas formas de encuentro e interacción en tiempos de pandemia.

A modo de conclusión general y tal como se anticipaba al principio, **ni las TIC, por sí solas y por ahora, en su formato de aplicaciones, crean comunidades que cuidan; ni cabe pensar que sin TIC se puedan organizar, gestionar comunidades que cuidan o sus intervenciones.** Así pues, tenemos el reto de encontrar las fórmulas más equilibradas en las que lo presencial (analógico) y lo virtual (tecnológico) convivan y tengan capacidad de multiplicar la iniciativa comunitaria de apoyo. De ahí que sea imprescindible trabajar en dar respuestas a las sombras identificadas.

BIBLIOGRAFÍA

González Soto, Á. P. y Farnós Miró, J. D. (2009). [Usabilidad y accesibilidad para un e-learning inclusivo](#). Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.

Marsillas, S.; Barrio, E. del; Sancho, M.; Díaz-Veiga, P.; y Prieto, D. (2020). [Bakarkadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa](#). Fundación Matia Instituto Gerontológico, con apoyo de Fundación Adinberri.

INNOVACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Alfredo Alday
ALDA2U

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad nos han llevado, en las últimas décadas, a un envejecimiento de la población.

Asociado al envejecimiento se produce un incremento de las situaciones de dependencia funcional y otras situaciones individuales complejas, que ponen en crisis un modelo de bienestar que presuponía que las redes familiares se harían cargo del cuidado y de gestionar su relación con los sistemas o redes formales de protección social (sanidad, educación y pensiones). En este contexto, por más que los entornos familiares sigan desempeñando un papel fundamental e insustituible, emerge la necesidad de fortalecer de una u otra manera el sistema de cuidados.

Ese fortalecimiento al que se hace referencia debe llegar, entre otras cosas, por ser el objetivo de esta ponencia, a través de las mejoras técnicas referidas a todo lo relacionado con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), redes de comunicación, teleasistencia, telemedicina, robótica, sensórica..., es decir, la transformación digital de la atención social y sanitaria aplicada a los cuidados.

El desarrollo e implementación de la tecnología en la provisión de servicios asistenciales ha progresado, pero de manera insuficiente. La realidad del sector es que abundan las pruebas piloto, pero luego no generan una decisión de despliegue y la tecnología finalmente no se implanta a largo plazo en la organización.

La participación de ALDA2U en esta mesa redonda pone el foco en el hogar como nuevo centro de cuidados, donde confluyen la atención social y sanitaria, y se estructura en tres bloques que desarrollan el concepto de transformación sociodigital de los cuidados:

La última década de digitalización del cuidado

Durante la pasada década y ante la demanda de nuevas soluciones para abordar la prevalencia de las enfermedades crónicas y la dependencia asociada a las mismas y al envejecimiento de la población, las tecnologías de la salud han desarrollado soluciones para convertir el domicilio en un centro de cuidados. Podríamos hablar de tres fases:

- La conectividad con el domicilio: es una fase de validación de las comunicaciones móviles e inalámbricas. Genera mucha frustración en las personas usuarias y desconfianza en la propuesta.
- La aparición de los wearables y un mercado de productos de consumo para el bienestar: se generaliza el consumo de tecnología.
- Se pone el foco en la experiencia de la persona: se identifica, a diferencia de otros sectores, la importancia del enfoque experiencial. En esta fase nos encontramos.

En la actualidad se ha alcanzado la madurez tecnológica y hay una oportunidad para que la atención se produzca donde y cuando es necesaria.

Barreras para la transformación sociodigital

La digitalización del sector de los cuidados va con retraso con respecto a otros sectores. ¿Cuáles son las barreras? Algunas expresiones significativas, que nos sirven para identificar esas barreras, son:

- *“¿Para qué quiero yo ese trasto?”*: dificultad para la comunicación del valor de la tecnología en el cuidado de personas.
- *“¿Eso me va a controlar?”*: desconfianza ante las nuevas tecnologías.
- *“Eso es muy caro”*: coste elevado de las tecnologías.
- *“El café para todos”*: las personas no pueden tratarse como un colectivo con las mismas necesidades.
- *“No sé utilizarlo”*: capacitación tecnológica de las personas usuarias.
- *“¿Qué hago si recibo alarmas fuera de horario laboral?”*: los profesionales tienen derecho a la desconexión digital.

El diseño centrado en las personas en contextos sociosanitarios

El sector del envejecimiento alberga un gran potencial no solo en nuevos modelos asistenciales o terapias, también en relación con la creación de nuevos productos y servicios. Pero tradicionalmente, a la hora de diseñar y llevar al mercado nuevos productos relacionados con el envejecimiento, en contadas ocasiones se pregunta a las personas usuarias qué es lo que realmente necesitan o cuáles son sus verdaderas preocupaciones, lo que acaba en productos que despiertan poco interés o difíciles de utilizar por la persona usuaria.

El diseño centrado en las personas o *human-centred design* (HCD) es un enfoque de trabajo que despierta cada vez más interés en el sector sociosanitario. Está recogido en la ISO Standard 9241-210 (ISO 9241-210:2010-Ergonomics of human-system interaction-Part 210: Human-centred design for interactive systems, 2010). El HCD en contextos sociosanitarios es un proceso práctico y riguroso para explorar y mejorar el diseño de productos y servicios poniendo las personas usuarias en el centro de las soluciones.

La digitalización del cuidado

Sobre la digitalización del cuidado, centrados en el desafío de la incorporación del domicilio al modelo de prestación de servicios, la década pasada ha sido un viaje que ha tenido tres escalas: a) la conectividad con el domicilio; b) la aparición de los wearables y un mercado de productos de consumo para el bienestar; y c) se pone el foco en la experiencia de la persona.

En la actualidad se ha alcanzado la madurez tecnológica y hay una oportunidad para que la atención se produzca donde y cuando es necesaria. Este desafío otorga al domicilio un papel clave en la transformación del modelo de prestación.

Cuando hablamos de cuidado deberíamos referirnos desde un enfoque integral. Sin embargo, en la práctica nos encontramos con servicios sociales y servicios sanitarios con su propia autonomía. Y en Euskadi, por nuestra realidad institucional, esta división es especialmente visible y con importantes retos para la coordinación. Por eso, si hablamos de digitalización, debemos analizar de manera diferenciada lo correspondientes a salud y, por otro lado, a social.

La digitalización de la salud

La salud digital es una realidad que se concreta en la historia clínica electrónica. La práctica clínica no se entiende sin el uso de dicha herramienta. Es cierto que necesita una modernización para adaptarse a los retos que supone la prevalencia de patologías crónicas, fundamentalmente, complementar la exitosa gestión de la atención aguda con una necesaria continuidad del cuidado.

“En los años de la COVID-19 la transformación digital se aceleró y la telemedicina se consolidó como modalidad asistencial”: este podría ser un titular en los próximos años. Desde la prudencia, si así fuera y se confirma la adopción de la telemedicina en la práctica clínica, ¿dónde podemos situar el papel relevante de la telemedicina?

“El hospital del futuro” es el resultado de un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud, elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS. Si analizamos las apariciones de la palabra telemedicina en este trabajo, podemos dar respuesta a la pregunta que nos hacemos y nos sirve de guía para favorecer ese escenario.

Según este trabajo, la telemedicina jugará un papel central en el hospital del futuro en los siguientes contextos:

- Para la satisfacción y la experiencia del paciente, *“se desarrollará una asistencia basada en la web proveyendo acceso fuera del horario laboral normal, fines de semana y noches. La telemedicina y el uso de aplicaciones diagnósticas en teléfonos móviles inteligentes jugarán un papel relevante en el futuro sobre este aspecto”*.
- *“La regionalización, concentrando la actividad para determinados procesos y procedimientos en algunos centros de referencia, tiene como ventajas los mejores resultados y una mayor eficiencia en la utilización de recursos, pero también inconvenientes, como los problemas de desplazamiento y movilidad en grandes áreas con población dispersa o el crear una brecha tecnológica y de conocimiento entre profesionales de centros de alto y bajo volumen”*. El uso de sistemas de movilidad y de tecnologías digitales como la telemedicina puede resolver el balance entre regionalización y proximidad.
- La telemedicina facilitará *“el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado”*.
- La telemedicina se integrará como una modalidad asistencial en las unidades de gestión clínica que comprenderán todo el proceso asistencial.
- *“La telemedicina, interconsulta virtual, telemonitorización, las app, los wereables, etc. proveen herramientas que pueden ser de gran utilidad”* para el desarrollo de la hospitalización a domicilio para la atención de *“pacientes crónicos en numerosas ocasiones en situaciones de dependencia y/o fragilidad que requieren cuidados avanzados”*.
- La dotación de procesos de consulta e interconsulta no presencial mediante telemedicina evitará *“consultas y desplazamientos innecesarios”*.

La digitalización de los servicios sociales

El plan de inspección de oficio de la atención sociosanitaria 2020 de la Agencia Española de Protección de Datos es una lectura recomendable para hacerse una idea de los retos a los que se enfrentan los sistemas de información de los servicios sociales en materia de protección de datos, retos asociados, en gran medida, a la falta de una estrategia digital que muestra un ecosistema fragmentado, con muchos procesos en papel, información duplicada y con grandes dificultades para compartir información. Este trabajo concluye: *“Observando la cantidad de servicios existentes y las categorías de datos que necesariamente se tratan durante su planificación, administración, prestación, y control, se puede deducir la conveniencia de realizar actuaciones de oficio tendentes a verificar las garantías de protección de datos implementadas para minimizar los riesgos con respecto a los derechos y libertades de los interesados”*.

La digitalización de los servicios sociales debe dar respuesta al derecho de la ciudadanía a relacionarse con la Administración, por medios electrónicos, para acceder a los servicios públicos y para la tramitación de los procedimientos administrativos que emana de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en materia de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos.

La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (art. 3) incluye la interoperabilidad entre los principios de actuación de las administraciones públicas, de forma que estas se relacionarán entre sí a través de medios electrónicos que aseguren la interoperabilidad y seguridad de los sistemas y soluciones adoptadas por cada una de ellas, la protección de los datos de carácter personal y facilitarán preferentemente la prestación conjunta de servicios a los interesados.

Sin duda, es una prioridad esencial para la fortaleza del sistema de servicios sociales abordar el desarrollo de una historia social electrónica. En Euskadi, el proyecto de Historia Sociosanitaria Electrónica, dentro de las prioridades estratégicas de la atención sociosanitaria, liderado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, es la oportunidad para potenciar el desarrollo de una historia social interoperable.

Barreras para la transformación digital de los cuidados

La digitalización de los cuidados va con retraso respecto a la digitalización de otros sectores. La relevancia del factor humano hace que muchos de los aprendizajes adquiridos en otros casos de éxito no puedan trasladarse directamente al ámbito de los servicios sociales y sanitarios. En la práctica se dan situaciones como las siguientes: *“¿Para qué quiero yo ese trasto?”, “¿Eso me va a controlar?”, “Eso es muy caro”, “El café para todos”, “No sé utilizarlo”, “¿Qué hago si recibo alarmas fuera de horario laboral?”*. Solo si somos capaces de dar respuesta a estos dilemas, la transformación sociodigital podrá avanzar.

De una manera estructurada se proponen cinco barreras:

Subestimación

Los impulsores de los proyectos digitales subestiman sistemáticamente la complejidad de su trabajo y los proyectos/servicios o bien no llegan a buen término, o no se normalizan cuando lo hacen, debido a esta subestimación.

También hay un aspecto relacionado con las expectativas. No es lo mismo digitalizar que transformar. Normalmente, cuando se habla de digitalizar se tiene en la cabeza la transformación; sin embargo, en la mayoría de los proyectos lo que se implanta es una digitalización de procesos específicos y aislados.

Relato apocalíptico

La transformación digital es fuente de inspiración de un relato apocalíptico de nuestra sociedad. El relato, es decir, cómo se transmiten las ideas y cómo se perciben, es importantísimo.

La portada de la edición de octubre de 2017 de la revista New Yorker dibuja una ciudad habitada por robots con forma humana que dan limosna a una persona sin hogar. El texto que acompaña a la ilustración en el interior de la revista cuenta la historia de Steelcase, una fábrica de mobiliario de metal para oficina ubicada en Michigan (Estados Unidos). Allí el trabajo se ha automatizado hasta tal punto que algunos trabajadores se llaman de broma “robots de carne y hueso”. Su tarea no es la primordial: no es que las máquinas les ayuden a realizar su trabajo, sino que son ellos quienes sirven de soporte a los robots. Les quedan las migajas de lo que antes era su trabajo, una limosna.

El párrafo anterior o afirmaciones como *“el 39% de los empleos en España del sector de la salud y de la asistencia social, podrían ser realizados por máquinas”* pueden percibirse como riesgos más que como soluciones. La digitalización de los cuidados necesita armar un relato desde la perspectiva social y desde la humanización de la tecnología.

Cambiar el foco de la patología a la persona

De manera general, todas las dificultades de evolución hacia un nuevo modelo asistencial pasan por las consecuencias que tiene cambiar el foco de la patología a la persona. Tradicionalmente los médicos han estado motivados, incentivados y centrados en curar la patología, no en mantener y prevenir el bienestar de los pacientes.

Para dar respuesta a las necesidades que nos plantea el reto del envejecimiento, la tecnología permite abrir el ámbito de actuación, tanto desde el punto de vista del espacio, pues se extiende más allá del hospital o del centro de salud, como desde el tiempo, pues la actuación debe comenzar antes de que se produzca la enfermedad, y se extiende durante toda la vida del paciente.

En este enfoque se van a ver implicados en los cuidados una mayor variedad de actores: especialistas, médicos de familia, enfermeros, cuidadores, trabajadores sociales, familiares y el propio paciente, lo que supone un ataque al *statu quo*.

El enfoque clínico, técnico y económico

La implantación de una atención digital suele adoptar un enfoque clínico, técnico y económico. Es necesario prestar una atención especial a la relación entre la tecnología, el contexto y la estructuración de las actividades de la organización desde una perspectiva social y organizativa.

Los diseñadores de las soluciones de base tecnológica hacen suposiciones implícitas o explícitas sobre las competencias de usuarios y profesionales, así como del sistema. Las tecnologías solo asumen un significado práctico definido cuando se ponen en uso en un contexto social específico y material. El resultado es un proceso de negociación entre la innovación y la actividad laboral.

En este contexto organizativo, cabe decir que la implantación de procesos digitales modifica la geografía existente en el entorno asistencial, con la tendencia a rediseñar la relación entre el centro y la periferia.

Contrariamente a la idea de que los sistemas digitales impulsan la transformación de la sociedad postindustrial en una sociedad en red global, la atención telemática puede reforzar una tendencia centralizadora que va exactamente en la dirección opuesta, lo que refuerza el papel y la influencia de los centros de poder existentes. Es por ello que existe el riesgo de exclusión de los servicios de la atención primaria y el establecimiento de relaciones directas entre el paciente y los especialistas.

Un modelo que lleva años funcionando exitosamente

A la hora de abordar la transformación del modelo asistencial, resulta complejo tratar de implantar un nuevo modelo partiendo de un modelo que lleva años funcionando y de manera exitosa. Quizás por ello es más conveniente actuar sobre elementos concretos:

- Reorganización de la atención: autogestión, equipo de cuidados interdisciplinario, reuniones de grupo, gestión de enfermedades, gestión de casos y gestión y evaluación geriátrica.
- Recursos humanos: empoderamiento del paciente, cuidado informal de la familia (sobrecarga del cuidador) y oferta de profesionales sanitarios y su capacitación.
- Prevención: factores de riesgo, cribado y complicaciones iatrogénicas.

- Innovación tecnológica: tecnología de la información, intercambio de la información clínica, sistemas de ayuda a la decisión, sistemas de protección frente a errores médicos, comunicación médico-paciente, capacitación de pacientes, tecnología de cuidados a pacientes y tecnologías de apoyo a la vida diaria y ambientales.

El diseño como herramienta para la innovación

La experiencia, referida al concepto experiencial que viven las personas en el ámbito de los cuidados, es la suma de todas las interacciones formadas por la cultura de una organización, las percepciones, sentimientos y emociones de la persona y la familia, en todo el continuo de la atención.

Una visión experiencial del cuidado implica que el cuidado y la atención no son encuentros puntuales, sino que se extienden en el tiempo y que incluyen múltiples puntos de contactos que conforman el entorno. Es decir, la experiencia de la persona es mucho más amplia que el cuidado en sí mismo; existen puntos de contacto o momentos de interacción entre los diversos agentes que intervienen y la persona. En definitiva, la experiencia se refiere a la calidad y el valor de todas las interacciones directas e indirectas, clínicas y no clínicas en toda la duración del cuidado.

Sin embargo, actualmente, los esfuerzos no se han centrado necesariamente en la experiencia de la persona, más allá de preguntar qué era bueno y qué no. El conocimiento de la experiencia, sostenido solo por la persona, es único. De la misma manera, no solo es importante identificar momentos negativos, sino que las emociones y percepciones positivas son las que fundamentalmente hacen que la experiencia de las personas sea enriquecedora. Por consiguiente, es importante generar una experiencia positiva. La experiencia debe producir emociones sobre la persona y para poder ocasionar estas emociones es imprescindible conocer a la persona usuaria.

Con el diseño basado en la experiencia, la visión tradicional del usuario como destinatario pasivo de un producto o servicio ha dado paso a una nueva visión de los usuarios como parte del proceso de mejora e innovación. Con esta nueva visión se están desarrollando diferentes herramientas de diseño adaptadas al ámbito sociosanitario. Por ejemplo, la herramienta bautizada como Person Journey Map ayuda a conocer y comprender tanto la experiencia de cada persona como la de los agentes implicados en el cuidado y la atención, obteniendo así momentos sorpresivos y de fricción que dan lugar a puntos de mejora e identificación de nuevas oportunidades.

Comprender la experiencia de las personas es un paso clave para avanzar hacia la atención centrada en el mismo, así como entender el ecosistema que rodea a la persona usuaria es de vital importancia. El punto de vista de las diferentes personas implicadas nos enriquece las oportunidades o mejoras, que de lo contrario difícilmente se tendrían en consideración y que aportan valor.

El uso de la información de experiencia de la persona que se encuentra embebido en las interacciones con cada agente y punto de contacto es una estrategia para impulsar la transformación e innovación.

El estudio “Diseño como herramienta para la innovación y modernización de las administraciones públicas”, publicado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, pone de manifiesto el potencial que el diseño tiene como catalizador de innovación y modernización en el ámbito de las administraciones públicas. La práctica del diseño ha comenzado a incorporarse como capacidad crítica en los procesos estratégicos de numerosas organizaciones. Existen relevantes ejemplos de instituciones públicas y organismos internacionales que han entendido el potencial del diseño y lo han incorporado en el centro de sus organizaciones y estrategias.

El diseño centrado en las personas o *human-centred design* (HCD) es un enfoque de trabajo que despierta cada vez más interés en el sector sociosanitario. Está recogido en la ISO Standard 9241-210 (ISO 9241-210:2010-Ergonomics of human-system interaction-Part 210: Human-centred design for interactive systems, 2010).

Conclusiones

La crisis económica, política e institucional, de dimensiones globales, potenciada por la emergencia sanitaria asociada a la COVID-19, ha evidenciado una crisis más sistémica y de fondo: la crisis de un modelo de bienestar que suponía que las redes familiares se harían cargo del cuidado y de gestionar su relación con los sistemas o redes formales de protección social (sanidad, educación y pensiones). En este contexto, por más que los entornos familiares sigan desempeñando un papel fundamental e insustituible, emerge la necesidad de fortalecer de una u otra manera el sistema de cuidados. Podemos hablar de una crisis de los cuidados.

Se puede elegir la expresión cambio de época para caracterizar la nueva realidad. La envergadura interrelacionada de los fenómenos que definen este cambio de época es suficiente como para obligar a un cambio de modelo.

En este cambio de época, a la hora de atender la necesidad de fortalecer el sistema de cuidados, desde ALDA2U trabajamos para que la tecnología sea un instrumento que facilite el cuidado, desarrollando el concepto de transformación sociodigital. En esta transformación situamos el domicilio como eje de la innovación.

Aunque existen múltiples variables que determinan la adopción de un sistema de base tecnológica, en el caso de los cuidados el factor humano en la interacción es decisivo. Una visión experiencial del cuidado implica que el cuidado y la atención no son encuentros puntuales, sino que se extienden en el tiempo y que incluyen múltiples puntos de contactos que conforman el entorno. Es decir, la experiencia de la persona es mucho más amplia

que el cuidado en sí mismo; existen puntos de contacto o momentos de interacción entre los diversos agentes que intervienen y la persona.

Por ello, proponemos como enfoque de trabajo, para el desarrollo de productos y servicios dirigidos al cuidado, el diseño centrado en las personas o *human-centred design* (HCD), que se caracteriza por ser un proceso práctico y riguroso para explorar y mejorar el diseño de productos y servicios poniendo las personas usuarias en el centro de las soluciones.

A modo de referencia práctica, con esta visión ALDA2U ha diseñado NEREA, un sistema orientado a las entidades prestadoras de servicios de atención domiciliaria para la incorporación de la atención no presencial a su modelo de procesos asistenciales. NEREA proporciona un centro de coordinación, tecnología domiciliaria y canales de comunicación. NEREA busca la modernización del sector de la atención domiciliaria proporcionando instrumentos para facilitar el cuidado.

Bibliografía

DECRETO 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud, Fundación IMAS. (2020). "El hospital del futuro" Retrieved from <https://www.fesemi.org/quienes/semi/hospital-del-futuro>.

LEY 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

LEY 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en materia de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos.

DECRETO 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Bioef-Equipo de Coordinación Sociosanitaria de Euskadi. (2018). Atención sociosanitaria y personas cuidadoras no profesionales. Barakaldo. Retrieved from <https://www.sjis.net/es/documentacion/catalogo/Record/547660>.

Bate, Paul & Robert, Glenn. (2006). Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-designing Services with the Patient. *Quality & safety in health care*. 15. 307-10. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>.

Bazzano, A. N.; Martin, J.; Hicks, E.; Faughnan, M.; & Murphy, L. (2017). Human-centred design in global health: A scoping review of applications and contexts. *PLoS ONE*, 12(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186744>.

Coulter, A.; Locock, L.; Ziebland, S.; & Calabrese, J. (2014). Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348, g2225. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2225>.

Donetto, S.; Pierri, P.; Tsianakas, V.; & Robert, G. (2015). Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public.

Sector. The Design Journal, 18(2), 227-248. <https://doi.org/10.2752/175630615X14212498964312>.

Dorn, S. (2015). Digital Health: Hope, Hype, and Amara's Law. *Gastroenterology*, 149, 516-520. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.07.024>.

ISO 9241-210:2010-Ergonomics of human-system interaction-Part 210: Human-centred design for interactive systems, International Organization for Standardization § (2010). Retrieved from <https://www.iso.org/standard/52075.html>.

J. Campbell, A. (2008). Internet use and loneliness in older adults. *CyberPsychology & Behavior*, (May), 5.

Michalec, S.; Dickinson, J. I.; Cline, H.; Sullivan, K.; & Machac, K. (2018). Cancer treatment facilities: using design thinking to examine anxiety and the patient experience. *Journal of Interior Design*, 43(4), 3-20. <https://doi.org/10.1111/joid.12133>.

Mooij, M. J. M. de; Hodny, R. L.; Neil, D. A. O.; Gardner, M. R.; Beaver, M.; Brown, A. T.;... Harms, R. W. (2018). OB Nest : Reimagining Low-Risk Prenatal Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(4), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.022>.

Mulvale, A.; Miatello, A.; Hackett, C.; & Mulvale, G. (2016). Applying experience-based co-design with vulnerable populations: Lessons from a systematic review of methods to involve patients, families and service providers in child and youth mental health service improvement. *Patient Experience Journal*, 3(1), 117-129. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1104>.

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. Retrieved from www.who.int.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La Atención Integral y Centrada en la Persona* (1st ed.).

Triberti, S. & Barelo, S. (2016). The quest for engaging Aml : Patient engagement and experience design tools to promote effective assisted living. *Journal of Biomedical Informatics*, 63, 150-156.

Ministerio de Ciencia e Innovación. (2020). Diseño como herramienta para la innovación y modernización de las administraciones públicas. Retrieved from <https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.edc7f2029a2be27d7010721001432ea0/?vgnextoid=610fd64064a03710VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=4346846085f90210VgnVCM1000001034e20aRCRD>.

PROYECTO ETXEGOR

Aitor Bedialauneta

Euskal Gorrak-eko presidentea.

Gorren Elkarteen Euskal Federazioa

Presidente de Euskal Gorrak.

Federación Vasca de Asociaciones de Personas Sordas

Euskal Gorrak (Federación Vasca de Asociaciones de Personas Sordas) establece en su Plan Estratégico 2019-2022 tres líneas prioritarias de actuación, siendo una de ellas la línea de atención y defensa de las personas sordas y con cualquier tipo de discapacidad auditiva. Entre los objetivos y acciones de esta línea estratégica se encuentra la atención a personas mayores sordas.

Asimismo, dos de nuestros fines generales como entidad representativa del colectivo de personas sordas son los siguientes:

- Fomentar la autonomía y la independencia de las personas sordas y la eliminación de las barreras de comunicación.
- Asumir la defensa y representación de todos aquellos sectores que presenten una realidad específica dentro del colectivo, ya sea por motivos de género, edad, otra discapacidad, orientación sexual, etnia, desplazamientos migratorios u otras causas que la sociedad cambiante en que vivimos genere.

Según los datos del INE, en Euskadi hay un total de 350.000 personas con discapacidad auditiva (cifra estimada a partir de los 6 años), lo que equivale al 2,3% de la población total. De estas personas, 15.230, esto es, un 58,3%, presentan una sordera profunda y 18.689 tienen 65 años o más, un 71,54%.

Según nuestras propias fuentes, en Euskadi residen actualmente unas 650 personas mayores de 65 años que se comunican en lengua de signos, por tanto, nuestra población diana para la puesta en marcha de este proyecto.

La CNSE (Confederación Estatal de Personas Sordas) realizó en 2014 un estudio denominado “Hacia la autonomía y participación de las personas mayores sordas”, cuya finalidad era detectar las necesidades de la población sorda mayor a nivel estatal, fueran estas personas usuarias de la lengua de signos como lengua principal de comunicación o únicamente de la lengua oral, así como con sordera adquirida con la edad o desde el nacimiento. Entre sus principales conclusiones destacan las siguientes:

- Se pone de relieve la escasez de recursos, programas y servicios adaptados a las personas mayores sordas impulsados desde las administraciones públicas.
- La persona mayor sorda pasa en su domicilio sin acompañamiento el 41,95% de su tiempo, en caso de que conviva con otras personas. A su vez, si necesitara ayuda, caso que ocurre con frecuencia, finalmente no la consigue cerca de un 26,8%. El aislamiento y la soledad son dos factores importantes en las personas que viven solas, ya que, debido a esta circunstancia, sumándole la discapacidad auditiva suelen encerrarse en sí mismas, por lo que el aislamiento que padecen se recrudece.
- La necesidad de contar con recursos humanos y técnicos en las residencias y centros de día que favorezcan la comunicación y la interacción de las personas mayores sordas con el entorno y disminuyan el aislamiento. En este sentido, cabe destacar la incorporación de profesionales con conocimientos en lengua de signos, de estrategias para facilitar la comunicación y ayudas técnicas que mejoren el bienestar de estos hombres y mujeres en estos centros.
- La teleasistencia es un asunto pendiente para todas las personas mayores sordas. Todas ellas evidencian la falta de accesibilidad a dicho servicio. Es urgente dar una respuesta social y tecnológica a este problema.

Por otro lado, el marco de actuación para las personas mayores aprobado en Consejo de Ministros del 23 de octubre de 2015 recoge varias propuestas, entre las que destacamos:

- *“Combatir la exclusión social y el aislamiento de las personas mayores en los distintos ámbitos, ofreciéndoles igualdad de oportunidades de participación en la sociedad mediante actividades culturales, políticas y sociales”.*
- *“Crear servicios comunitarios que favorezcan la inclusión social de las personas mayores y les ofrezcan información adecuada acerca de sus oportunidades, en especial a aquellos con mayor riesgo de exclusión social”.*
- *“Potenciar el acercamiento y el conocimiento de las nuevas tecnologías por parte de*

las personas mayores con discapacidad y promover su accesibilidad, así como a las redes sociales, en condiciones de igualdad con el resto de la sociedad. Lograr que la tecnología domiciliaria y la teleasistencia, que garantizan tranquilidad y vida autónoma, sean accesibles para las personas mayores sordas; implementar y consolidar un estudio piloto, a nivel estatal, del que se beneficien el mayor número de personas mayores sordas en todo el territorio estatal”.

- *“Crear un grupo de trabajo, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que participen las comunidades autónomas y la Confederación Estatal de Personas Sordas, que sirva para que las políticas públicas en materia de envejecimiento contemplen medidas que favorezcan la inclusión efectiva de las personas mayores sordas”.*

Si bien es cierto que tanto la CNSE como Euskal Gorrak siempre han tenido en cuenta a este colectivo y sus necesidades, ahora queremos dar un paso más y ofrecer a nuestros mayores un servicio especialmente dirigido a ellos y ellas, para poder dar la mayor cobertura posible a sus necesidades y demandas.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Etxegor es un servicio de videoasistencia y acompañamiento para personas mayores sordas, accesible para aquellas personas que se comunican en lengua de signos, que les permite, en caso de que vivan solas, con situaciones de enfermedad o dependencia, comunicarse con una central de atención mediante la instalación de un *kit* de videoconferencia en el hogar. Básicamente es un servicio de teleasistencia accesible para personas sordas.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar la autonomía, el cuidado y la independencia de las personas mayores sordas mediante la implantación de un servicio de acompañamiento y videoasistencia.

COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS

Euskal Gorrak es miembro ordinario de la CNSE (Confederación Estatal de Personas Sordas), red que cuenta con 17 entidades territoriales y más de 120 asociaciones de personas sordas en todo el Estado. Por ello, desde hace 40 años el movimiento de personas sordas venimos trabajando en red, compartiendo sinergias y una estrategia común, que se refleja en un plan estratégico en cuya elaboración participamos todas las entidades miembros. El servicio Etxegor es un buen ejemplo del trabajo en red de nuestro movimiento aso-

ciativo, ya que compartimos una plataforma común y una estrategia unitaria entre todas las entidades. Esto nos permite compartir experiencias, fomentar las buenas prácticas y organizar encuentros de *benchmarking* a nivel estatal, lo que sin duda es un punto fuerte de nuestro movimiento asociativo.

ASPECTOS TRANSVERSALES

Igualdad de género: desde su fundación, Euskal Gorraak ha trabajado por y para las personas, sin ningún tipo de distinción de género. A lo largo de la historia, en nuestra entidad han trabajado mujeres y hombres en igualdad de condiciones, ocupando puestos de responsabilidad o de otra índole, ya sea como equipo de trabajo o como miembros de la junta directiva. Actualmente, contamos en nuestra plantilla con 16 mujeres y 5 hombres. Gracias a una subvención concedida por el Gobierno Vasco, durante 2017 y 2018 Euskal Gorraak ha llevado a cabo un diagnóstico y plan de igualdad entre mujeres y hombres, con el asesoramiento de una consultoría acreditada por Emakunde, que tendrá una vigencia de 4 años. El proyecto Etxegor incorpora también esta política de igualdad, poniendo especial cuidado en el tratamiento de las imágenes y en el uso no sexista del lenguaje.

Respeto por el medioambiente: en Euskal Gorraak pensamos en la sostenibilidad desde el momento de la planificación de los trabajos. Reciclamos, separamos y reutilizamos papel, usamos transporte público para el desplazamiento de personal y, además, hemos hecho un esfuerzo a nivel tecnológico y personal para trabajar en red con recursos compartidos, lo que ha reducido un 80% el uso de papel en nuestras oficinas.

Uso de las lenguas: Euskal Gorraak motiva a los/as trabajadores/as para el uso del euskera y para la incorporación del modelo trilingüe en nuestra organización (euskera, castellano y lengua de signos). Además, en este momento el 50% de nuestra plantilla cuenta con titulación EGA. Al mismo tiempo, estamos haciendo un esfuerzo continuo para producir toda la documentación de nuestra entidad en euskera y castellano, además de incorporar la lengua de signos en todo el material de uso público.

CARÁCTER INNOVADOR

El proyecto Etxegor tiene un marcado carácter innovador, en tanto que no existe actualmente ningún servicio de teleasistencia accesible para personas sordas que se comunican en lengua de signos. Además, parte de la prestación del servicio se basa en el desarrollo y uso de nuevas tecnologías para proporcionar accesibilidad a las personas sordas, tales como *softwares* de videoconferencia y comunicación escrita especialmente diseñados para el colectivo de personas mayores sordas y con un elevado carácter de usabilidad para facilitar el manejo a las personas usuarias.

ACTIVIDADES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos específicos:

- Favorecer la inclusión y participación social de las personas sordas mayores a través del acceso a un sistema de acompañamiento y atención adaptado a sus necesidades, así como favorecer una estancia en sus hogares lo más accesible posible para proporcionarles una vida independiente.
- Ofrecer actividades especialmente dirigidas a personas mayores sordas.
- Evitar el aislamiento de las personas mayores sordas con un acompañamiento presencial a través de voluntariado.

Calendarización:

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Video-asistencia y acompañamiento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ocio y tiempo libre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompañamiento presencial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1) Videoasistencia y acompañamiento (Servicio Etxegor)

Con esta actividad, lo que pretendemos es aprovechar el uso de las nuevas tecnologías para implantar un sistema de video-atención y acompañamiento específico para personas sordas mayores. Para ello, emplearemos un sistema sencillo, diseñado específicamente para personas con pocas o nulas destrezas en el uso de tecnologías, que permitirá al usuario ver a través de una televisión convencional, además de los canales tradicionales, unos canales específicos temáticos y de videocomunicaciones.

Desde Euskal Gorra pretendemos trabajar en esta línea, a través de un sistema que pretende cubrir el vacío existente en la atención y acompañamiento de las personas mayores mediante las nuevas tecnologías de una manera sencilla, como primer paso a una teleasistencia accesible para personas mayores sordas. Se trata de un sistema conectado a la televisión convencional que permite realizar varias funciones, entre ellas, contar con un canal de videoasistencia y acompañamiento, del cual se encargará la figura profesional del ADECOSOR o mediador/a comunicativo, personal cualificado para la realización de este seguimiento en personas mayores sordas.

La comunicación entre el profesional y la persona mayor sorda se realiza a través del televisor que la persona mayor sorda tiene en su hogar, al que se ha conectado este sistema para poder realizar la videocomunicación con el profesional que se encuentra en su puesto de trabajo.

Por ser personas sordas, además, la comunicación se realiza de forma directa, en lengua de signos, sin intermediarios, lo cual ofrece complicidad y confianza al usuario, aspectos importantes, además, si se trata de una persona mayor.

Para ello, previamente se instalará el sistema en el domicilio de las personas usuarias e impartiremos una breve formación previa acerca del funcionamiento del sistema que les permita utilizarlo autónoma y eficazmente.

El sistema, tal y como está configurado actualmente, contempla cuatro funciones:

- Visualización de los canales de televisión tradicionales.
- Realizar videocomunicaciones a dispositivos que también tengan instalado este sistema (familias y amigos, otras personas sordas, etc.) o a un teléfono fijo o móvil.
- Recibir videocomunicaciones desde cualquier equipo que cuente también con el sistema implantado.
- Recibir recordatorios en pantalla (medicación específica que deba tomar, dosis y horarios, por ejemplo).

Con este proyecto, por un lado, incorporaremos vídeos en lengua de signos para las diferentes funciones actuales, y añadiremos un canal específico con el servicio de videoaistencia en lengua de signos atendido por Euskal Gorra.

Perfil de las personas usuarias

Las personas usuarias del sistema serán siempre personas mayores sordas que:

- Sean usuarias de la lengua de signos.
- De más de 65 años o menos de 65 años que precisen el servicio.
- Vivan solas o pasen gran parte del día sin compañía.
- Sean personas sordas con enfermedades graves o dependientes.
- Tengan un aislamiento geográfico o desarraigo social.
- Sufran los riesgos causados por la avanzada edad.

Una vez seleccionadas las personas usuarias, se llevará a cabo una valoración inicial de la situación individual de la persona mayor y se definirán las actuaciones necesarias según los objetivos del servicio. Esta valoración podrá incluir al menos:

- Identificación de la persona usuaria.
- Dirección y características de su vivienda.
- Estado de salud.
- Identificación y datos de las personas de contacto y su disponibilidad.
- Capacidad de lectoescritura.
- Toma de medicación.

El/a profesional informará a la persona mayor sorda de cuál será su papel, acordando junto a ella contactar al menos dos veces por semana para realizar un seguimiento y control sobre los siguientes aspectos:

- Gestión de documentos (facturas, documentación importante).
- Citas médicas y medicación.
- Higiene personal.
- Actividades de la vida diaria.
- Relaciones sociales.
- Seguimiento del estado de soledad.
- Información sobre las actividades asociativas o actividades de la zona en las que puede participar.

El/a profesional que realiza el seguimiento abrirá una ficha de cada usuario/a atendido/a donde se recojan los datos necesarios para la atención, así como en la se registren y archiven todos los aspectos relacionados con la prestación del servicio, la valoración e intervención de los profesionales.

Una vez finalizado el seguimiento/acompañamiento realizado a la persona usuaria, el/a profesional realizará un breve informe de valoración sobre la situación personal de aquella. Así mismo, la persona usuaria rellenará un cuestionario para conocer el grado de satisfacción del servicio.

2) Actividades dirigidas a personas mayores sordas

Esta acción tiene por objetivo promover y organizar actividades y espacios dirigidos a las personas mayores sordas, teniendo en cuenta las necesidades y demandas que realizan. Concretamente, se priorizará la organización de actividades de ocio y tiempo libre que promuevan el envejecimiento activo y talleres relacionados con la promoción de la salud, tales como: talleres de memoria, estimulación, prevención de enfermedades, buenos hábitos alimenticios, prácticas saludables, etc.

INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR VERIFICABLE
Nº de actividades de ocio y tiempo libre	Al menos 2 al año	Igual o más de 2 al año
Nº de talleres	Al menos 4 al año	Igual o más de 4 al año
Grado de satisfacción de los/as usuarios/ as	Al menos 3,5	Al menos 3,5 en una escala del 1 al 5

3) Acompañamiento presencial a través de voluntariado

Esta acción va dirigida a personas mayores sordas en situación de especial vulnerabilidad y aislamiento. A través del servicio de videoasistencia se puede detectar en el/a usuario/a la necesidad de un acompañamiento presencial, en este caso a través de voluntariado, donde el perfil requerido sería persona sorda u oyente con conocimiento de lengua de signos que, con un calendario establecido en función de las necesidades detectadas, realice un acompañamiento a la persona mayor sorda en las siguientes circunstancias:

- Acompañamiento domiciliario. Son visitas al domicilio con el fin de acompañar y dar apoyo emocional a la persona mayor sorda. Estas visitas, dependiendo de cada persona, se convierten en momentos de charlar, compartir experiencias, anécdotas o simplemente estar.
- Acompañamiento en el entorno. Se trataría de salidas fuera del domicilio, paseos por el entorno cercano, gestiones diarias, etc.
- Al tratarse de un servicio de voluntariado, se realizaría una formación específica y se cumpliría en todo momento con la Ley del Voluntariado.
- A continuación se detallan los indicadores de evaluación, los resultados esperados y la medición de dichos indicadores:

INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR VERIFICABLE
Número de usuarios/as que reciben acompañamiento voluntario	Al menos 3	Igual o más de 3
Nº de acompañamientos recibidos por usuario/a	Al menos 2 al mes	Igual o más de 2 al mes
Grado de satisfacción de los usuarios/as	Al menos 3,5	Al menos 3,5 en una escala del 1 al 5

EXCEPCIONALIDAD POR EL COVID-19

El proyecto Etxegor contempla en su mayor parte actividades telemáticas, por lo que podrá mantenerse en plena actividad incluso aunque se produjeran nuevas situaciones de estado de alerta y confinamiento, reforzando así, además, su carácter de acompañamiento a las personas mayores que puedan vivir situaciones de soledad durante un posible rebrote de la pandemia o una segunda oleada. En el caso de las actividades presenciales, siempre que no se decrete un estado de alarma, se seguirán llevando a cabo siempre cumpliendo estrictamente con las medidas de seguridad decretadas por las autoridades sanitarias y las establecidas por el reglamento de prevención de riesgos laborales para nuestras personas trabajadoras y voluntarias.

IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD DE EUSKAL GORRAK DURANTE LA PANDEMIA

Euskal Gorra, como entidad miembro de la CNSE (Confederación Estatal de Personas Sordas) participa en su red de atención a personas sordas COVID-19 para hacer frente a la falta de accesibilidad a los recursos y servicios surgidos a raíz de la alerta sanitaria. El colectivo ha visto vetado su acceso a los mismos, ante la ausencia de medidas que permitan su uso en igualdad de condiciones.

Durante esta pandemia la comunicación telefónica es la principal forma de acceso para las emergencias del coronavirus, a gestiones de cualquier tipo con la Administración Pública o a los variados recursos y servicios a disposición de la ciudadanía. Se olvida la necesidad de dar respuestas globales y la existencia de recursos que ya permiten una comunicación accesible con estos servicios a través de la lengua de signos o en la modalidad comunicativa que requiera cada persona sorda.

Lo mismo ocurre en cuanto a la asistencia sanitaria, ya que cuando una persona sorda acude al hospital, lo habitual es que no cuente con intérpretes de lengua de signos. Al respecto, estas situaciones pueden y deben evitarse, ya que Euskal Gorra presta servicios de interpretación y, además, cuenta con el servicio de videointerpretación SVisual, que ofrece esta interpretación a distancia para todo el territorio.

De hecho, esta plataforma de red de atención a personas sordas COVID-19, que permite realizar y recibir llamadas las 24 horas del día, implementó un acceso directo en su plataforma para que personas sordas pudieran contactar con los teléfonos de información sobre el coronavirus, registrando una media de 30 llamadas diarias por cada intérprete de lengua de signos, lo que hacen un total de 180 llamadas diarias atendidas y, por tanto, unas 6.820 llamadas durante el estado de alarma.

No obstante, se ha venido prestando servicio de interpretación presencial en aquellos casos en los que ha sido necesario por los requerimientos del servicio.

ARQUITECTURAS DEL CUIDADO

Irati Mogollón
Ana Fernández

CONTEXTUALIZACIÓN

Para poder dimensionar la problemática de la soledad no deseada nos resulta pertinente y anecdótico recordar que en las ciencias sociales la soledad se comprende como una de las formas de castigo social más antiguas que tiene el ser humano. El destierro social se basa en castigar sin sociabilidad, lo que nos lleva a comprender la soledad no buscada como *“relación social que compite con la solidaridad en toda la estructura social de la modernidad”* (Cerratani, 2019)²¹. Sin embargo, nos gustaría formular la soledad no buscada como una *consecuencia* de estructuras sociales que emanan discriminaciones más profundas como el edadismo, clasismo, racismo, machismo... Comprendida a modo de síntoma de una enfermedad mucho mayor que engloba a nuestras sociedades contemporáneas, resulta pertinente profundizar en cuáles son las estructuras sociales de discriminación que nos están situando en este contexto (sociedades del empleo, minusvaloración/negación de los trabajos de cuidados, edadismo, sociedades patriarcales, desestructuración de las familias como recursos centrales de cuidados, etc.) para poder comenzar a vislumbrar los posibles horizontes de emancipación y transformación social de este arraigado problema.

En dicha línea, nuestro enfoque de trabajo se centra en observar las experiencias inspiradoras que están intentando transitar a otros marcos de realidad, dando respuestas y proponiendo herramientas para transformar las situaciones discriminatorias que nos ha tocado vivir como sociedad. A lo largo de nuestro trabajo –investigaciones, talleres de empoderamiento mayor y facilitaciones grupales–, hemos podido comprobar la existencia de ciertos elementos compartidos de las diversas experiencias inspiradoras con las que hemos tenido la suerte de trabajar. Para este foro y dada la brevedad del texto, destacamos una en particular: un mismo itinerario de emancipación compartido.

²¹ Liliana Soledad Cerratani (2019): “Sociología de la Soledad”. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

DEL YO AL NOSOTR@S, HASTA LLEGAR AL COLECTIVO

En la mayoría de las experiencias inspiradoras y los procesos de emancipación un punto de partida estratégico es el empoderamiento individual, concretamente, tomar conciencia y responsabilizarse de la situación de una misma. Aunque parezca evidente, deviene de uno de los mayores problemas que encontramos cuando trabajamos con personas mayores: el no sentirse identificadas con la etiqueta de *mayores*.

Es común que la persona mayor de 65 años, incluso en edades de 85-90 años, elabore un discurso de “yo todavía me siento joven”. Esto resulta esclarecedor y evidencia el intento de desligarse de ese lugar de discriminación edadista que comprende a las personas mayores como pasivas, receptoras, dependientes, infantiles y enfermas. El conflicto deviene de la reflexión de que si no te identificas con tu colectivo, no lo politizas, es imposible tener voz propia y, por lo tanto, no se llega a responsabilizar de una misma, tal y como demostraron los movimientos LGTBI en la década de los 70-80 cuando se apropiaron del término maricón, marica, bollera..., convirtiéndolo en un rasgo de orgullo frente al rechazo social. Es por ello que la construcción del yo, del SUJETO MAYOR, resulta central como primera parte del itinerario.

La construcción del nosotr@s, por su parte, tiene que ver con buscar un proceso de transformación mediante la red, mediante los iguales. Esto resulta especialmente esclarecedor sobre todo puesto que las personas mayores y su cuidado se encuentra en la mayoría de los casos estructurado por relaciones verticales (ejemplo: hijas a madres/padres/abuelas/abuelos) o relaciones intergeneracionales.

Sin negar su aporte positivo, existe un punto polémico que se ejemplifica con los *senior cohousings* o *cohousings* de mayores que se han creado a partir de *cohousings* intergeneracionales, y también en el caso de los *cohousings* de mujeres que se han creado a partir de *cohousings* tanto senior como intergeneracionales. ¿Qué viene a demostrar este tipo de realidades? Que existen ciertas necesidades difíciles de conjugar por redes intergeneracionales o verticales que pueden acabar en una disputa oculta, disputa, por ejemplo, por el espacio colectivo en el caso de las necesidades de las personas mayores frente a las necesidades de las criaturas de la comunidad, siendo las más jóvenes de carácter expansivo y ruidoso en la mayoría de los casos.

Finalmente, el último salto del itinerario de empoderamiento identificado en los procesos inspiradores es el que se articula a través del colectivo. Empoderarse como colectivo supone tomar espacio y voz propia, reconocerse como agente de cambio y parte del debate social, económico o cultural. Este elemento resulta decisivo teniendo en cuenta que en la mayoría de marcos en los que se desarrollan estos debates las personas mayores no aparecen presentes, relegando así el debate a personas técnicas, empresarias y responsables de la Administración Pública.

DOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Nuestro libro como punto de partida: *Arquitecturas del cuidado: viviendas colaborativas y envejecimiento activista* (Mogollón y Fernández, 2019)²². A lo largo de la presentación situaremos brevemente dos conceptos que nos parecen centrales, las arquitecturas del cuidado y el envejecimiento activista. Para ello, tomamos como punto de partida las preguntas detonantes que nos llevaron a investigar y posteriormente a redactar el libro:

- ¿Qué será de nosotras cuando seamos mayores?
- ¿Quién cuidará de nosotras?
- ¿Me van a cuidar mis hijas o hijos? ¿Y si no tengo? ¿Y si no quiero?
- ¿Tendré que ir a una residencia geriátrica? ¿Y si me da miedo?
- ¿Existen alternativas?

Entre 2015 y 2020 hemos estado **investigando y acompañando** a grupos de personas mayores interesadas en desarrollar procesos colectivos, lo que Tomás Sánchez Criado ha denominado *envejecimiento activista* (rompiendo el paradigma del “envejecimiento activo”, donde se pone a los mayores a hacer “cosas” –bailar, leer, jugar, etc.– normalmente gobernadas por profesionales para romper su naturaleza “pasiva” de manera estereotipada, como un bien en sí mismo y al margen de cualquier contexto singular y político particular)

De este modo, el envejecimiento activista podríamos definirlo como la politización colectiva del hacerse mayor, estableciendo una nueva agenda de prioridades y necesidades que emana del propio colectivo mayor. Esta agenda puede hacer referencia a las propias necesidades o a las del contexto, como emanan de las prácticas de colectivos como la Fundación 26 de diciembre, los iaioflautas, las asambleas de mujeres de Bizkaia y Araba/Álava o Erromoko Nagusi Etxea.

En cuanto al concepto de las arquitecturas del cuidado, se ha de subrayar que la arquitectura y el urbanismo tienen un papel importante en el fenómeno de la soledad no buscada con una doble vertiente: la vertiente urbana, que puede limitar la movilidad física de las personas mayores (y no tan mayores) por un entorno urbano que presenta barreras arquitectónicas y dificultades en su movilidad, o que, con la desaparición de las pequeñas infraestructuras de escala de barrio (como el comercio, los equipamientos o los espacios públicos) obliga a recorrer mayores distancias para satisfacer las necesidades; y la vertiente residencial, tendencia en la evolución de las estructuras de la vivienda que ha ido en la línea de viviendas cada vez más pequeñas, para menos personas, pero con los mismos equipamientos, idénticas y clonadas.

La idea de las arquitecturas del cuidado pretende ir más allá de los *cohousing* o viviendas colaborativas: las vidas heterogéneas necesitan soluciones heterogéneas o diversas.

²² Irati Mogollón y Ana Fernández (2019): *Arquitecturas del cuidado. Hacia un envejecimiento activista*. Icaria: Barcelona.

Pero, ¿qué es una vivienda colaborativa? Es un espacio, normalmente un edificio, que combina apartamentos privados, íntimos, con espacios comunes y servicios colectivos, y que está habitado por un ecosistema colectivo de personas con sus acuerdos particulares, su cultura grupal y su forma de gobernanza propia. Normalmente, una vivienda colaborativa emana de las propias personas residentes que, con o sin apoyos públicos, idean, edifican, organizan y gestionan la casa común.

Las viviendas colaborativas interesan especialmente a las personas mayores como muestran diversas encuestas realizadas a población mayor por Mayores UDP. En 2015 un 40% de las personas mayores encuestadas se plantearía mudarse a residir a uno de estos lugares y en 2018 cerca de un 45%²³. Los nuevos mayores tienen energía, tienen recursos y buscan iniciar proyectos inspiradores para la última fase de su vida, y algunos de ellos se interesan por esta vía.

Sin embargo, nos parece importante romper con el paradigma de la solución única en la búsqueda de alternativas. Abrir el abanico de posibilidades de espacios de convivencia y comunidad más allá de la covivienda es un camino que puede apoyarse en las estructuras ya existentes, como puede haber txokos de cuidados, patios, vecindades, portales o corralas que cumplan una función de cuidado para una comunidad, sin necesidad de tener que apostar solamente por opciones puramente convivenciales, donde las personas mayores puedan disfrutar de estos espacios de convivencia sin tener que abandonar su vivienda.

Finalmente, las arquitecturas del cuidado apelan a una comprensión profunda de los cuidados, proponiendo una mirada de cuidados que no solo recoja los cuidados puntuales e intensivos con la herramienta de trabajo que hemos definido como *la escala de cuidados* (Mogollón y Fernández, 2019). A su vez, se aboga por una definición de los cuidados concreta entendiéndose como “*el cúmulo de actividades que se realizan para sostener y regenerar las vidas, ya sean humanas, animales e incluso el conjunto del planeta*” (Mogollón y Fernández, 2019: 15). Esta herramienta y definición son de uso interdisciplinar, y han sido utilizadas tanto en el análisis científico de situaciones concretas como para la facilitación con colectivos de viviendas colaborativas, de la Administración Pública para el desarrollo local, tejido social y urbano, etc.

APORTES

Finalmente, queremos enumerar ciertos aportes de conclusiones de nuestro trabajo que consideramos importantes para poder debatir sobre ellas en este foro:

1. Necesidad de politizar el hacerse mayor, tanto a nivel individual (hacerse responsable de tu propio envejecimiento y del de tu comunidad) como a nivel colectivo. Entender

²³ Fuente: <https://www.mayoresudp.org/>

que la vejez y la soledad son fenómenos humanos colectivos y el profundo cambio que está la demografía deja un amplio espacio para reinventar el ser mayor.

2. Las viviendas colaborativas de personas mayores son formatos muy válidos para la prevención de la soledad no buscada y para fases leves/medias de dependencia. Estos formatos mejoran significativamente la calidad de vida de las personas y se han mostrado muy positivos para prevenir deterioros cognitivos y físicos asociados a la pérdida de vida social, al mismo tiempo que ahorran económicamente en programas de prevención.
3. La colaboración múltiple. Para fases elevadas de dependencia los colectivos se muestran reticentes a hacerse cargo sin apoyo y muy frágiles ante la uniformidad en edad de sus participantes. Sin embargo, son espacios de colaboración público/privado muy interesantes, ya que la comunidad es una buena mediadora entre las necesidades de la persona y las del personal de atención, y permite también optimizar recursos compartiéndolos.
4. Situar los límites de cada propuesta. Los proyectos de convivencia son muy complejos, necesitan movilizar una gran cantidad de recursos y tiempo para llevarse a cabo, por lo que no son accesibles para todas las personas. Una edad muy elevada, carecer de recursos económicos o de capital cultural para gestionar los conflictos pueden suponer una limitante para muchas personas. Por ello, nos parece importante visibilizar otras opciones que no pasen por la cohabitación, como los centros de día o los txokos de cuidados.
5. Necesidades específicas vs. necesidades globales. Cuando hablamos de viviendas colaborativas para mayores, se suelen contraponer con las intergeneracionales, considerando que son mejores por ser más diversas. La realidad nos muestra que los modelos senior surgen como *spin off* de los intergeneracionales, al ver que las necesidades de los mayores competían con las de las familias con hijos y tenían la batalla perdida, lo que nos lleva a señalar la necesidad de andar muy atentos a esta tendencia de englobar todo para ser capaz de tener una mirada doble, mirada que recoja las particularidades y las de todo el colectivo en su conjunto.
6. No crear el cajón de sastre de las discriminaciones. Unida a la anterior, señalamos el riesgo de la tendencia a juntar discriminaciones pensando que así se van a solventar de manera más simbiótica. Esto sucede en especial en el caso de las personas jóvenes con necesidades de emancipación y las necesidades de las personas mayores y la soledad no deseada. En muchos casos se suele sugerir aunar ambas, generando un paquete complicado que rememora las casas de acogida con servicio de atención a mujeres maltratadas y personas sin hogar migradas. A fin de cuentas, un caldo de cultivo de discriminaciones que no permite mirar a las necesidades específicas de cada colectivo para su empoderamiento y transformación cuidadosa.

III. PONENTZIA PONENTIA III

**LA SOLEDAD Y EL CUIDADO EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS.
EL IMPACTO DE LA COVID-19**

José Antonio Seoane

Zuzenbide Filosofian katedraduna. Coruñaiko Unibertsitatea
Catedrático de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña



1. Introducción

Que una persona goce de buena salud y otra carezca de ella no es justo ni injusto *per se*; en cambio, sí puede calificarse de justo o injusto el modo de tratar esta situación en el sistema de relaciones sociales. Lo afirmado permite concluir, en primer lugar, que el fundamento último del cuidado de la salud no es la compasión, la caridad o la solidaridad, sino la justicia; y, en segundo lugar, que aun siendo compatible la igualdad ontológica con la diferencia existencial, corresponde a la teoría de la justicia determinar qué diferencias existenciales entre las personas son injustas.

En la actualidad, la salud es una necesidad universal para una vida humana satisfactoria y un bien tan apreciado individual y socialmente que su cuidado se considera un deber de justicia, y se reconoce como un derecho básico e indispensable para el disfrute y del resto de derechos. En consecuencia, la perspectiva de los derechos resulta adecuada para evaluar la corrección de las respuestas ofrecidas para gestionar la soledad y el cuidado en el ámbito residencial ante el impacto de la COVID-19.

Para facilitar este análisis propongo sintetizar el modelo de los derechos en cuatro valores o bienes básicos: dignidad, libertad, igualdad y justicia, estrechamente relacionados con las características de los derechos y con los fundamentos filosóficos y políticos del modelo.

El objetivo principal de esta ponencia es analizar la cuestión desde la perspectiva de los derechos y determinar si han existido limitaciones, restricciones o lesiones de los cuatro valores o bienes y, en caso afirmativo, si estaban justificadas. Una vez descrito este panorama, intentaré sugerir alguna solución o corrección para evitar situaciones perjudiciales semejantes y para mejorar las respuestas en el ámbito residencial.

2. El modelo de los derechos: características

Los derechos identifican, enuncian y garantizan las condiciones básicas de una vida digna –vida, salud, libertad, intimidad, integridad...– en forma de pretensiones justificadas y exigibles, a través de su triple dimensión. Son una categoría moral que expresa las capacidades y los bienes más valiosos para el conjunto de la sociedad. Son una categoría

jurídica incluida en las disposiciones jurídicas estatales de mayor rango, las constituciones, y en las más relevantes disposiciones internacionales, siendo normas jurídicas aplicables y vinculantes para los poderes públicos y los ciudadanos. Finalmente, son una categoría política en su condición de normas objetivas o institucionales: articulan la estructura del orden jurídico y de la comunidad política, orientan y delimitan la actuación de los poderes públicos, y representan el principal criterio de legitimidad en el ejercicio del poder.

La validez normativa del modelo de los derechos se ratifica a la luz de sus rasgos. (1) La universalidad, pues los derechos se reconocen en razón de la condición de persona, sin otra exigencia, y reflejan y garantizan valores de forma universal; constituyen *universalis iuris materialis*, un elemento que ha de estar presente, en cualquier tiempo y lugar, en todo sistema jurídico. Además de la universalidad objetiva o de contenido, los derechos son universales desde un punto de vista subjetivo, tanto en relación con sus titulares (todas las personas), como en relación con sus destinatarios (eficacia *erga omnes*: individuos, grupos y poderes públicos) (Alexy 2016: 59-65). (2) La validez moral, (3) el carácter fundamental, (4) la exigibilidad y (5) la prioridad confirman su idoneidad, reforzadas con dos rasgos adicionales: (6) el carácter prestacional, según el cual un derecho no funciona si solamente se reconoce, pues necesita medios y acciones positivas para su ejercicio; y (7) su doble dimensión: los derechos son facultades subjetivas o individuales que garantizan el ejercicio de nuestra libertad y, además, poseen una dimensión objetiva o institucional sin la cual la dimensión subjetiva decaería, ya que los derechos son el elemento estructural del orden jurídico y fundamento de la comunidad política: en sentido negativo, como límites a la intervención de los poderes públicos, que no pueden lesionar los derechos ni desalentar su ejercicio; y en sentido positivo, como criterio orientador de su actuación, promocionando su ejercicio.

3. Las razones de los derechos: fundamento

La validez del modelo de los derechos depende del fundamento filosófico y político propuesto para su interpretación, aplicación y desarrollo, que aquí se concreta en cuatro pilares, en estrecha correspondencia con los cuatro bienes o valores afectados antes mencionados.

3.1. Las teorías del reconocimiento

El modelo de los derechos se apoya, en primer lugar, en las teorías del reconocimiento (Honneth, 1997; Honneth, 2006; Fraser, 2006; Fraser, 2008; Ricoeur, 2005), que se despliegan en dos dimensiones: 1) el reconocimiento subjetivo o individual, que requiere la identificación o conocimiento de uno mismo y de sus capacidades y atributos, y el posterior reconocimiento y aceptación mediante la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima; 2) el reconocimiento intersubjetivo, que ratifica la anterior: ser reconocido por los demás es necesario para completar la propia identidad y para reconocerse uno mismo.

Existen tres niveles o formas de reconocimiento recíproco: amor, reconocimiento jurídico y estima social, cuya negación o menosprecio plantean distintos problemas de justicia (Honneth, 1997: 114 y ss.; Ricoeur, 2005: 15-31, 253 y ss.).

Este modelo no contempla todas estas formas, pues se orienta a la dimensión del reconocimiento recíproco o intersubjetivo, y dentro de esta, a su segunda forma: el reconocimiento jurídico. El reconocimiento individual y las otras formas de reconocimiento intersubjetivo influyen en el desarrollo y la aplicación del reconocimiento jurídico, pero no alcanzan su grado de exigibilidad.

Por su conexión con la mejora del estatus y la influencia del contexto social, destaca el modelo de reconocimiento basado en el estatus, para el que el reconocimiento es una cuestión de justicia social. Esta perspectiva sitúa en un plano de equidad o igualdad a todos los individuos y permite actuaciones independientes de la opinión o valoración del sujeto: las condiciones que nieguen la equidad en la participación social, aun aceptadas, son injustas y han de ser eliminadas (Fraser, 2006: 36-39, 51). Esta perspectiva social o institucional, más allá del individuo, vincula el reconocimiento con la exigencia normativa de paridad participativa, que actúa como criterio normativo de evaluación de las injusticias (Fraser, 2008: 39, 117).

La consecuencia más relevante es que el reconocimiento debe ser previo a la distribución y tal precedencia mejora la justificación de la distribución, pues posibilita la inclusión de todos en la determinación deliberativa de las condiciones de la justicia en salud. Se refuerza así la participación y la representación, propia de la dimensión política de la justicia y entendida como cuestión de pertenencia social y oportunidad de intervenir como igual en los procesos públicos de argumentación y deliberación (Fraser, 2008, 22, 108-118; Cortina, 2010, 95-116; Alexy, 2016, 61 y ss.).

3.2. El enfoque de las capacidades

El enfoque de las capacidades (*capabilities approach*) (Sen, 2000; Sen, 2009; Nussbaum, 2007; Nussbaum, 2011; Nussbaum, 2012) afirma que la finalidad de cualquier intervención política, ética y jurídica no debe ser conocer el grado de satisfacción o bienestar, ni tampoco definirse por los bienes o recursos disponibles. Tampoco se han de primar directamente los funcionamientos en lugar de las capacidades: aquellos señalan lo que la persona hace o es, y estas lo que la persona puede o es capaz de hacer y ser. La noción apropiada es la noción de capacidad (*capability*), cuyo objetivo es proporcionar a las personas los medios necesarios para elegir, actuar y tener una opción realista para poder elegir lo más valioso.

Las capacidades han de entenderse como capacidades combinadas, es decir, como capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas, y deben configurarse como posibilidades u oportunidades que dejan margen de libertad para que

cada individuo defina y persiga su propia idea de bien en un contexto básico de igualdad de oportunidades –o capacidades– y no de resultados –o funcionamientos–.

Las capacidades humanas básicas se han expresado mediante estas diez categorías concebidas como derechos humanos básicos definitorios de la justicia social básica: 1) vida; 2) salud física; 3) integridad física; 4) sentidos, imaginación, pensamiento; 5) emociones; 6) razón práctica; 7) afiliación; 8) otras especies; 9) juego; y 10) control sobre el propio entorno: a) político y b) material (Nussbaum, 2012: 53-55).

Para garantizar un modelo de cuidados compatible con una vida humana digna en el ámbito residencial es necesario atender a distintas capacidades, articuladas en torno a la salud. Desde esta perspectiva, la salud se definiría como la capacidad de una persona de alcanzar o ejercer un conjunto de actividades humanas básicas o un conjunto de capacidades y funcionamientos básicos o vitales (Venkatapuram, 2011; Ruger, 2010).

3.3. El enfoque de los funcionamientos seguros

Un complemento del enfoque de las capacidades proviene del enfoque de los funcionamientos seguros (Wolff & De-Shalit, 2007; Wolff, 2011: 146-149), según el cual no basta garantizar un determinado nivel de funcionamiento en el momento presente, sino que exige el mantenimiento a lo largo del tiempo de la seguridad de la capacidad (*capability security*). Se trata, además, de disponer de alternativas razonables y seguras de actuación, evitando la exposición a riesgos extremos o el sacrificio de otras capacidades o funcionamientos. En esto consiste una oportunidad genuina para un funcionamiento seguro (*genuine opportunity for secure functioning*).

Disponer de un número reducido de auténticas oportunidades para los funcionamientos seguro da lugar a una situación de desventaja social que puede estar generada por deficiencias en tres factores: los recursos internos, los recursos externos y el marco o estructura social. Los recursos internos equivaldrían a las capacidades internas, en tanto que los recursos externos y el marco social equivaldrían a las condiciones externas. En lugar de políticas orientadas a las mejoras personales o en los recursos, la estrategia de intervención apunta a la estructura o marco social a través de la mejora del estatus o posición social de las personas.

Otra contribución de este enfoque es la adición de nuevas categorías a la lista de capacidades humanas básicas: 11) hacer bien a los otros o ser capaces de cuidar a los demás y de expresar gratitud; 12) respetar y cumplir el Derecho, es decir, poder vivir dentro de los límites del Derecho sin sentirse obligado a incumplir la Ley, estafar, engañar o defraudar; y 13) comprender el Derecho, tanto las obligaciones y los derechos y facultades como las oportunidades que ofrece, lo que exige un sistema jurídico accesible e inteligible. De este modo, el lenguaje de la Justicia se acompaña con el lenguaje y la ética del cuidado, en

particular en la categoría 11, mientras las categorías 12 y 13 destacan la importancia del conocimiento y el respeto del entramado normativo para la acción humana.

3.4. Una teoría política del cuidado

La reflexión sobre el carácter y el alcance normativo de una teoría del cuidado se asienta en dos presupuestos: en primer lugar, que todos los seres humanos somos dependientes de otros para el desarrollo de nuestras capacidades; en segundo lugar, y en razón de recibir cuidados, que los individuos quedamos tácita y lógicamente obligados a cuidar a los otros (Engster, 2007).

El cuidado no es una mercancía ni un bien de consumo definido con criterios de mercado y únicamente al alcance de las personas que puedan pagarlo. Por otra parte, el cuidado no debería ser entendido solo como una actitud, una motivación o una virtud, porque esta comprensión podría quedar reducida a una cuestión de gratitud, generosidad y remitir su garantía solo al ámbito privado o familiar. En consecuencia y aun manteniendo su relevante dimensión privada, el cuidado debe ser concebido como una responsabilidad política que implica un conjunto de prácticas públicas y como un deber básico de justicia, exigible y merecido por todas las personas (Held, 2006; Engster, 2007; Tronto, 2013).

Desde esta concepción política es posible hablar de “derechos de cuidado”, en concreto de: 1) un derecho a recibir cuidados; 2) un derecho al cuidado, en el sentido de participar en relaciones de cuidado significativas para sus vidas; y 3) un derecho a decidir cómo cuidar y ser cuidado, esto es, a tomar parte en la deliberación pública que define el significado de los derechos al cuidado (Tronto, 2013: 153 y ss.).

4. Los derechos en acción: dos niveles de cuidado

Ni todos los derechos ni todos los niveles de cuidado derivados de ellos son iguales y esta distinción resulta comprensible a la luz de su fundamento, pues existen dos dimensiones y momentos de la justicia que deben ser correctamente ordenados: en primer lugar, la justicia como reconocimiento, y solo después, en segundo lugar, la justicia distributiva. Esta se ocupa de corregir las desigualdades, de asegurar un adecuado reparto de bienes, recursos, prestaciones, en razón de las capacidades, pero antes de responder a la cuestión de cómo se realiza ese reparto, hemos de determinar quién participa como destinatario y cómo decisor, tarea de la justicia como reconocimiento, en orden a asegurar la inclusión o consideración de todos, incluyendo a las personas mayores o ancianas o a las personas con discapacidad.

En consecuencia, hay que distinguir dos niveles de derechos y deberes respecto del cuidado de la salud (Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 2000: punto 43; Eleftheriadis, 2012):

- 1) Las *obligaciones básicas o nucleares*, que remiten a la justicia como reconocimiento y ensanchan el ámbito del cuidado a través del requisito de universalidad subjetiva de los derechos. En cuanto al contenido, conviene destacar que esta dimensión básica no se limita al derecho a la asistencia sanitaria, pues la ausencia de salud no solo lesiona la integridad física a causa de la enfermedad, el sufrimiento o el dolor, sino que incluye también las situaciones de humillación y explotación que atentan contra la propia dignidad, fundamento de los derechos (Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 2000: puntos 3, 11, 33 y 43). En este nivel existen tres tipos de obligaciones de los Estados: respetar, proteger y cumplir, asegurando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los elementos esenciales de la salud.
- 2) Un conjunto de *finés de realización progresiva*, que remite a la justicia distributiva y se traduce en derechos desarrollados legislativamente y dependientes del contexto socioeconómico y de las decisiones sobre la distribución en el marco del proceso político y la deliberación cívica (Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 2000: punto 44; Eleftheriadis, 2012: 282-283). Se trata de alcanzar el máximo nivel posible de salud a través de una distribución justa de las capacidades de salud, algo especialmente difícil en el contexto de la pandemia derivada de la COVID-19.

5. La relación de cuidado en el ámbito residencial

Es innegable que la condición humana es frágil, biológicamente finita y no exenta de enfermedad (Callahan, 2009), y que estas circunstancias se hacen más evidentes en las personas usuarias de los servicios residenciales. Pero no todo es fragilidad o dependencia, pues somos seres orientados a fines, capaces de deliberar y trazar planes de vida libremente. Somos agentes, aunque sin dominio pleno de la vida que definimos a través de nuestras acciones y decisiones; y somos también seres que padecen y sometidos a la contingencia de lo que nos sucede, más allá de nuestra intervención y nuestro control (Nussbaum, 1995).

Esta interdependencia debe orientar la relación de cuidado desde el modelo de los derechos para superar el paternalismo benéfico, proponer una autonomía relacional compatible con nuestra vulnerabilidad y dependencia, y, en razón de su naturaleza fiduciaria, rehabilitar la confianza en el seno de dicha relación (Seoane, 2008).

Sin embargo, algo ha fallado en el ámbito residencial durante la pandemia de la COVID-19 y esa fragilidad se ha convertido en una situación de vulnerabilidad. No se trata ya de que las personas mayores o con discapacidad sean susceptibles de ser dañadas, sino de que distintos factores internos y externos han originado una situación de indefensión que ha amenazado la dignidad, la autonomía, la justicia y otros valores de las personas usuarias de las residencias. Por tanto, si no dañar es una obligación ética básica y uno de los pilares de las profesiones asistenciales, estas situaciones de vulnerabilidad residencial son fuente de deberes morales en un triple sentido. En primer lugar, de un deber inmediato de cui-

dado, es decir, de proteger a la persona vulnerable frente al daño o la amenaza de daño. En segundo lugar, del deber de promover y mejorar las capacidades de esa persona para afrontar y resistir los peligros que acentúan su fragilidad. Por último, de un deber de intervenir en el entorno para eliminar o reducir los factores y las situaciones de vulnerabilidad (Consello de Bioética de Galicia, 2016: 77-78).

6. La soledad y el cuidado en el ámbito residencial desde la perspectiva de los derechos

Tras esta exposición es posible afrontar la pregunta del título y analizar si la situación derivada de la pandemia de COVID-19 ha afectado negativamente a los derechos de las personas en el ámbito residencial. ¿Han sido olvidadas, abandonadas, estigmatizadas o discriminadas las personas mayores basándose exclusivamente en el criterio de la edad o en su discapacidad? ¿Ha podido cada persona adoptar por sí misma decisiones vinculadas al desarrollo de su proyecto de vida individual? ¿Han participado en la toma de decisiones colectivas? ¿Han podido intervenir en la definición de los planes de cuidado? ¿Han sido seguidos estos planes de cuidados ajustados a las necesidades de cada persona? ¿Han recibido cuidados de calidad? ¿Han tenido acceso a un catálogo de prestaciones asistenciales básicas en condiciones semejantes al del resto de la ciudadanía? ¿Han padecido consecuencias negativas en su salud, integridad, identidad, intimidad e incluso vida derivadas de las deficiencias de los cuidados?

Para responder conviene describir brevemente el significado de los cuatro valores o bienes que expresan sintéticamente el modelo de los derechos:

- 1) *Dignidad*, que exige el reconocimiento de cualquier persona, también de la persona anciana o con discapacidad, como valiosa por sí misma, es decir, como un ser orientado a fines no intercambiable o sustituible por otro. La dignidad es incompatible con la instrumentalización, la cosificación, la mercantilización y la estigmatización de las personas.
- 2) *Libertad*, que implica presumir que toda persona es capaz de tomar y realizar decisiones por sí misma de forma autónoma o con los apoyos adecuados. Se trata de permitir la participación en la vida social y la elección de un plan de cuidados, rechazando las actitudes paternalistas.
- 3) *Igualdad*, que impone evitar la discriminación por razón de edad y ofrecer una igualdad básica de oportunidades para desarrollar el propio proyecto de vida también en el ámbito residencial.
- 4) *Justicia*, que reclama dar a cada uno lo suyo como algo debido y no como una concesión solidaria o como un acto de generosidad o compasión.

Una breve reflexión final. A diferencia del aislamiento no justificado, la soledad se vincula con bienes y derechos como el libre desarrollo de la personalidad, la integridad personal, la intimidad, el domicilio o la identidad. Es un ejercicio de nuestra libertad que no implica el rechazo del otro, sino una administración prudente de nuestro espacio íntimo, privado y público que todo modelo de cuidados debe tomar en consideración.

7. Hacia un nuevo modelo de cuidados

Garantizar la atención de las necesidades básicas vinculadas a la salud, que no se limita a la asistencia sanitaria, debería conducir a un modelo de cuidado con objetivos de salud asequibles (*affordable*), accesibles (*accessible*) y sostenibles (*sustainable*) (Callahan, 2009, 144). Esto solo es posible desde una concepción de salud humana más equilibrada, como la definición biopsicosocial de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001), traducida filosóficamente como capacidad humana básica (Nussbaum, 2012; Ruger, 2010; Venkatarapuram, 2011) y jurídicamente como el derecho a una capacidad de salud segura (Seoane, 2016). La salud, resultado de la interacción del individuo y su entorno, es valiosa porque nos permite ejercer un conjunto de actividades humanas básicas y lograr nuestros fines vitales.

Y como la salud depende del contexto vital, las inequidades de salud, esto es, las diferencias injustas y evitables relativas al estado de salud de las personas, se explican también a partir de los determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el amplio conjunto de fuerzas y sistemas que configuran su vida diaria, entre ellos, las políticas y sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos (Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009). A la luz de estos factores sociales, económicos y políticos que originan la desigualdad de salud de todos (Wilkinson & Pickett, 2009), la definición del nuevo modelo de cuidados no debe centrarse tanto en el acceso universal a los servicios sanitarios de calidad cuanto en una redistribución justa de estos determinantes sociales de la salud (Puyol, 2014, 179; Fernández Ruiz-Gálvez, 2019).

Esta propuesta no puede ni pretende asegurar lo mismo a todas las personas ni evitar todas las desigualdades, sino garantizarles lo suficiente (Frankfurt, 1987; Frankfurt, 2005), es decir, alcanzar un mínimo de capacidades y derechos (Nielsen & Axelsen, 2017: 56) correlativos a las obligaciones básicas o nucleares (nivel 1), que coexiste con un conjunto de prestaciones y servicios de realización progresiva y dependientes de las decisiones de cada comunidad política (nivel 2). El objetivo de una distribución justa de las capacidades de salud –después del reconocimiento, para hacer posible la inclusión y participación de todos en la deliberación– es la ampliación del conjunto de fines de realización progresiva y de sus destinatarios (nivel 2) o su conversión en obligaciones básicas o nucleares (nivel 1).

Este modelo de cuidados se debería proyectar también en el ámbito residencial y, en general, en los cuidados de larga duración, como pone de relieve la reciente declaración *Ante la crisis de COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE UN MUNDO MEJOR. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país*: eliminar estereotipos negativos sobre la vejez, la discapacidad y la dependencia; desterrar lenguajes y actitudes paternalistas; rechazar comportamientos discriminatorios y privación de recursos o prestaciones exclusivamente por razón de edad; diseñar los planes de cuidados a partir de las necesidades y la identidad de las personas usuarias; o dotar de personal cualificado a los servicios residenciales son algunos hitos del nuevo modelo.

8. Bibliografía

Alexy, Robert. 2016. *La institucionalización de la justicia*. Seoane, J. A. (ed.), traducción de José Antonio Seoane, Eduardo R. Sodero, Pablo Rodríguez y Alfonso Ballesteros, tercera edición ampliada. Granada: Comares.

Ante la crisis de COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE UN MUNDO MEJOR. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país. Versión completa: 1 de abril de 2020. (Accesible en <http://www.acpgerontologia.com/Declaracioncompletacondhesiones.pdf>).

Callahan, Daniel. 2009. *Taming the beloved beast. How medical technology costs are destroying our health system*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.

Comité de derechos económicos, sociales y culturales. 2000. *Observación general N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: Naciones Unidas.

Consello de Bioética de Galicia. 2016. *Ética, vulnerabilidade e ancianidade*, Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. (Accesible en https://www.sergas.es/Bioetica/Documents/148/libro_DEF_ancianidade_190918.pdf).

Cortina, Adela. 2010. *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

Eleftheriadis, Pavlos. 2012. A right to health care. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40/2, 268-285.

Fernández Ruiz-Gálvez, Encarnación. 2019. La salud como capacidad global y el reto de la equidad. *Derechos y Libertades* 41, 83-115.

Frankfurt, Harry. 1987. Equality as a moral ideal, *Ethics*, 98/1, 21-43.
2005. *On inequality*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.

Fraser, Nancy. 2006. La justicia social en la era de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En Fraser, Nancy; Honneth, Axel. *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político* (2003). Trad. Pablo Manzano. Madrid-A Coruña: Morata-Fundación Paideia Galiza, 17-88.

2008. *Escalas de justicia*. Trad. Antoni Martínez Riu. Barcelona: Herder.

Held, Virginia. 2006. *The ethics of care: personal, political, and global*. New York: Oxford University Press.

Honneth, Axel. 1997. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales* (1992). Trad. Manuel Ballesteros; revisión de Gerard Vilar. Barcelona: Crítica.

2006. Redistribución como reconocimiento: Respuesta a Nancy Fraser. En Fraser, Nancy; Honneth, Axel. *Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político* (2003). Trad. Pablo Manzano. Madrid-A Coruña: Morata-Fundación Paideia Galiza, 89-148.

Nielsen, Lasse & Axelsen, David V. 2017. Capabilitarian sufficiency: capabilities and social justice, *Journal of Human Development and Capabilities* 18/1, 46-59.

Nussbaum, Martha C. 1995. *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega* (1986). Trad. A. Ballesteros. Madrid: Visor.

2007. *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión* (2006). Trad. Ramón Vilà Vernis y Albino Santos Mosquera. Barcelona: Paidós.

2011. Capabilities, entitlements, rights: supplementation and critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, vol. 12, nº 1, 23-37.

2012. *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano* (2011). Trad. Albino Santos Mosquera. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud. 2001. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: OMS. OPS. IMSERSO. (Accesible en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>).

Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre determinantes sociales de la salud. 2009. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (Informe final)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Accesible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf).

Puyol, Ángel. 2014. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria* 26/2, 178-181.

Ricoeur, Paul. 2005. *Caminos del reconocimiento. Tres estudios* (2004). Trad. Agustín Neira. Madrid: Trotta.

- Ruger, Jennifer Prah. 2010. *Health and social justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, Amartya. 2000. *Desarrollo como libertad* (1999). Trad. Esther Rabasco y Luis Toharia. Barcelona: Planeta.
2010. *La idea de la justicia* (2009). Trad. Hernando Valencia Villa. Madrid: Taurus.
- Seoane, José-Antonio. 2008. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y Salud* 16/1-2.
2016. El derecho a una capacidad de salud segura. *Ius & Scientia*, 2/2, 42-53.
- Tronto, Joan C. 2013. *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.
- Venkatapuram, Sridhar. 2011. *Health justice. An argument from the capabilities approach*. London: Polity.
- Wilkinson, Richard; Pickett, Kate. 2009. *Desigualdad, Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner.
- Wolff, Jonathan. 2011. *Ethics and public policy. A philosophical inquiry*, London: Routledge.
- Wolff, Jonathan & De-Shalit, Avner. 2007. *Disadvantage*, Oxford: Oxford University Press.

III. MAHAI INGURUA MESA REDONDA III

**BAKARDADEAREN GAIARI OSORIK HELTZEKO ESTRATEGIAK.
EREMU SOZIOSANITARIOA. JARDUERA EGOKIAK (EUROPAKO,
ESTATUKO ETA ERKIDEGOKO ESPARRUETAN)**

***ESTRATEGIAS PARA ABORDAR DE FORMA INTEGRAL LA SOLEDAD.
EL ESPACIO SOCIOSANITARIO. BUENAS PRÁCTICAS
(ÁMBITOS EUROPEO, ESTATAL Y AUTONÓMICO)***



LA SOLEDAD EN EUROPA: ESTUDIOS E INTERVENCIONES EN DIFERENTES PAÍSES

Sacramento Pinazo-Hernandis

Gizarte Psikologiako irakasle titularra
Valentziako Unibertsitatean. Pilares fundazioa
*Profesora titular de Psicología Social en la
Universitat de València. Fundación Pilares*

1. RELACIONES SOCIALES Y SOLEDAD

Las relaciones sociales son una parte importante de la calidad de vida en la vejez. La soledad, entendida como un indicador de bienestar subjetivo, es la segunda preocupación de las personas mayores españolas después de la salud. La soledad hace referencia a aspectos más subjetivos, emocionales, profundos y globales; sus efectos son más devastadores en la vida de las personas que la mera falta de apoyo social. Aunque es posible relacionar el bienestar o la felicidad con la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias, y que proporcionen apoyo, como han evidenciado varios estudios (Cacioppo et al., 2010), también las relaciones sociales determinan la valoración que hacemos de nuestras vidas. Los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con las personas que nos rodean y esta necesidad, *necesidad de afiliación*, es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes que nos proponemos alcanzar. Ante los acontecimientos vitales estresantes o las circunstancias adversas, las relaciones sociales pueden actuar como amortiguadores. La interacción social, la participación en actividades comunitarias o en grupos nos hace sentir valiosos, necesitados y, de este modo, percibimos que nuestras vidas tienen sentido. Estas interacciones nos proporcionan apoyo social (emocional, material o tangible, informacional) y hacen que nos sintamos queridos y cuidados, y así nos protegen de la depresión y la soledad.

El tamaño y el tipo de redes sociales también tienen un papel en la relación que se establece entre soledad y depresión. El aumento de la interacción social puede ser más beneficioso que otras medidas para paliar la soledad y reducir la prevalencia de la depresión entre las personas mayores españolas (según datos del Proyecto Europeo COURAGE, Doménech-Abella et al., 2017). Diversas investigaciones asocian una menor red social con el riesgo mucho mayor de sentirse solo, tanto en hombres como en mujeres, y estar insatisfecho con la frecuencia de contactos sociales, ya sean con familiares o amigos, es

predictor significativo de sentimientos de soledad, tal y como concluyeron Andrés Losada y colaboradores (2012), de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Van Beljouw et al. (2014) en Holanda destacó la necesidad de prestar atención a los sentimientos de soledad en personas mayores con síntomas depresivos debido a su alta prevalencia y sus consecuencias para la salud mental. Lindgren y col. (2014) detectaron altos niveles de estigma entre las personas que padecían trastornos mentales y soledad.

La soledad es resultado del déficit en las relaciones sociales y el apoyo social, y se caracteriza por el sentimiento angustiante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales que se tienen no son las esperadas. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado tanto por algo objetivo como es la frecuencia de contactos, sino más bien por algo subjetivo como la satisfacción con dichas relaciones.

Podemos sentir soledad en cualquier momento de la vida. En las personas mayores son muchas las situaciones o cambios que pueden contribuir a que se sientan solas: la jubilación, la viudedad, el nido vacío... La muerte de la pareja es uno de los eventos que cambian la vida y contribuyen a la soledad en las personas mayores. Varios proyectos de intervención muestran que el apoyo social emocional es un elemento protector; las amistades estimulantes y el aumento del apoyo de las redes sociales son medidas eficaces para reducir la soledad, tal y como han demostrado los investigadores de la Universidad de Groningen Ellwardt, Aartsen, Deeg y Steverink (2013). La soledad social se puede atribuir en gran medida a los déficits en la red de apoyo, mientras que la soledad emocional se asocia con la ausencia de compañía.

Conocer los factores de riesgo que conducen a la soledad no deseada es siempre un primer paso para saber cuáles son los grupos de personas potencialmente más vulnerables a sentir soledad no deseada. Entre los factores de riesgo, se encuentran: pérdida de relaciones de apego, género, edad.

La soledad tiene un profundo impacto en la calidad de vida de las personas mayores. Las mujeres dicen sentirse más solas quizás por los problemas de salud, funcionalidad y dependencia de las mujeres, la mayor supervivencia y la mayor posibilidad de enviudar, según los autores de la Universidad de Lundt Taube, Kristensson, Midlöv, Holst y Jakobsson (2013), y esto ocurre también en España (Domènech-Abella et al., 2017; Losada et al., 2012). Una investigación longitudinal en personas mayores (*Amsterdam Study of the Elderly*, AMSTEL) ha obtenido interesantes resultados en relación con la soledad y la depresión, y cómo afectan ambas a la mortalidad en función del sexo. Tanto la soledad como la depresión se asociaron con un exceso de mortalidad en hombres y mujeres mayores, pero la depresión severa se asoció con un exceso de mortalidad en los hombres que estaban solos, pero no en las mujeres, lo que indica una combinación letal de ambas variables en este grupo (Holwerda et al., 2014). La soledad está asociada con una peor salud mental en los hombres, incluso se asocia con un mayor riesgo de desarrollar demen-

cia en las personas mayores, riesgo que puede variar según sexo. Los hombres que se sentían solos tenían más probabilidades de sufrir demencia que las mujeres. La soledad se asocia con mayor mortalidad y este efecto es ligeramente más fuerte en los hombres que en las mujeres (Proyecto Europeo COURAGE, Rico-Urbe et al., 2016) y hay evidencias de que los sentimientos de soledad, más que los factores de aislamiento social, son un importante factor de riesgo para aumentar la mortalidad en los hombres mayores (Estudio AMSTEL, Holwerda et al., 2012). Los participantes mayores que no tenían pareja en el *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) mostraron niveles menores de satisfacción con la vida y sintieron más la falta de compañía (Demakakos et al., 2006). Sin embargo, otros estudios europeos apenas encuentran diferencias de sexo en la soledad, como el de Victor et al. (2006), en Reino Unido, cuyos resultados muestran poca o ninguna diferencia entre hombres y mujeres.

Los factores de edad y género se han relacionado a menudo con un mayor declive en la salud, viudedad, duelo y vivir solo, aspectos más comunes en las mujeres mayores que en los hombres y más frecuentes también en personas mayores con discapacidad (Fokkema et al., 2012; Pinguart y Sorensen, 2001).

La soledad es un constructo multidimensional (Hawkey et al., 2008) que afecta a las personas en diferentes momentos del ciclo vital y que es cambiante. De Jong Gierveld y Van Tilburg (2010) distinguieron entre “estado de soledad” (soledad estable y duradera), “situación de soledad” (soledad actual y en ese momento, pero no otros) y “soledad transitoria” (breves y ocasionales sentimientos de soledad en personas que antes tenían relaciones sociales satisfactorias, pero que actualmente se han activado por crisis o transiciones vitales).

La publicación de la Mental Health Foundation (2010) *The Lonely Society* mostró una distribución casi idéntica de la soledad en todos los grupos de edad. Por tanto, no existe consenso sobre la relación entre soledad y edad. Aunque en este trabajo nos centraremos en la soledad en personas mayores, algunos autores han investigado la soledad en otros grupos de edad, como los adolescentes. La soledad es un importante indicador de la calidad de vida de las personas y un importante determinante de la salud. Muchos estudios e intervenciones se han dirigido a aliviar la soledad en personas mayores y hay poca investigación en otros grupos de edad. Los trabajos de Houghton et al. (2013) y de Goosens et al. (2009) analizaron la soledad en adolescentes. La soledad puede ser una condición psicológica debilitante caracterizada por un profundo sentimiento de aislamiento social, vacío, sensación de inutilidad, falta de control y amenaza personal. Al igual que el aislamiento social percibido, la soledad es un sentimiento negativo y estresante que acompaña a la percepción de que las necesidades sociales individuales no son satisfechas por la cantidad o la calidad de las relaciones que uno tiene. La investigación de Houghton et al. (2013) encontró relaciones entre soledad y diversos efectos físicos, psicológicos, sociales y de salud mental adversos, como la depresión, ideas suicidas, autolesiones, problemas de alimentación, obesidad, problemas de sueño; quejas somáticas; bajos niveles de bienestar, mayores niveles de estrés, aumento de la presión arterial y peor función

cardiovascular; problemas de personalidad y psicosis; deterioro cognitivo y demencia. Por todo esto, no hay ninguna duda de que si no se atiende, la soledad puede traer serias consecuencias en la cognición, emoción, conducta y salud. Se ha argumentado que no solo es importante la distinción entre estar solo y sentirse solo, sino que también la actitud hacia estar solo puede afectar a la vulnerabilidad de sentirse solo mientras se está solo (Goosens et al., 2009). Mientras que a algunos adolescentes les encanta quedarse solos, otros tienen aversión al hecho de estar solos (Marcoen et al., 1987). La actitud hacia estar solo se relaciona con una mayor o menor soledad (Vanhalst et al., 2013).

2. ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE SOLEDAD REALIZADOS EN EUROPA

Varios de los estudios que incluyen preguntas sobre soledad realizados en Europa han incluido a España entre otros países. La soledad se ha medido a partir de dos indicadores: a veces se ha preguntado sobre el sentimiento subjetivo de soledad (número de personas que se sienten solas) y otras veces se ha medido la frecuencia de contactos con amigos u otras personas de la red social.

Algunos estudios internacionales han evaluado bienestar y calidad de vida en varios países, y entre las medidas incluidas, una de ellas ha sido la soledad. Por ejemplo, Steptoe, Shankar, Demakakos y Wardle (2013) analizaron los datos de 2004-2005 del *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) y obtuvieron datos de prevalencia de soledad similares a los hallados por Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo (2012) en el *Health and Retirement Study* (HRS), realizado en USA con el mismo instrumento (UCLA-R Loneliness Scale).

La encuesta *Generations and Gender Survey* (que es una parte de *Generations and Gender Programme*) forma parte de una serie de encuestas nacionales y bases de datos que incluye a países europeos y no europeos. Su objetivo es entender el desarrollo social y demográfico de personas de 18 a 80 años institucionalizadas y no institucionalizadas, y los factores que en él influyen. Los hallazgos de esta encuesta indican una prevalencia de soledad del 30% al 55% en personas de Europa Central y Europa del Este, y del 10% al 20% en el Norte y Oeste de Europa (Hansen y Slagsvold, 2016). El estudio se llevó a cabo entre 2004 y 2011 en once países, con una muestra total de 132.319 personas, siendo 33.832 de ellas del grupo de 60 a 80 años. La soledad es hasta cinco veces más prevalente en hombres que en mujeres en los países de Europa Central y del Este (30-35%) con respecto a los países de Europa del Norte y Oeste (10-20%). Noruega obtuvo los datos más bajos de soledad.

El estudio *Umeå85+/Gerontological Regional DAtabase-Study* (GERDA) se realizó a lo largo de varios años, obteniendo datos de diez años en tres rondas: 2000-2002 (304 participantes), 2005-2007 (329 participantes) y 2010-2012 (401 participantes) incluyendo a personas de más de 95 años. En la primera ronda los niveles de soledad encontrados fueron altos (49,3% reportaron soledad frecuente), pero no se vieron grandes cambios a lo largo de los diez años. Los niveles más altos de soledad se relacionaron con vivir solo,

sintomatología depresiva y vivir en instituciones ([Nygqvist et al., 2017](#)).

El proyecto *Collaborative Research on Ageing in Europe* (COURAGE) es un proyecto de investigación de tres años que incluyó a doce partners de cuatro países europeos y la OMS, con la idea de validar un protocolo que permitiese evaluar las redes sociales y el entorno como determinantes de salud y discapacidad en una población que envejece. El proyecto comenzó en 2011-2012 en Finlandia, Polonia y España, con una muestra total de 10.800 adultos. El seguimiento se realizó en 2014-2015 solo en España, con un diseño longitudinal. La soledad fue evaluada con la Escala de Soledad UCLA3. La red social de las personas se midió preguntando el número de miembros en la red, con qué frecuencia mantenían contacto y si tenían alguna relación cercana, estableciendo un *Índice de Aislamiento Social*. Las diferencias en soledad, los componentes de la red social y su relación con la salud fueron evaluados con modelos de regresión lineal jerárquicos, controlando por covariables relevantes. Para el segundo estudio, 2.528 adultos fueron vueltos a entrevistar cara a cara tres años después. Durante el seguimiento se obtuvo información sobre el uso de servicios de salud ambulatorios y el número de hospitalizaciones. En Finlandia, Polonia y España la soledad fue la variable que más correlacionaba con salud (controlando por depresión, edad y otras covariables), más que ningún otro aspecto de la red social. Las relaciones entre soledad y salud eran más fuertes en Finlandia que en Polonia o España. Sus resultados confirman los hallazgos de estudios previos sugiriendo que las personas de los países de Europa del Norte se sienten menos solas que las de los países de Europa Central o Europa del Sur (Fokkema, de Jong Gierveld y Dykstra, 2012; Sundström, Fransson, Malmberg y Davey, 2009).

Los resultados del estudio COURAGE en tres países de la Unión Europea sugieren que la percepción subjetiva de la soledad tiene una asociación más fuerte con el estado de salud que los componentes de la red social, y es similar en los tres países analizados que tienen distintos sistemas de bienestar y características (Sundström et al., 2009; Rico-Urbe et al., 2016). Tobiasz-Adamczyk et al. (2017) analizaron los datos de 5.099 participantes de 50 años o más, una muestra representativa de los tres países participantes en COURAGE, encontrando diferencias asociadas al género en red social (en personas mayores de 80 años), apoyo social (en personas de 50 a 64 años y de 65 a 79 años) y en participación social en personas de 65 a 79 años. La participación social se enlazó con mejor calidad de vida relacionada con la salud en ambos sexos y en todos los grupos de edad. El estudio también mostró que más allá de otros determinantes sociales considerados, una alta participación social es también un factor predictor de mejor calidad de vida.

La *Global Ageing Initiative* coordina un estudio de Indiana University Center on Aging and Aged sobre envejecimiento que incluye a Europa. El *European Study of Adult Well-Being* (ESAW) es la parte europea del estudio cuyo objetivo es identificar los factores que contribuyen a la satisfacción con la vida de las personas mayores y por ello incluye cinco elementos, entre los cuales, además de la parte de salud física y funcional y la seguridad material, se encuentran los recursos personales (familiares y de amistad), los recursos de apoyo social y la actividad. España no forma parte de este estudio. Reino Unido, Italia y

Holanda puntuaron más alto en satisfacción con las relaciones familiares que Luxemburgo, Suecia o Austria. Y en referencia a las relaciones con los amigos, obtienen puntuaciones más altas Reino Unido y Holanda que Italia, Luxemburgo, Austria y Suecia. La satisfacción con las relaciones familiares era más alta que la satisfacción con las relaciones con los amigos en Suecia, Italia y Luxemburgo. En Alemania y Reino Unido la satisfacción con las relaciones con los amigos era más alta que las relaciones con la familia. En Austria no se observaron diferencias (Ferring et al., 2004).

La *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE)* tiene como objetivo desarrollar políticas públicas efectivas dirigidas a la población mayor europea. Conforman una base de datos micro, longitudinal y multidisciplinar que contiene datos sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de más de 85.000 personas mayores de 50 años de 10 países europeos –Dinamarca, Suecia, Austria, Francia, Irlanda, Alemania, Suiza, Bélgica, Holanda, Polonia, República Checa, Estonia, Hungría, Eslovenia, España, Italia, Grecia, Portugal e Israel-. En la primera ronda solo se analizaron los datos de once países europeos que fueron clasificados geográficamente en países de Europa del Norte (Dinamarca y Suecia), Europa Central (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Suiza) y Europa del Sur (Grecia, Italia y España). Más adelante, en posteriores rondas, se añadieron los países de Europa del Este (Polonia, República Checa, Estonia, Eslovenia y Hungría), Portugal, Irlanda e Israel.

Vozikaki, Papadaki, Linardakis y Philalithis (2018) analizaron los datos de la primera ronda del SHARE (2004) en once países europeos y estudiaron la frecuencia de sentimientos de soledad relacionada con condiciones adversas de salud, eventos vitales estresantes e indicadores de aislamiento social, realizando el primer estudio con múltiples variables de salud, psicológicas y sociales relevantes en el contexto del envejecimiento. La proporción de personas mayores que declararon sentirse solas la mayor parte del tiempo fue alta (50,5%). Entre sus resultados destaca que pertenecer al género femenino, tener más edad, menor nivel socioeconómico, vivir sin pareja, no tener hijos y no tener actividades de implicación social estaban asociados significativamente con sentimientos más frecuentes de soledad. La proporción de participantes que dijeron sentir soledad la mayor parte del tiempo, comparada con la de quienes no sentían soledad nunca, fue significativamente alta entre los de Europa del Sur con respecto a los de Europa del Norte. Sentimientos de soledad duradera (casi todo el tiempo y la mayor parte del tiempo) y frecuente (algunas veces) fueron reportados más por las mujeres que por los hombres (59,1%, frente a 38%), y las mujeres tenían más posibilidades de considerarse a sí mismas solas gran parte del tiempo. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otras investigaciones en Europa, donde ser mujer y ser de mayor edad se asociaba a tener más sentimientos de soledad (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017). La prevalencia de sentimientos de soledad la mayor parte del tiempo fue mayor entre los participantes más mayores, los de más de 85 años (12,4%) comparados con los de 65-74 años (7,7%) y los de 75-84 años (11,9%). Fue más frecuente encontrar a personas de 75-84 años que se sentían solas la mayor parte del tiempo comparado con los otros grupos de edad más jóvenes o de mayor edad.

Altos niveles de soledad se encontraron también en las personas mayores que no tenían hijos (Koropecykj-Cox, 1998) y los menos integrados socialmente (Jylhä, 2004). La mayor prevalencia de soledad en sentimientos de soledad persistente se observó en los participantes con el menor nivel educativo (12,4%, frente a 7,3%). Autores como Hawkey et al. (2008), con datos del *Chicago Health, Aging, and Social Relations Study*, mostraron que la soledad entre personas de 50 a 68 años se relacionaba significativamente con el estatus socioeconómico y el nivel educativo, y lo mismo encontró Theeke (2009) en el *Health and Retirement Study*. El porcentaje de personas que se sentían solas la mayor parte del tiempo era significativamente más alto entre aquellas que vivían solas. Una proporción más alta de personas mayores de Europa del Sur (12,6%) declaró sentir soledad la mayor parte del tiempo, comparado con los de Europa Central (7,5%) y Europa del Norte (5%). Los participantes de Europa Central y del Sur tenían porcentajes mayores de sentimientos permanentes de soledad, comparado con los de países de Europa del Norte. Se encontraron diferencias significativas en función del país de pertenencia, con unas tasas más altas en Italia (27,8%) y menores en Suiza (5%). Los participantes que tenían una o más enfermedades crónicas, limitaciones para las actividades de la vida diaria (instrumentales) y problemas de salud reportaron sentimientos de soledad más frecuentes y persistentes.

A partir de los datos de la tercera ola de SHARE (ronda 3, 2008), Fokkema, de Jong Gierveld y Dykstra (2012) analizaron las variaciones en los niveles de soledad, y los determinantes de la misma, entre las personas mayores de 50 años en diferentes países europeos (N=12.248). El análisis de las diferencias en soledad mostró que los países del Sur y del centro de Europa tenían una mayor prevalencia de soledad que los países del Este y los nórdicos. Esta misma diferencia en la prevalencia de la soledad entre los países nórdicos y del Sur y el Este de Europa se halló a partir de los datos de la quinta ola de SHARE (2012). En el último pase de SHARE (ronda 5, 2012) la variable soledad se midió mediante la pregunta *¿Con qué frecuencia se siente solo?*, extraída de la escala de depresión CES-D, y con los 3 ítems de la UCLA-R: *¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?* *¿Con qué frecuencia se siente excluido?* *¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?*. Los datos mostraron una prevalencia baja de soledad a nivel europeo (3,8±1,33) (Börsch-Supan, 2015). Sin embargo, las diferencias entre algunos de los países son significativas, siendo República Checa, Italia y Estonia los países que presentaron las tasas más elevadas de soledad, y Dinamarca, Suiza y Austria los que tuvieron las tasas de soledad más bajas (Shiovitz-Ezra, 2013).

El estudio holandés *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)* (4.880 personas de 55 años o más a los que evaluó entre 1992 y 2016) encontró que las personas viudas y divorciadas en 2013 tenían mejores relaciones sociales y redes sociales más grandes que las viudas de 1993 y se sentían menos solas, encontrando algunas diferencias de género (Van Tilburg y Suanet, 2018). Las personas mayores más jóvenes se sentían menos solas que las personas mayores más mayores (comparando las personas de 75 a 95 años de la cohorte nacida entre 1908-1917 con las de 55 a 78 años de la cohorte nacida entre 1938-1947), concluyendo que no hay evidencias de una epidemia de soledad (Suanet y Van Tilburg, 2019).

En último lugar, la *European Social Survey* es una encuesta científica internacional que se realiza en Europa desde 2001 cada dos años. España ha participado en todas las ediciones de la ESS desde la primera a través del CIS. La *Encuesta Social Europea* es una fuente valiosa de datos para comparar las tasas de soledad en Europa y el mejor de los estudios para hacer análisis transculturales. La ronda 7 de la Encuesta Social Europea (2014), N=11.389 personas de más de 60 años de 20 países ofrece interesantes datos sobre condiciones de vida, nivel de integración social, soledad. Con respecto a las personas que declararon encontrarse en una soledad crónica y frecuente la mayor parte del tiempo, República Checa, Hungría, Polonia y Portugal tenían las tasas más altas, cercanas al 11%, y Finlandia, Dinamarca y Noruega las más bajas (cerca del 3%). Los datos de España mostraron un 8,71% de prevalencia de soledad frecuente. La muestra española estaba compuesta por 1.928 personas, que contestaron “algunas veces” (21,84%), “bastante a menudo” (5,91%) y “casi siempre” (2,80%), por lo que un 30,55% de los participantes españoles declararon sentir soledad más o menos frecuente. El estudio también reveló que la ausencia de soledad estaba asociada con algunas variables como mejor salud autopercebida, tamaño del hogar, sensación de seguridad, estado civil, frecuencia de contactos y número de confidentes o relaciones importantes. Las personas mayores de los países del modelo nórdico, anglosajón y el continental con un régimen social más favorable eran menos dependientes de los recursos individuales para afrontar la soledad en comparación con las personas que viven en países de regímenes en los que la soledad depende más del apoyo de la familia y otros lazos sociales (Nyqvist, Nygard y [Scharf](#), 2018).

Todas estas investigaciones nos dan buenas pistas para realizar intervenciones eficaces, pero que necesariamente deberán ser distintas en función del objetivo que se quiera lograr y las personas a las que vaya dirigido.

A continuación veremos algunas intervenciones en soledad realizadas desde los gobiernos nacionales, regionales o locales con diferentes entidades de la sociedad civil y organizaciones privadas que han mostrado sus beneficios y que enmarcan diversos proyectos. Por ejemplo, destacaremos las estrategias para hacer frente a la soledad de Países Bajos, Reino Unido y Francia.

3. INTERVENCIONES SOBRE SOLEDAD REALIZADAS EN EUROPA

Se han desarrollado muchas intervenciones en soledad en los últimos años utilizando intervenciones individuales o grupales, pero muchas de ellas no han sido evaluadas y unas han cometido los errores que otras habían tenido antes. La evidencia de la eficacia de las intervenciones en soledad hasta la fecha es pobre, quizás por los diseños de investigación realizados, por utilizar medidas de soledad sin fiabilidad o validez, y centradas en resultados a corto plazo. La implicación de las personas en el afrontamiento de la soledad, en la planificación y desarrollo de las intervenciones y la utilización de los recursos comunitarios ha mostrado mejores resultados.

No existen muchas revisiones de investigaciones que cuenten con intervenciones actuales realizadas en Europa. Las revisiones sistemáticas y los metanálisis a menudo se han centrado en las intervenciones realizadas principalmente fuera de la Unión Europea (Masi et al., 2011), o cuando han incluido estudios de Estados miembros de la Unión Europea, estos pueden estar desactualizados. El metanálisis de Masi et al. en 2011 sugirió que aquellas intervenciones que buscan abordar los sentimientos subjetivos de soledad o tristeza (y que los autores describieron con el término “*mala adaptación de la cognición social*”) tuvieron más éxito en reducir la soledad que las que se enfocaron únicamente en mejorar el apoyo social o aumentar las oportunidades para la interacción social. Sin embargo, sí identificaron algunos ejemplos de proyectos que abordaron estas otras tres áreas y mostraron algunos resultados positivos en la reducción de la soledad.

3.1. Países Bajos

En Países Bajos se lanzó en 2014 el *Reinforced Action Plan against Loneliness* desde el Dutch Ministry of Health, Wellbeing and Sport, y los municipios. El Proyecto *Neighbours Connected* contiene un subproyecto *Healthy Ageing*, dirigido a motivar que las personas mayores que viven en sus domicilios y pertenecen a grupos de riesgo (limitaciones físicas, pocos recursos económicos, viudedad reciente, problemas cognitivos leves) organicen y se impliquen en actividades sociales en el barrio, y aumente su red social vecinal cercana. Además, pretende crear conciencia social en torno a la soledad.

En Holanda, el Proyecto *Esc@pe*²⁴ es un proyecto de inclusión digital para personas mayores con problemas de discapacidad física o enfermedad crónica. Dirigido por la asociación SeniorWeb y en colaboración con Cruz Roja y De Zonnebloem, busca aumentar las competencias digitales y de Internet para no nativos digitales, que las personas aumenten su participación social y reduzcan su soledad. El proyecto ofrece una buena forma de pasar el tiempo (por ejemplo, juegos, enviar correos electrónicos, buscar información) que puede distraer a las personas de los sentimientos de soledad.

Otros proyectos interesantes son los de *No Isolation*²⁵, que es una *startup* que trabaja con los gobiernos alemán, holandés, noruego y británico, y ha desarrollado el sistema KOMP, que ayuda simplificar la comunicación entre generaciones con un uso muy sencillo a través de un robot (robot AV1). Permite compartir fotos, mensajes y hacer videollamadas para relacionar, por ejemplo, a abuelos con nietos o bien a niños con enfermedades crónicas que no pueden acudir a la escuela con sus compañeros de clase y profesores.

Proyectos similares son los de British Red Cross y la red Age UK (Reino Unido), que ha ejecutado una variedad de proyectos de inclusión digital incluyendo apoyo uno-a-uno,

²⁴ Para más información, ver Fokkema, T. and Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: a quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging Ment Health*, 11(5): 496-504.

²⁵ Ver <https://www.noisolation.com/global/>.

cursos en aulas grupales, sesiones de sensibilización comunitaria y proyectos intergeneracionales. En los últimos años comenzó a desarrollarse el proyecto *Digital Angels*²⁶ (dirigido por Age UK Leeds) y el proyecto *One Digital*.

3.2. Reino Unido

En Reino Unido, la Jo Cox Loneliness Commission produjo un documento estratégico en 2017 que subrayó maneras de combatir la soledad. Una de las recomendaciones de la comisión fue nombrar un Ministerio de la Soledad en 2018, con programas apoyados por organizaciones como *End Loneliness* y la campaña *End Loneliness* y *Be more us*²⁷.

*Marmalade Trust*²⁸ sugiere ideas para salir de casa y conectar con otros.

La *Silver Line Initiative* de Reino Unido está coordinada por una organización de la sociedad civil. Es un servicio telefónico de amistad disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratuito, dirigido a personas mayores de 55 años. Además de apoyo informacional, apoyo confidencial, consejos y referencias a otras organizaciones cuando corresponda, los profesionales ofrecen a las personas que llaman la oportunidad de tener una charla informal y amistosa, individual o grupal, que se facilita para poner en contacto a personas con intereses similares (no más de seis personas). Los profesionales están específicamente capacitados para ayudar a las personas mayores, no leen guiones ni tienen instrucciones estandarizadas, y se les anima a proporcionar interacciones personalizadas. El servicio ofrece a las personas que llaman la opción de que se les asigne un voluntario, que telefonea cada semana a una hora conveniente para ambos y con el objetivo de establecer una amistad.

Noone et al. (2020) evaluaron la eficacia de las intervenciones en las que un componente central involucró el uso de Internet para facilitar videollamadas o videoconferencias a través del ordenador, *smartphones* o *tablets*, con la intención de reducir la soledad o el aislamiento social. Las investigaciones compararon las intervenciones de videollamadas con la atención habitual en residencias de personas mayores. La evidencia no fue clara y sugiere que las videollamadas pueden dar lugar a poca o ninguna diferencia en las puntuaciones de la UCLA Loneliness Scale en comparación con la atención habitual, medido a los 3 meses y a los 12 meses, y las videollamadas pueden tener un pequeño efecto sobre los síntomas de la depresión, aunque este hallazgo es impreciso, pues la evidencia no fue robusta.

Ninguno de estos estudios se realizó durante la pandemia de COVID-19.

²⁶ Para saber más sobre Digital Angels: <https://timetoshineleeds.org/blog/what-weve-learned-digital-angels>.

²⁷ Para conocer más sobre Campaign to end Loneliness en Reino Unido, ver <https://www.campaigntoendloneliness.org/>.

²⁸ Para más información, ver <https://www.marmaladetrust.org/>.

Proyectos similares son el *Call in Time* (coordinado por Age UK)²⁹; *Ouderenlijn*, en Países Bajos; *Silbernetz*, en Alemania. En España hay que destacar el proyecto realizado en el País Vasco por Nagusilan, *Hilo de plata*³⁰.

3.3. Francia

En Francia comenzó en 2013 un programa nacional dirigido a reducir la soledad de las personas mayores llamado MONALISA (*MO*bilisation *N*ationale *co*ntre *L'*isolement *des* *Agés*)³¹. El ministerio responsable de las personas mayores y la autonomía implementó el programa en todo el país en 2017. Ofrece diferentes tipos de apoyo: apoyo individual, intervenciones grupales, implicación de la comunidad.

También, *Foundation de France*, *Acodege* y *Petis Frères des Pauvres* llevan años trabajando en este tema, fortaleciendo vínculos desde las relaciones intergeneracionales.

4. REFLEXIONES FINALES

Se ha relacionado la soledad con un estado de salud deficiente y limitaciones en las actividades, una conexión social limitada y una peor calidad de vida en general, y se ha demostrado que la soledad afecta a algunos grupos de población más que a otros, como las personas mayores, los migrantes, los viudos y quienes brindan cuidados. Los esfuerzos políticos para abordar la soledad deben dirigir la atención a grupos vulnerables específicos de la comunidad y la soledad, y centrarse en ciertos eventos vitales (por ejemplo, jubilación, pérdida de la familia, desempleo, deterioro de la salud, etc.) para construir una barrera protectora a la soledad.

Abordar la soledad requiere un trabajo conjunto de la teoría con los resultados de investigación de diferentes profesionales. La mayor parte de las intervenciones se centran en un análisis a nivel micro, cuando los factores ecológicos son cruciales para comprender el alcance y magnitud del impacto de la soledad y el aislamiento en la salud. Las revisiones sistemáticas de intervenciones para reducir la soledad han identificado algunas estrategias exitosas: aumentar las habilidades sociales, fortalecer el apoyo social, incrementar las oportunidades de interacción social y modificar la cognición social desadaptativa.

Se necesitan estudios longitudinales que permitan considerar las asociaciones temporales y la causalidad, junto con estudios cualitativos que exploren si el discurso sobre la soledad cambia según las condiciones sanitarias y sociales.

²⁹ Para más información sobre Call in time: <https://www.ageuk.org.uk/wiganborough/our-services/call-in-time/>.

³⁰ Para más información sobre Nagusilan: <http://nagusilan.org/hilo-de-plata/>.

³¹ Para saber más sobre Monalisa initiative in France: <https://www.monalisa-asso.fr/>.

También se necesita investigar y evaluar más y mejor las intervenciones. La soledad está influida por el ambiente social y las intervenciones que modifiquen esto pueden tener impacto positivo.

Siguiendo a Díez Nicolás y Morenos (2015: 7), el interés por investigar la soledad no radica solo en el conocimiento por el conocimiento, sino que se plantea proponer líneas de actuación, políticas para ser aplicadas tanto por los particulares, los ciudadanos, como por organizaciones e instituciones privadas, y por las instituciones y organizaciones públicas. No se trata de una investigación para saber, sino para saber y actuar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beljouw, I. M. J. van; Exel, E. van; Jong Gierveld, J. de; et al. (2014). "Being all alone makes me sad": loneliness in older adults with depressive symptoms. *Int Psychogeriatr*, 26:1-11.
- Börsch-Supan, A.; Kneip, T.; Litwin, H.; Myck, M.; & Weber, G. (2015). *Supporting policies for an inclusive society*. EC: De Gruyter.
- Cacioppo, J. T.; Hawkey, L. C.; & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology & Aging*, 25, 2, 453-63. doi:10.1037/a0017216.
- Demakakos, P.; Nunn, S.; & Nazroo, J. (2006) Loneliness, relative deprivation and life satisfaction (297-318). In: Banks, J.; Breeze, E.; Lessof, C.; & Nazroo, J. (eds). Retirement, health and relationships of the older population in England: the 2004 English Longitudinal Study of Aging. Institute of Fiscal Studies, London.
- Díez Nicolás, J. y Morenos, M. (2015). La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA
- Domènech-Abella, J.; Lara, E.; Rubio-Valera, M.; et al. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry Epidemiol*, 52: 381. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>.
- Ellwardt, L.; Aartsen, M.; Deeg, D.; & Steverink, N. Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Soc Sci Med*. 2013;98:116-124. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.002.

- Ferring, D.; Balducci, C.; Burholt, V.; Wenger, C.; Thissen, F.; Weber, G.; & Hallberg, I. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European Study on Adult Well-being. *European Journal of Ageing*, 1 (1), 15-25. doi:10.1007/s10433-004-0011-4.
- Fokkema, T.; Jong Gierveld, J. de; & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *J Psychol*, 146 (1-2): 201-28 doi:[10.1080/00223980.2011.631612](https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612).
- Goossens, L.; Lasgaard, M.; Luyckx, K.; Vanhalst, J.; Mathias, S.; & Masy, E. (2009). Loneliness and solitude in adolescence: a confirmatory factor analysis of alternative models. *Pers Individ Diff*, 47: 890-894. doi:10.1016/j.paid.2009.07.011.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 European counties: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 1-20. doi:10.1007/s11205-015-1111-6.
- Hawkey, L. C.; Hughes, M. E.; Waite, L. J.; Masi, C. M.; Thisted, R. A.; & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationships quality and loneliness: the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, 6, S375-S384.
- Holwerda, T. J.; Beekman, A. T.; Deeg, D. J.; et al. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med*, 42(4):843-853. doi:10.1017/S0033291711001772.
- Holwerda, T. J.; Deeg, D. J. H.; Beekman, A. T. F.; Tilburg, T. G. van; Stek, M. L.; Jonker, C.; & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(2), 135-142. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755>.
- Houghton, S.; Hattie, J.; Wood, L.; Carroll, A.; Martin, K.; & Tan, C. (2013). Conceptualising Loneliness in Adolescents: Development and Validation of a Self-report Instrument. *The Journal of Early Adolescence*, 44 (6). doi: 10.1007/s10578-013-0429-z.
- Jong Gierveld, J. de & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*, 7:121-130. doi:10.1007/s10433-010-0144-6.
- Jylhä, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23 (2):157-168. doi:10.1353/cja.2004.0023.

- Koropecykj-Cox, T. (1998). Loneliness and depression in middle and old age: are the childless more vulnerable? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 53 (6):S303-312.
- Lindgren, B. M.; Sundbaum, J.; Eriksson, M.; & Graneheim, U. H. (2014). Looking at the world through a frosted window: Experiences of loneliness among persons with mental ill-health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21:114-120.
- Losada, A.; Márquez-González, M.; García-Ortiz, L.; Gómez-Marcos, M. A.; Fernández-Fernández, V.; y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol*, 146(3):277-292. doi:10.1080/00223980.2011.582523.
- Marcoen, A.; Goossens, L.; & Caes, P. (1987). Loneliness in pre-through late adolescence: exploring the contributions of a multidimensional approach. *J Youth Adolesc*, 16: 561-576.
- Masi, C. M.; Chen, H. Y.; Hawkey, L. C.; & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- Mental Health Foundation. (2010). *The Lonely Society*. London: The Mental Health Foundation.
- Noone, C.; McSharry, J.; Smalle, M.; Burns, A.; Dwan, K.; Devane, D.; & Morrissey, E. (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. The Cochrane database of systematic reviews. doi:[10.1002/14651858.CD013632](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013632).
- Nyqvist, F.; Cattan, M.; [Conradsson, M.](#); [Näsman, M.](#); & [Gustafsson, Y.](#) (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scand J Public Health*, 45(4): 411-418. doi:10.1177/1403494817697511.
- Nyqvist, F.; Nygard, M.; & Scharf, T. (2018). Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *Eur J Ageing*. 16(2):133-143. doi:10.1007/s10433-018-0487-y.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4):245-266. doi:10.1207/s15324834basp2304_2.
- Rico-Urbe, L. A.; Caballero, F. F.; Olaya, B.; Tobiasz-Adamczyk, B.; Koskinen, S.; Leonardi, M.; et al. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS ONE*, 11(1): e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>.

- Shiovitz-Ezra, S. (2013). Confidant networks and loneliness. In A. Borsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, W. Guglielmo (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 349-358). Berlin: DeGruyter.
- Stephoe, A.; Shankar, A.; Demakakos, P.; & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci*, 110(15):5797-801. doi:10.1073/pnas.1219686110.
- Suanet, B. & Tilburg, T. G. van. (2019). Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology & Aging*, 34(8), 1134-1143. <https://doi.org/10.1037/pag0000357>.
- Sundström, G.; Fransson, E.; Malmberg, B.; & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Aging*, 6(4):267-75.
- Taube, E.; Kristensson, J.; Midlöv, P.; Holst, M.; & Jakobsson, U. (2013). Loneliness Among Older People: Results from the Swedish National Study on Aging and Care-Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 4: 1-10. doi:10.2174/1874827901306010001.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs*, 23: 387-396.
- Tilburg, T. van; Havens, B.; & Jong Gierveld, J. de. (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. *Canadian Journal of Aging*, 23(2), 169-180. doi:10.1353/cja.2004.0026.
- Tobiasz-Adamczyk, B.; Galas, A.; Zawisza, K.; Chatterji, S.; Haro, J. M.; Ayuso-Mateos, J. L.; Koskinen, S.; & Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age-the COURAGE in Europe project. *Qual Life Res*, 26 (7):1865-1878. doi:10.1007/s11136-017-1530-8.
- Vanhalst, J.; Goossens, L.; Luyckx, K.; Scholte, R.; & Engels, R. (2013). The development of loneliness from mid- to late adolescence: trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *J Adolesc*, 36 (6), 1305-1312. doi:10.1016/j.adolescence.2012.04.002.
- Victor, C.; Scambler, S.; Bowling, A.; & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375. doi:10.1017/S0144686X04003332.
- Vozikaki, M.; Papadaki, A.; Linardakis, M.; & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older European adults: Results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1007/s10389-018-0916-6>.

BIZKAIA SARETU: ESCUELA PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD

Karmele Acedo

Gizarte-zerbitzu integratuetako (SSI) gerentea
Gerente de SSI-Servicios sociales integrados

1. Introducción

La soledad no deseada es un problema social de carácter estructural, ya que no parece que estemos hablando de casos aislados ni de situaciones coyunturales. La envergadura creciente del problema y su conexión con cambios sociales profundos en la vida familiar y comunitaria de las personas en los territorios parecen impulsar hacia arriba el tema de la soledad en las agendas de investigación e intervención de diferentes agentes, y nos ayudan a comprender que, lejos de ser una cuestión puntual que afecta a unas pocas personas, se trata de un problema sistémico que requiere una comprensión y abordaje a la altura de su complejidad estructural.

Entendemos la soledad como ausencia, escasez o limitación, objetiva y subjetivamente considerada, de un bien que, según la evidencia aportada por las ciencias sociales, no solo tiene un importante valor en sí mismo para la calidad de vida y el bienestar de las personas, sino que afecta indirectamente a otros valiosos bienes como la salud, la seguridad o la subsistencia material (a la vez que se ve afectado por ellos).

Cuando hablamos de soledad no deseada tenemos que referirnos inevitablemente al colectivo de personas mayores, ya que es uno de los especialmente afectados. El sentimiento de soledad en la sociedad, y más especialmente en el colectivo de personas mayores, va en aumento. Según han puntualizado algunos autores como Abellán, Ayala y Puyol (2018), este sentimiento se acrecienta con la edad. Se trata también de un problema prevalente en todos los países, a pesar de que existan diferencias entre los países occidentales y orientales, siendo más elevada en estos últimos y llegándose a considerar que

las sociedades organizadas de manera comunitaria presentan mayores tasas de soledad que aquellas más individualistas.

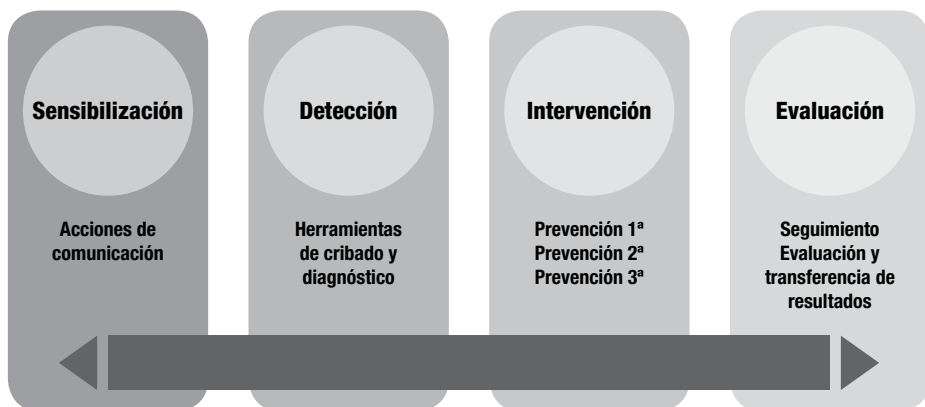
Siendo conscientes de esta situación y del hecho de que la mayor parte de las intervenciones que se llevan a cabo son de carácter paliativo, nos parece fundamental poner en marcha proyectos que reflexionen y aporten soluciones concretas a situaciones de soledad y/o aislamiento social lo antes posible, actuando desde un enfoque preventivo y planteando estrategias que respondan a cada situación en función de su gravedad.

2. Origen de Bizkaia Saretu y encuadre en los proyectos del Grupo SSI

2.1. Estrategia del Grupo SSI frente a la soledad no deseada

Desde Grupo SSI llevamos trabajando desde el año 2013 en la detección de situaciones de riesgo de soledad y/o aislamiento social a través del programa Mirada Activa. Se trata de una iniciativa reconocida como buena práctica en diferentes foros dedicados al envejecimiento y atención a las personas mayores, y premiada en el año 2018 con el 1^{er} “Premio de Buenas Prácticas en amigabilidad” en la II Jornada “Buenas Prácticas europeas en amigabilidad” de Euskadi Lagunkoia, y en la tercera edición de los Premios Números 1 de CADENA 100 Euskadi 2019, en reconocimiento a su trayectoria como acción solidaria. Tras el camino recorrido por el Grupo SSI, decidimos dar un paso más en nuestra estrategia de erradicación de la soledad no deseada y, tras un largo proceso de reflexión profunda, hemos ido dando forma a la Escuela para la Prevención de la Soledad: Bizkaia Saretu, que finalmente, gracias al apoyo de BBK, pusimos en marcha en diciembre del 2019.

El proyecto se enmarca en una estrategia global del Grupo SSI dirigida a la prevención de la soledad no deseada y/o el aislamiento social, y se asienta en cuatro pilares fundamentales:



2.2. Proyectos que abordan la soledad no deseada impulsados por el Grupo SSI

Mirada Activa

“Mirada Activa” se trata de un proyecto que moviliza a la población creando una red de agentes activos comunitarios ante la soledad para detectar posibles situaciones de fragilidad social y soledad. El proyecto ha ido sufriendo modificaciones a lo largo de todo este tiempo, adaptándose a las necesidades que vamos detectando. La metodología que seguimos se basa en la “antena social” como figura de referencia para la visibilización y canalización de la información de las personas mayores identificadas. El proyecto ha conseguido durante estos años la participación social de las personas mayores del tejido asociativo y ha permitido visibilizar a las personas mayores en situación de soledad que de otra forma hubieran permanecido ocultas. En la actualidad, estamos dando un paso más ampliando la red de antenas a otros agentes de forma progresiva y según su grado de vinculación relacional.

Programa Nagusi Kafegunean

Consiste en la creación de una red activa de relaciones dentro de los barrios a través de citas en las asociaciones de las personas mayores para tomar un café. Utilizando como excusa la toma compartida de un café con la presencia de una persona profesional dinamizadora y/o personas voluntarias de distintas entidades, cada persona mayor participante, en función de sus posibilidades, gustos y preferencias, participa en diferentes intervenciones que sirven de base para compartir un espacio amigable con objeto de establecer vínculos estables entre las ellas.

Tanto Mirada Activa como Nagusi Kafegunean y la iniciativa que presentamos –Bizkaia Saretu– forman parte de una estrategia de trabajo conjunto e innovador donde las propias personas mayores, desde su participación activa en el diseño, planificación y evaluación de la iniciativa, elemento innovador en sí mismo que ayuda a fortalecer al propio colectivo, disponen de la oportunidad de analizar su propia realidad cambiante y la de sus semejantes. Esta visión aporta un valor añadido diferenciador, ya que las propias personas mayores son agentes protagonistas de cambio mediante la generación de conocimiento sobre sus propias necesidades. Este empoderamiento de las personas mayores supone un cambio en el nivel de participación que este colectivo tiene en la vida social, tanto individual como colectivo. La participación y la integración de las personas mayores en la vida social y comunitaria de su municipio ayuda a prevenir en sí misma frente a una situación de aislamiento social y/o soledad, lo que favorece y estimula la promoción de estilos de vida saludable e independiente activando elementos innovadores de prevención frente al aislamiento y la soledad.

3. Bizkaia Saretu: Escuela para la prevención de la soledad

La prevención primaria se aborda desde Bizkaia Saretu: Escuela para la prevención de la soledad. Este proyecto se pone en marcha en enero del año 2020 y nace con objeto de generar un alto impacto en la prevención de la soledad de las personas mayores de 55 años en Bizkaia. El proyecto surge con una triple perspectiva:

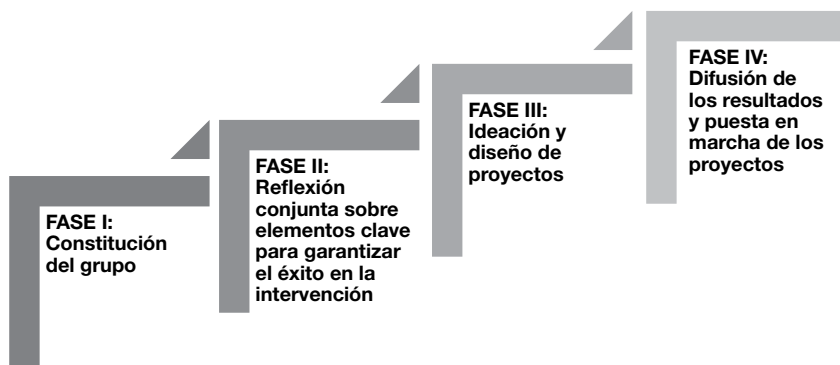
1. *Generar conocimiento acerca de la soledad y su prevención.* Desde marcos como el envejecimiento activo o las ciudades amigables y redes locales y globales de investigación, desarrollo e innovación quiere generar la mejor base posible de evidencia científica, observación de la realidad y capacidad de evaluación tanto para su intervención como para otras en materia de prevención de la soledad.
2. *Dinamizar agentes e iniciativas que puedan contribuir a la prevención de la soledad de las personas mayores.* Mediante acciones de información, formación, sensibilización y otros apoyos se trata de influir en el impulso y desarrollo tanto de iniciativas propias como de las generadas por otros agentes (proyectos de alojamiento intergeneracional, hogares de personas jubiladas, aulas de la experiencia, plataformas y aplicaciones informáticas relacionales, programas de dinamización de vecindarios, programas de acogida a personas inmigrantes y de convivencia intercultural, clubs de ocio, programaciones culturales, comunidades compasivas, huertos urbanos u otros).
3. *Constituir una red de agentes formada por personas a partir de los 55 años que no estén en situación de soledad y se quieran comprometer de diferentes maneras para hacer frente a la soledad de otras personas y a la propia soledad* que hipotéticamente les pudiera acontecer en el futuro, bajo la marca #BizkaiaSaretu, la escuela para la prevención de la soledad.

Los objetivos y acciones de Bizkaia Saretu que planteamos en el proyecto son:

OBJETIVOS	ACCIONES
Crear una red de agentes antisoledad que sean capaces de identificar situaciones de soledad y diseñar propuestas de acción de carácter preventivo en aquellos entornos en los que se mueven.	<ul style="list-style-type: none">• Constitución del primer grupo de personas mayores de 55 años interesadas en participar en la red de agentes antisoledad que, tras un proceso de formación-reflexión para la acción, formarán parte de la red de agentes antisoledad.• Diseño de 5 proyectos dirigidos a prevenir la soledad a implementar en un futuro en diferentes territorios.

<p>Sensibilizar a la sociedad, a personas de diferentes edades y con intereses diversos, o a personas pertenecientes a entidades, asociaciones o empresas para formar parte, más adelante, de la red de agentes de Bizkaia Saretu, o simplemente para adquirir conocimientos en esta materia.</p>	<p>Charlas divulgativas en diferentes territorios dirigidas a la población general, donde se aporten claves para identificar situaciones de soledad en situaciones precoces y se den orientaciones y pautas para prevenir situaciones de soledad propia y en su contexto próximo.</p>
<p>Difundir el conocimiento generado en Bizkaia Saretu.</p>	<p>Difusión de los resultados del proceso a través de diferentes plataformas y encuentros para que puedan ser replicables en otros contextos.</p>

El proceso de creación de la Escuela para la Prevención de la Soledad: Bizkaia Saretu se está desarrollando en diferentes fases:



La actividad central de la escuela es la formación y dinamización de agentes antisoledad que reflexionan sobre cómo prevenir la soledad e idean proyectos e iniciativas novedosas. Gracias a este proceso, mejoran su capacidad para la detección precoz y la acción preventiva en relación con la soledad en aquellos entornos en los que se mueven, en los que comenzaran a moverse o en los que crearan como agentes antisoledad.

A la hora de diseñar Bizkaia Saretu, establecimos una serie de **elementos** que nos parecían clave para garantizar el éxito del proyecto:

- Las personas mayores son las protagonistas del proyecto. Ellas son las que, a raíz del análisis del problema, idean y plantean soluciones reales.
- El proceso, en sí mismo, es tan importante como el resultado. A través de las sesiones formativas se empodera a las personas y se les hace partícipes en la respuesta al fenómeno de la soledad no deseada.

- La escuela debe generar conocimiento acerca de la soledad y su prevención, pero a su vez tiene que tener efectos prácticos, concretarse en proyectos reales.
- El compromiso de todas las personas es fundamental, pudiendo materializarse de diferentes maneras en función de las expectativas e intereses particulares.
- El proyecto tiene una dimensión solidaria.
- Confianza y transparencia. Partiendo de que se trata de un proyecto innovador, invitamos a que las personas se embarcaran sin saber muy bien cómo iba a ser el viaje, pero teniendo claro cuál era el destino.
- Difusión de los avances que se van obteniendo a lo largo del proceso, ya que esto tiene un impacto significativo de cara a aumentar la sensibilización social respecto a este tema.

Tras mantener diferentes contactos, finalmente se constió un grupo de trabajo de 11 personas, todas ellas jubiladas, con formaciones y recorridos profesionales muy diversos, y con una elevada sensibilidad e implicación social. Seis hombres y cinco mujeres con recorridos vitales y profesionales muy distintos, que han trabajado en sectores como la educación, sanidad, tecnología y servicios sociales. La variedad es precisamente una de las mayores riquezas de Bizkaia Saretu, junto con otro elemento clave que es el compromiso personal con el proyecto.

PROCESO DE TRABAJO CON EL GRUPO



I. DELIMITACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL DEL PROYECTO

I.1. En primer lugar, era importante partir de una definición de soledad común, de manera que todas las personas tuviéramos claro a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de términos como soledad, aislamiento social, vivir solo o sola. El punto de partida común era abordar la soledad no deseada como un problema social, no como una elección individual o una situación puntual.

Asimismo, veíamos importante diferenciar este concepto de otros como “vivir solo o sola” y “aislamiento social”. De igual manera, es importante tener en cuenta que el concepto vivir solo/a es distinto al de estar solo/a. No obstante, considerábamos importante tener en cuenta que, aunque no influya directamente sobre la presencia o ausencia de sentimientos de soledad, dichos conceptos están relacionados, existiendo bastantes evidencias sobre la asociación entre presencia de soledad y el hecho de vivir solo o sola³².

I.2. Una vez definido el concepto de soledad en sentido amplio, era necesario categorizar los diferentes tipos de soledad. Aquí, al realizar una revisión bibliográfica, nos encontramos con criterios diferentes según el autor o autora. Desde Bizkaia Saretu identificamos, principalmente, tres tipologías que en ocasiones se superponen: soledad emocional, soledad social y soledad existencial.

Una vez definidos los conceptos básicos, nos dimos cuenta de que a la hora de valorar el fenómeno de la soledad de las personas mayores, la desvalorización, estigmatización y desempoderamiento de los que es objeto este colectivo supone, a nuestro juicio, que, de manera mayoritaria, más que ponerse el foco sobre el problema de la soledad no deseada en sí y tal como es experimentada por las personas, se ponga, más bien, en las consecuencias de esa soledad en otras áreas de la vida de la persona, como su subsistencia material, su seguridad física o su salud. Desde Bizkaia Saretu vemos clave reforzar el ámbito relacional en sus diferentes dimensiones.

I.3. El siguiente paso ha sido identificar las variables asociadas a la soledad en la vejez. La mayor parte de los autores afirman que el sentimiento de soledad crece ligeramente con la edad. Si bien es cierto que la vejez es la etapa del ciclo vital en la que más inciden la soledad y el aislamiento, es importante subrayar que ambos fenómenos también están presentes en edades intermedias del ciclo vital. Las razones por las que la soledad tiene un nivel de incidencia mayor, según algunos estudios que analizamos, son derivadas de eventos vitales directamente relacionados con el ciclo de vida³³:

³² Tal como recogen algunos autores, el hecho de vivir solo o sola se asocia a otras soledades, a nivel objetivo en cuanto a la red social y subjetivo en cuanto a sentimientos, aunque no se puede establecer una correspondencia directa. De hecho, un estudio sobre la soledad realizado por Díez-Nicolás y Morenos señalaba que las personas que viven solas sienten soledad con mayor frecuencia que las personas acompañadas, aunque hay que tener en cuenta otro factor que es si la situación de soledad es elegida o no.

³³ La soledad no tiene edad. Explorando vivencias multigeneracionales. Observatorio de Soledad, 2019.

- Impacto emocional por la pérdida de amistades y familiares de su generación.
- Emancipación de los y las hijas y/o fallecimiento de la pareja.
- Cambio de roles sociales relacionados fundamentalmente con el sentimiento de pertenencia (jubilación).
- Institucionalización.

Sin embargo, desde el trabajo de reflexión realizado por el grupo de Bizkaia Saretu detectamos un factor muy relevante a considerar, que es, principalmente, **cuando la persona se encuentra en estas circunstancias, cuando toma conciencia de su propia soledad, siendo bastante probable que llevara tiempo en una situación de riesgo de soledad**. Sin embargo, esta se hace patente a partir de una determinada circunstancia concreta, cuando ya no es capaz de gestionar la situación y aflora el sentimiento negativo de la soledad. **Probablemente la persona se encontraba ya sola, la situación no cambia, pero sí se produce una ruptura personal.**

II. ENFOQUE DE LAS INTERVENCIONES

II.1. Elementos clave para la intervención

El siguiente paso que realizamos fue definir los elementos clave que debíamos tener en cuenta antes de pasar a la fase de ideación de proyectos. Desde Bizkaia Saretu apostamos por un modelo de intervención basado en:

- Atención centrada en la persona

Consideramos que el tipo de intervención debe estar orientado al empoderamiento de las personas destinatarias y, por tanto, al reconocimiento del derecho de la persona a elegir si participa o no en su propio proceso de intervención. Asimismo, es necesario establecer estrategias de acercamiento que permitan realizar intervenciones que no generen rechazo, ya que hay personas que no saben o no tienen capacidad de elegir y que rechazan sistemáticamente la ayuda que se les ofrece.

- Atención integrada

Consideramos que para abordar la complejidad social es preciso apostar por una atención integrada, cuyas claves son:

- Continuidad de la intervención en los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos de transición entre ambos ámbitos.

- Proactividad en la identificación de situaciones y casos mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado.
- Flexibilidad en la protocolización de los itinerarios para adaptarse a las características y preferencias individuales de las personas.
- Adecuada coordinación del caso.
- Servicios integrados con profesionales y prestaciones propios de diferentes sectores.

- Abordaje ecológico

Entendemos que es importante intervenir con las personas, pero también sobre sus entornos familiares, comunitarios y sociales en general. El territorio (la proximidad) es una referencia clave y es preciso ayudar a las personas en el momento adecuado, comenzando con recursos basados en la comunidad. Incorporar la clave ecológica supone diseñar propuestas que incidan en los entornos, en un sentido amplio, planteando nuevas formas de organización territorial, identificando nuevas actividades de ocio, etc. Hay que ampliar el foco y valorar tanto el impacto que tiene el entorno geográfico y social en las personas y sus vinculaciones sociales como el efecto (deseado o no deseado) de la intervención en los contextos.

Asimismo, hay que tener en cuenta que intervenciones que *a priori* pueden parecer alejadas del núcleo central del problema de la soledad, tales como la modificación del diseño urbano, que pueden tener como resultado la ampliación de espacios públicos de encuentro y, por tanto, la creación de nuevos vínculos sociales que mitiguen la soledad no deseada. Este elemento, muy importante en núcleos urbanos, aún lo es más en zonas rurales, ya que si desaparecen estos espacios, se pierde el eje de las relaciones y se debilitan las dinámicas de relación social.

- Enfoque preventivo

Entendemos la prevención como un enfoque, dimensión o valor añadido siempre presente en la intervención. Se caracteriza por su precocidad y proactividad, y pretende hacer innecesaria o menor otra intervención, posiblemente más intensa y costosa. En este sentido, no se considera la prevención como lo contrario de la intervención (entendiendo que si la prevención tiene éxito, no será necesaria la intervención) o como un tipo de intervención (diferente de otras como la paliativa, la asistencial o la promocional). Se propone concebirla como un enfoque, dimensión o valor añadido siempre presente, deseablemente en la intervención. La acción preventiva se caracteriza por su precocidad y proactividad y pretende hacer innecesaria o menor otra intervención, posiblemente más intensa y costosa.

La prevención, por tanto, permea toda la intervención, a la vez que esta se ha de personalizar e integrar tanto como sea posible con un enfoque ecológico. Ello no impide que haya actuaciones o programas más netamente preventivos, es decir, programas o actuaciones en los que la dimensión o impacto preventivo sea más central o relevante. Se trata de realizar planteamientos preventivos y correctivos, ya que, aunque son diferentes, se retroalimentan, porque de los problemas concretos se plantean soluciones genéricas dirigidas a la prevención.

II.2. Definir las estrategias de intervención

Una vez consensuado el modelo de intervención y los diferentes tipos de apoyo necesarios, pasamos a la fase de ideación y diseño de proyectos, donde se definieron las estrategias de intervención para abordar la soledad como problema social, ya que, según el enfoque, análisis y encuadre que se haga del fenómeno de la soledad no deseada, la estrategia a seguir para abordarlo será distinta. Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta es que existen diferentes perspectivas a la hora de analizar la soledad no deseada, desde visiones muy alarmistas –“estamos ante una epidemia de soledad” –, hasta enfoques que, por el contrario, “miran, rescatan y ponen en valor la vivencia individual y subjetiva del sentimiento individual de soledad como un hecho problemático”. Otras miradas, sin embargo, dejan aparte el sentimiento individual de soledad y se centran en su realidad relacional, poniendo en el centro el grado de aislamiento social que tiene la persona.

Desde otras orientaciones, lo que interesa no es tanto el sentimiento de soledad o el aislamiento social, sino las consecuencias colaterales que tiene la soledad (problemas de seguridad física, de salud, de subsistencia económica...). Otros enfoques centran su prioridad en la prevención, para que un determinado problema no vuelva a aparecer profundizando en las causas y origen del mismo, y desarrollando estrategias de carácter estructural, preventivo o comunitario. También encontramos propuestas que apuntan hacia orientaciones más individuales y paliativas, y otras actuaciones donde predomina el carácter técnico y especializado (psicoterapia, trabajo social, arquitectura, político social general...) frente a propuestas más integradas que incorporan miradas intersectoriales.

A la hora de definir los tipos de apoyo que necesitan las personas que experimentan soledad, hay que considerar cuáles son las causas de la soledad, ya que a menudo son complejas, fruto de una combinación de problemas personales, comunitarios y de la sociedad en general. Se necesitan, por tanto, diferentes tipos de apoyo según sus circunstancias individuales: preventivo, receptivo o restaurativo.

III. IDEACIÓN Y DISEÑO DE PROYECTOS

Actualmente, nos encontramos iniciando la fase III de ideación de proyectos. El punto de partida ha sido adoptar una mirada preventiva con la finalidad de desarrollar programas y acciones que intenten situar las acciones de resolución antes de que la soledad esté ya instalada. El objetivo es plantear respuestas de alcance intermedio que permitan generar conocimiento tanto a pequeña como a gran escala, creando formatos innovadores de relaciones entre personas, donde el objetivo no es únicamente realizar apoyo o asistencia individual, ni, por el contrario, lograr la transformación de macroestructuras. Se trata, fundamentalmente, de ensayar formulas, sistemas, métodos y dinámicas de relación y colaboración entre personas que involucren a un barrio, comunidad y, sobre todo, que impliquen a las personas para que no se sientan solas y puedan establecer conexiones, empoderarse y mantener un ámbito relacional bien conservado. De hecho, muchos de los proyectos que surgirán de la escuela no harán referencia explícita a la soledad, sino que tendrán carácter comunitario.

Somos conscientes de que, si trabajamos desde lo preventivo, uno de los riesgos es que únicamente se aborden aspectos muy generales sin plantear acciones concretas, teniendo en cuenta que como el periodo de longevidad se alarga, hay tiempo más que suficiente para trabajar con las personas. Sin embargo, desde Bizkaia Saretu partimos de planteamientos más abiertos, porque el objetivo ya no es solo vencer la soledad no deseada, sino dar un sentido a la vida más activo, profundo y de desarrollo personal. En la medida en que las personas tenemos una probabilidad de vida más larga y la vida laboral va descargándose de horas de dedicación, hay que establecer líneas formativas que nos vayan preparando para esta nueva situación, tanto en capacitación de habilidades sociales como en términos de hobbies y actividades socioculturales.

A la hora de definir y diseñar proyectos, consideramos que es preciso plantear respuestas variadas para prevenir la soledad partiendo de un condicionamiento previo, que es la complejidad del fenómeno en sí mismo. Es importante considerar que, a pesar de que la soledad puede desembocar en múltiples problemáticas (seguridad física, empeoramiento de la salud...), nuestra mirada debe hacer especial hincapié en la importancia de las relaciones primarias o secundarias que se han primarizado, lo que no implica dejar fuera otras situaciones como la vulnerabilidad económica, salud, vivienda..., pero en ningún caso será el objetivo principal sobre el que se deberá actuar.

Tras realizar un *benchmarking* de proyectos e iniciativas que actualmente se están llevando a cabo en otros territorios, la impresión que tenemos acerca de dichas intervenciones es su heterogeneidad e inmadurez. Parece que nos encontramos en los prolegómenos del abordaje de este problema social.

Partiendo de todos estos aspectos, desde Bizkaia Saretu apostamos por proyectos de las siguientes **características**:

Directo	Expresa y prioritariamente orientado a la construcción de relaciones.
Comunitario	De fortalecimiento y reinención de lazos primarios o naturales (que incluyan los familiares, pero vayan mucho más allá) en el territorio y la comunidad.
Microsocial	Desarrollado en el entorno próximo de las personas.
Preventivo	Con el objetivo de proteger, reforzar y promover relaciones cercanas frente a una abundancia de intervenciones paliativas que se inician cuando la persona ya se siente sola, explorar qué se puede hacer cuando la soledad no se ha instalado o está en fases precoces.
Atento a la diversidad	Con foco en las personas mayores e intergeneracional, y también preocupado por la equidad y las relaciones en la diversidad de género, funcional y cultural.
Integrado	Con protagonismo del sistema público de servicios sociales y participación de otras áreas como salud, vivienda u otras.
Solidario	Con especial participación del mundo del voluntariado y el tercer sector; con componente profesional, en todo caso.
Basado en la evidencia y el conocimiento	Con rigurosas evaluaciones de la pertinencia, la eficacia, la eficiencia y el impacto.
Escalable	A iniciar en un determinado espacio, con voluntad de ser replicado, adaptándolo a cada entorno.
Empoderador	Promotor de la autonomía moral y la autodeterminación vital de las personas.
Datos abiertos	Abierto a la transferencia y la replicabilidad.
Presencial y tecnológico	De alta integración entre la capa presencial y la capa digital.
Tecnológico	Aspira a la estandarización, profesionalización y digitalización de procesos clave capaces de movilizar procesos solidarios y comunitarios de carácter presencial en el territorio.
Colaborativo	Articulando a la sociedad civil organizada, las autoridades públicas, las empresas socialmente responsables y otros agentes.

Se trata, en definitiva, de configurar dinámicas antisoledad más amplias, en las que se alimenten mutuamente todas las intervenciones, desde las más profesionales, focalizadas, individualizadas y directas hasta las más comunitarias, preventivas indirectas y poblacionales.

CONCLUSIONES

En primer lugar, es preciso señalar que la **SENSIBILIZACIÓN** es fundamental si queremos hablar de la soledad de “otra manera”, cuando analizamos la soledad no deseada, ya que es frecuente encontrarse con visiones muy alarmistas. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, es también importante poner en valor la vivencia individual y subjetiva del sentimiento individual de soledad generando una visión diferente de la soledad si queremos contribuir a desestigmatizarla. Se trata, en definitiva, de erradicar el edadismo, mirar de otra forma al colectivo y visibilizar el enorme capital social que suponen las personas mayores.

Existe una tendencia generalizada a considerar la soledad como un enemigo a batir, en lugar de considerarla como una forma de estar con una y uno mismo. Hablar del término soledad desde un enfoque más positivo y ampliar la visión del término es uno de los pasos para avanzar en la prevención. Es primordial que las intervenciones realizadas generen una percepción diferente de la soledad. Actualmente, existe una percepción generalizada de que estar solo o sola es perjudicial y esto condiciona en gran medida el tipo de intervenciones a realizar. Quizás debiéramos cuestionarnos si la soledad no deseada se rompe porque deja de ser soledad o porque deja de ser no deseada.

En segundo lugar, la **DETECCIÓN** de personas en situación de soledad es otra de las prioridades, especialmente si queremos intervenir en los primeros estadios de la soledad. Disponer de herramientas de cribado y/o diagnóstico de situaciones de soledad que permitan valorar el tipo de intervención (primaria, secundaria o terciaria) que la persona requiere y elaborar un plan de intervención ajustado a sus necesidades es clave. Contar con herramientas permite, además, monitorizar y realizar un seguimiento de la evolución de la persona.

En tercer lugar, es preciso tener en cuenta que cuando hablamos de prevención, existen diferentes niveles y la intervención deberá ajustarse al nivel que requiere la persona. Es preciso impulsar proyectos de prevención primaria, como Bizkaia Saretu, que trabajen la soledad incluso antes de que esta haya aparecido, actuando sobre los factores de riesgo, pero es igualmente importante abordar la prevención secundaria y terciaria, realizando una eficaz detección de personas en situación de soledad en estados precoces e implementando acciones para abordarla lo antes posible y actuar sobre ella.

En cuarto lugar, la importancia de la **EVALUACIÓN**. Hemos comprobado que muchos de los proyectos no están directamente relacionados con el tema de la soledad, por lo que no han sido evaluados desde esa clave y, por tanto, no tenemos base de evidencia científica compartida sobre el problema. Añadido a esto, no es habitual recopilar datos a pesar de que el conocimiento colectivo tiene mucho valor para mejorar y avanzar en las intervenciones. Es preciso insistir en la importancia de medir el impacto de los proyectos a medio o largo plazo para que los resultados de las intervenciones puedan ponerse a disposición de la sociedad. La mayor parte de las iniciativas no se evalúan o no se evalúan

suficientemente. Unido a esto, no contamos con parámetros de evaluación que incorporen tanto elementos objetivos como subjetivos a la hora de evaluar la soledad, por lo que hay que definirlos si queremos que los proyectos generen conocimiento y orienten las intervenciones que se están realizando desde otros marcos y organizaciones. En esta línea, disponer de herramientas de cribado y diagnóstico y aplicarlas reiteradamente en distintos momentos de la intervención permite evaluar la efectividad de las medidas.

En quinto lugar, la importancia de la **COLABORACIÓN Y GENERACIÓN DE SINERGIAS**. A la hora de abordar intervenciones, hay que considerar que nos encontramos con entidades y personas que llevan tiempo trabajando en dar respuesta al problema de la soledad no deseada. Existe sensibilidad y un alto potencial social que hay que tener en cuenta y aprovecharlo, porque probablemente en la ampliación, transformación o extensión de lo que hay encontremos una vía de solución al fenómeno de la soledad no deseada. Es clave engranar bien todas las intervenciones en un mismo territorio para que sean más eficaces.

Desde el Grupo SSI somos conscientes de la importancia de reforzar el valor de la responsabilidad social. Hay que crear un modelo de sociedad a la cual importen “todas las demás personas”. Entender que, además de derechos, tenemos deberes, porque el sentimiento de soledad y la vivencia de que “nadie está a mi lado y me siento fracasada” no surge de un día para otro, sino que se va fraguando con el tiempo y aunque no sepamos cómo se traspasa ese límite, sí sabemos cómo se sale: reforzando el factor humano, vinculando a las personas desde el cariño y permaneciendo al lado de ellas, en conclusión, asumiendo nuestra responsabilidad social.

4. Bibliografía

- Aguilar, María José (2014): “*Servicios sociales*” en BAYLOS, Antonio y otras (coordinación): *Diccionario internacional de derecho del trabajo y de la seguridad social*”. Valencia, Tirant lo Blanch, páginas 1.961-1.968.
- Aliena, Rafael (1993): “*Once hipótesis sobre el estado de bienestar y la política social*”, en Cuadernos de Trabajo Social, número 6, páginas 9-23.
- Bagnall, Anne-Marie y otras (2017): “*Scoping review. Social relations. London, What Works Wellbeing*”.
- Díez Nicolás, Juan y Morenos, María (2015): *La soledad en España*. Madrid, Fundación ONCE.
- Finney, Tarsha (2019): “*The future is social. Rethinking ageing in place*”, en *Agile Ageing (edición): Neighbourhoods of the future*”. London, páginas 184-187.

Fundación Matia Instituto Gerontológico: “Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa (2020).

Gobierno Vasco (2016): “*Estrategia vasca de envejecimiento activo*” Vitoria-Gasteiz.

Kantar Public (2016): “*Trapping in a bubble. An investigation into tigers of loneliness in the UK*”. London, British Red Cross.

Mansfield, Louise y otras (2019): “*A conceptual review of loneliness across the adult life course. Synthesis of qualitative studies*”. London, What Works Wellbeing.

Martínez Rodríguez, Teresa (2011): “*Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa*”. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzia.

Martínez, Regina y Celdrán, Montserrat (2018): “*La soledad no tiene edad. Explorando vivencias intergeneracionales*”. Barcelona, Amics de la Gent Gran.

Misuraca, Gianluca y otras (2017): “*Innovating EU social protection systems through ICTs. Findings from analysis of case studies in fourteen member states*”. Sevilla, European Commission.

Muir, Rick y Quilter-Pinner, Harry (2015): “*Powerful people. Reinforcing the power of citizens and communities in health and care*”. London, IPPR.

Nussbaum, Martha Craven (2013): “*The fragility of goodness*”. Cambridge, Cambridge University Press.

OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris.

Office for National Statistics (2018): “*National measurement of loneliness*”. London.

Ortún-Rubio, Vicente y López-Casasnovas, Guillem (2002): “*Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*”. Bilbao, Fundación BBVA.

Pinazo, Sacramento y Bellegarde, Mónica (2018): “*La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*”. Madrid, Fundación Pílares.

Powell, David y otras (2017): “*Social care as a local economic solution for the West Midlands*”. London, New Economics Foundation.

- Puga, Dolores (2019): *“El envejecimiento, un triunfo de la sociedad cuestionado por la falta de vínculos”*. Madrid, Fundación FOESSA.
- Resolution Foundation (2018): *“A new generational contract. The final report of the intergenerational commission”*. London.
- Rodríguez-Porrero, Cristina y Gil, Santiago (2014): *“Ciudades amigables con la edad, accesibles e inteligentes”*. Madrid, CEAPAT-IMSERSO.
- Rueda, José Daniel (2018): *“La soledad de las personas mayores en España, una realidad invisible”* en Actas de Coordinación Sociosanitaria, número 23, páginas 45-64.
- Segura, Javier (2018): *“Comunitaria”*. Madrid, Salud Pública y Otras Dudas.
- SIIS (2017): *“Activación comunitaria y solidaridad vecinal. Tendencias y buenas prácticas”*. Donostia/San Sebastián.
(2018): *“Experiencias y modelos de alojamiento intergeneracional. Revisión de literatura y selección de buenas prácticas”*. Pamplona, Gobierno de Navarra.
- United Kingdom (2018): *“A connected society. A strategy for tackling loneliness”*. London.
- Victor, Christina y otras (2018): *“An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life course”*. London, What Works Well-being.
- Yanguas, Javier y otras (2018): *“El reto de la soledad en la vejez”* en Zerbitzuan, número 66, páginas 61-75.

IV. MAHAI INGURUA MESA REDONDA IV

**BAKARRIK DAUDENEI LAGUNTZEA.
JARDUERA EGOKIAK
ACOMPANAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS.
BUENAS PRÁCTICAS**



LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS DE 55 Y MÁS EN GIPUZKOA Y EL MOVIMIENTO DE AMIGABILIDAD

Elena Del Barrio

Matia Fundazioa

Fundación Matia

Bakardadeak: esplorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa

Las sociedades más desarrolladas del mundo afrontan una nueva estructuración de los modelos de convivencia que generan, a lo largo de todo el itinerario vital de las personas, un número creciente y muy importante de ciudadanos/as que viven en solitario. Esta situación, cuando se produce en edades muy avanzadas, conlleva cierta alarma social que está llevando a los responsables políticos de diferentes países de Europa y del resto del mundo desarrollado a diseñar planes y estrategias de intervención que den respuesta a estas situaciones (Marsillas, Del Barrio, Prieto y Sancho, 2020).

La soledad puede experimentarse en cualquier momento de la vida. No obstante, en las edades más avanzadas se produce con mayor frecuencia la confluencia de una serie de circunstancias que limitan o dificultan la gestión de la soledad: la pérdida de contactos sociales y de la pareja, la presencia de enfermedades que limitan la independencia o los bajos recursos económicos, etc. Esto, unido al estigma asociado a la soledad y a la importancia de las expectativas individuales moduladas por la cultura, apunta hacia la necesidad de un mayor conocimiento del Estado de esta cuestión, junto a una mayor comprensión de los significados de la soledad, las estrategias de afrontamiento y las barreras personales en torno a ello (Marsillas et al., 2020).

Con esta finalidad se puso en marcha en Gipuzkoa en 2018 el estudio “Bakardadeak” (Soledades), que consistió en la generación de conocimiento para identificar la multidimensionalidad del concepto entre las personas que envejecen en Gipuzkoa, teniendo en cuenta la idiosincrasia propia y el contexto social y cultural.

Este proyecto fue estructurado en 5 grandes bloques de trabajo:

1. Una revisión bibliográfica de documentación científica sobre el tema en la que se analiza el concepto de soledad y los tipos de intervenciones puestas en marcha para abordarla.
2. Un estudio cualitativo que explora las representaciones sociales, percepciones y motivos asociados a la soledad en todas sus facetas.
3. Un estudio cuantitativo que muestra los perfiles de soledad existentes en el territorio y ofrece la prevalencia de la soledad entre las personas de 55 y más años en Gipuzkoa, además de indagar en sus características diferenciadoras.
4. Una evaluación del impacto de las intervenciones que actualmente realizan las iniciativas de acción voluntaria que acompañan a personas solas o generan redes de apoyo para paliar la soledad, tanto en centros para personas mayores como en la comunidad.
5. Unas bases para la elaboración y diseño de una estrategia política de abordaje de la soledad.

Algunos de los resultados más destacados de este estudio evidencian que vivir en solitario no es lo mismo que sentir soledad. La vida en solitario ha ido incrementándose como resultado de cambios en el plano demográfico, familiar y social, siendo una tendencia predominante en todos los grupos de edades. En el caso concreto de las personas mayores, el aumento de las personas que viven solas es consecuencia de las mejoras en las condiciones de vida y salud, que inciden en un incremento de la esperanza de vida y de la independencia económica. Estos aspectos, junto al valor asociado a la autonomía y la independencia personal, repercuten en una mayor independencia residencial y un aumento de la vida en solitario durante más tiempo. No obstante, cabe resaltar que este concepto de soledad como tipo de hogar no conlleva necesariamente experimentar tales sentimientos o tener una red social escasa, aunque es cierto que existe cierta asociación entre tales facetas.

En el estudio cuantitativo realizado se obtuvo que el 27,3% de las personas de 55 y más años en Gipuzkoa vive en solitario. Del total de estas, el 72,4% son mujeres y casi el 40% son personas que han superado los 80 años. Unas 20.000 personas de 80 y más años viven solas en Gipuzkoa, la gran mayoría mujeres. Casi la mitad de estas personas declaran una elevada satisfacción con esta forma de vida. Sin embargo, vivir en solitario es uno

de los factores predictores de la soledad. El 60% de las personas que se sienten solas vive en solitario.

El sentimiento de soledad suele definirse como “una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna manera importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente” (Perlman y Peplau, 1981, p. 31). Dicho de otra manera, es el sentimiento o experiencia que surge en la medida en que la red de relaciones sociales de una persona sea menor o menos satisfactoria de lo que se desea. Experimentar la soledad es algo relativamente común entre las personas, que sucede en algún momento de la vida, aunque en circunstancias concretas, muchas veces unido a otras casuísticas, puede alcanzar la condición de problema.

En el estudio cuantitativo realizado mediante encuesta a una muestra de 2.050 personas de 55 y más años residentes en Gipuzkoa, se obtuvo que la prevalencia de la soledad en el territorio alcanza al 5,5% de las personas de 55 y más años. Esta cifra representa a casi 15.000 personas que declaran sentirse solas con frecuencia.

La prevalencia del sentimiento de soledad es algo inferior en hombres que en mujeres (3,7% de ellos frente al 7% de ellas). Según estos resultados, parece existir una evidente asociación entre la incidencia de la soledad percibida y el género. Sin embargo, en la relación con otras variables la influencia del género se diluye y predominan otras cuestiones que parecen tener mayor peso, como son el estado civil (en concreto, la viudedad), la salud percibida o vivir en solitario.

La edad también es una variable que parece relacionarse con este fenómeno. Los datos obtenidos muestran que en el grupo de 55 a 64 años la cifra de prevalencia es del 4%, mientras que entre las personas octogenarias se duplica y asciende al 8,5%. Pero al igual que con el género, el peso de la edad se diluye frente a otros factores predictores. Por ejemplo, las personas viudas tienen la misma probabilidad de sentirse solas a cualquier edad.

La soledad puede medirse de diferentes formas, según las posiciones metodológicas o teóricas que se utilicen. En este estudio se han utilizado dos tipos de medidas: la denominada como soledad declarada o pública, utilizada aquí para medir la prevalencia de la soledad y comparar la realidad de las personas que se declaran en soledad frente a las que no, y la soledad privada o indirecta, calculada a través de una escala de medidas agregadas, en este caso, la escala de De Jong Gierveld, que se compone de 11 ítems (1987). Los resultados obtenidos con ambas medidas distan en la cuantificación de las personas que se sienten solas. La prevalencia de la soledad pública o declarada se contabiliza en un 5,5% de personas. Por su parte, la soledad privada se cuantifica en un 29,5%. La disparidad entre los resultados viene causada, principalmente, por el estigma asociado a la soledad que supone un escaso reconocimiento de la misma de manera directa. Ambas medidas, sin embargo, tienen una clara relación.

Una singularidad del territorio gipuzkoano es la existencia de una fuerte red familiar y social. Muchas personas tienen hermanos/as, hijos/as y nietos/as que residen, además, a una media de unos 20 minutos de distancia. Esta realidad es la que se ha denominado en otros estudios como “intimidad a distancia”, en la que las familias residen en hogares diferenciados, pero a una corta distancia unos miembros de otros. Pero ni el tamaño de la familia ni la distancia a la que residen otros familiares son elementos predictores de la soledad. Tener más o menos hermanos/as, hijos/as o nietos/as no se relaciona con este sentimiento, ni la distancia a la que residen estas personas.

Aunque la cuantía de la red familiar o su distancia no parecen asociarse con los sentimientos de soledad, sí que ha resultado el aislamiento social, principalmente en la red de amistad, como predictor de esta percepción. El aislamiento, tanto a nivel familiar como de amistades, se ha vinculado al sentimiento de soledad. Pero es el aislamiento en el ámbito de las amistades el que se mantiene como un factor de riesgo de la soledad en este estudio. Es decir, las personas que se sienten aisladas socialmente de los/as amigos/as tienen más probabilidad de sentirse solas. En este sentido, se destaca la importancia de las “cuadrillas” en la cultura gipuzkoana.

En la interacción entre salud y soledad los resultados de este estudio se ha observado esta relación y se ha obtenido que la salud percibida es también uno de los factores predictores de la soledad, en concreto, la mala salud. Las personas con peores niveles de salud percibida tienen mayor probabilidad de sentirse solas. Entre las enfermedades incluidas en el estudio destacan los problemas de memoria también como predictores de los sentimientos de soledad.

El tiempo que la persona pasa sola al día es también un predictor de los sentimientos de soledad. Las personas que se sienten solas pasan más horas al día en solitario. En concreto, aquellas personas que pasan más de 6 horas en solitario tienen más probabilidad de sentirse solas. De igual forma, la experiencia de la soledad también parece estar vinculada a la presencia de este sentimiento en otros momentos previos de la vida. Así, las personas que se han sentido solas con anterioridad son más propensas a sentirse solas en el presente. Una historia de vida asociada al sentimiento de soledad es también un factor predictor de la misma.

En conclusión, en este estudio cuantitativo se han encontrado evidencias de que en este fenómeno aspectos como el no estar casado o conviviendo, vivir en solitario, la mala salud subjetiva, el sentirse socialmente aislado de las amistades, haberse sentido solo/a en otros momentos de la vida, pasar mucho tiempo al día en soledad, sufrir el fallecimiento o distanciamiento de un familiar, o tener problemas de memoria son factores que predicen la soledad y que deben ser tenidos en cuenta en su abordaje.

El conocimiento generado en el estudio Bakardadeak y en la minuciosa revisión realizada para su puesta en marcha desemboca en la formulación de un conjunto de propuestas para afrontar en el futuro próximo las situaciones de soledad entre las personas que en-

vejecen en Gipuzkoa. De esta forma, se proponen como bases para una estrategia de abordaje a la soledad el trabajo sobre cuatro itinerarios para la acción que consisten en conocer y normalizar la soledad, promover una sociedad inclusiva a través de la prevención, intervenir ante situaciones de soledad severa o evaluar de manera continuada.

El movimiento de amigabilidad como intervención comunitaria para la inclusión social y la prevención de la soledad

Las intervenciones orientadas a disminuir los sentimientos de soledad se han ido desarrollando con mayor peso a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y algunas revisiones han tratado de proporcionar conclusiones sobre cuáles son las más acertadas o eficaces en la reducción de la soledad. Los enfoques centrados en vecindarios son una de las formas de abordaje, sobre todo desde el ámbito de la prevención. De esta forma, se trabaja con pequeñas localidades o barrios desde el desarrollo comunitario basado en los recursos existentes en el área para construir algo con la comunidad, el voluntariado o con programas como las ciudades y entornos amigables.

La iniciativa “Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores”, puesta en marcha por la OMS en 2007, se desarrolló con el objetivo de poner en práctica en lo local el paradigma del envejecimiento activo (Barrio et al, 2018). La Organización Mundial de la Salud definió las ciudades amigables (Age-Friendly City) como ciudades inclusivas y accesibles que optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de garantizar la calidad de vida y la dignidad de las personas a medida que envejecen (OMS, 2007). En una ciudad amigable, las políticas, los servicios, los escenarios y las estructuras apoyan y capacitan a las personas para envejecer bien, reconociendo la amplia gama de capacidades y recursos entre las personas mayores; anticipando y respondiendo con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; respetando las decisiones de las personas mayores y las opciones de estilos de vida; protegiendo a los más vulnerables; y promoviendo la inclusión y la contribución de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida comunitaria (OMS, 2007).

La iniciativa de la OMS se extendió rápidamente y ganó reconocimiento como movimiento global. Este programa supone un esfuerzo internacional para abordar los factores ambientales y sociales que contribuyen a un envejecimiento activo y saludable. Construir ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores es uno de los planteamientos políticos locales más efectivos para responder al envejecimiento de la población, ya que los entornos físicos y sociales son claves determinantes para que las personas puedan mantenerse saludables, independientes y autónomas durante su vejez (WHO, 2014).

En el País Vasco, el movimiento de amigabilidad se inició en 2009 con la adhesión de Donostia/San Sebastián a la Red de la OMS. En 2012, el Gobierno Vasco decidió poner en marcha una propuesta a nivel de país con el impulso de la iniciativa Euskadi Lagunkoia. En la actualidad, 66 municipios en el País Vasco están adheridos a este programa, trabajando para mejorar la calidad de vida de ciudadanía en general y de la población mayor en particular.

Este proyecto de innovación social tiene el propósito de incentivar las transferencias que generan las prácticas asociadas a las iniciativas ciudadanas comunitarias y al espacio público, fomentando la participación social ciudadana, la corresponsabilidad, las relaciones entre generaciones, la inclusión social y la comunicación entre la ciudadanía y la Administración, con el fin de mejorar la calidad de vida de todas las personas.

Las iniciativas de amigabilidad tienen, además, varias características definitorias como: trabajan para lograr cambios a nivel de sistemas en múltiples ámbitos de la vida comunitaria, más allá de la vivienda, el transporte, el desarrollo económico, los servicios comunitarios, etc.; se desarrollan normalmente a lo largo de varios años, a menudo con un período de planificación formal seguido de un período de implementación; hacen hincapié en el desarrollo de asociaciones para trabajar hacia sus objetivos, asociaciones que se extienden normalmente a través de los sectores público, privado y social; y consideran a las personas mayores como contribuidoras, no solo como consumidoras pasivas de servicios, sino como participantes activas en la toma de decisiones dentro de sus comunidades (Greenfield, 2018). La amigabilidad se caracteriza fundamentalmente por la habilitación de entornos sociales y físicos que se refuerzan mutuamente, por un modelo participativo de gobernanza colaborativa y, sobre todo, por la inclusión (Lui et al., 2009).

En este sentido, la metodología de trabajo para la promoción de la participación ciudadana en el proyecto de ciudades amigables se fundamenta en la investigación-acción participativa (IAP). En la IAP la intervención está dirigida tanto al cambio de actitudes y al aumento del repertorio de competencias de las personas afectadas como a buscar cambios en el entorno, así como en las pautas de interacción entre dichas personas y su entorno, insistiendo en el desarrollo de un espacio de búsqueda y construcción compartida que de nuevas formas de interacción y participación social de unas personas que ya no son consideradas como “pasivas” o “dependientes”, sino como personas “ciudadanas” (Fantova, 2001). De esta manera, se pretende promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus problemas y ayudarles a incrementar el grado de control que ellos tienen sobre aspectos relevantes de sus vidas (incremento de poder o empoderamiento) (Balcázar, 2003). El objetivo último de la IAP es conseguir que la comunidad se convierta en el principal agente de cambio para lograr la transformación de su realidad.

En Euskadi Lagunkoia las personas mayores son la líderes y protagonistas del todo el proceso. En los municipios adheridos se trabaja de abajo arriba siguiendo la metodología de Investigación Acción Participativa. De esta forma, se ponen en marcha grupos promotores (GP) compuestos principalmente por personas mayores que son las que lideran el proyecto, realizan el diagnóstico, participan en la elaboración del plan y ponen en marcha las acciones. El protagonismo de las personas mayores es evidente en todas y cada una de las fases, promoviendo un movimiento de participación ciudadana en la generación de entornos de vida facilitadores para las personas que envejecen. Estos GP están normalmente relacionados con las asociaciones de mayores de los municipios, pero hay personas que participan fuera de estas asociaciones. Estos grupos se están convirtiendo en

agentes claves de sus municipios, ya que son grandes conocedores de todos los recursos y servicios, y, además, se configuran como interlocutores con el ayuntamiento para la puesta en marcha de acciones y mejoras.

Desde el lanzamiento del concepto Age-friendly Cities por la OMS se han desarrollado varios modelos sobre cómo se construye una “comunidad amigable”, una comunidad donde las personas mayores no solo son las beneficiarias, sino que también tienen un papel clave que desempeñar definiendo y fomentando sus características distintivas. La OMS establece que una de las condiciones esenciales para crear ciudades y comunidades amigables con las personas mayores es su participación significativa en todas las etapas, donde las personas mayores no solo son beneficiarias, sino agentes cruciales del cambio (WHO, 2017).

Esta noción está respaldada por hallazgos de investigación que facilitan el desarrollo comunitario con y por las personas mayores en el vecindario, lo que puede dar lugar a entornos comunitarios más hospitalarios y de apoyo, aumentando el compromiso cívico y el capital social (Buffel, Phillipson y Scharf, 2012). En el planteamiento de la OMS sobre el envejecimiento activo se detalla que este se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, sustituyendo un planteamiento “basado en las necesidades”, donde las personas mayores son tratadas como objetos pasivos, a otro “basado en los derechos”, donde se reconoce la igualdad de oportunidades y de trato, y se respalda la responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria” (OMS, 2002: 79).

El proyecto de amigabilidad es una herramienta para promover la participación desde el propósito común; la gobernanza, desde la toma de decisiones políticas y sociales en la ciudad; y desde la promoción del derecho a la ciudad, con el ejercicio a la ciudadanía activa, trabajando desde la comunidad en la transformación social y del entorno, implicando a las distintas generaciones, pero principalmente a las personas mayores, en la mejora de su municipio o ciudad, desde la promoción de la actividad con sentido.

Involucrar a las personas mayores en el desarrollo y mantenimiento de entornos amigables con la edad representa un objetivo crucial para la política social (Buffel et al., 2012). Este tipo de programas de intervención comunitaria suponen un espacio donde las personas pueden desarrollarse y posicionarse con relación a la posibilidad de aportación a la sociedad, desempeñando un rol en el que se reconocen, donde siguen siendo y manteniendo su identidad. El reto de la sociedad está en la capacidad de generar espacios que den respuesta a esta búsqueda de reconocimiento a través de un desarrollo personal compartido. La manera de repensar esta realidad precisa partir de una concepción plena de ciudadanía, en la que estén reconocidas todas las personas (Subirats, 2011). Las personas mayores tienen el derecho a gozar de una ciudadanía plena y a participar activamente de manera integral en la sociedad, reclamando ser sujetos sociales y no objetos de atención y de administración. Esto implica que han de estar presentes en las dinámicas sociales y políticas de cada ciudad y de cada comunidad.

Proyectos comunitarios como Euskadi Lagunkoia pueden apoyar la reconexión de las personas que se sienten solas con su comunidad a través del desarrollo de relaciones significativas. Este tipo de programas están siendo utilizados para el abordaje de la soledad y la inclusión social de las personas mayores a nivel internacional en diferentes países, y empiezan a generarse algunos estudios que evidencian el impacto positivo de estos programas en el sentimiento de soledad (Park et al., 2020; Gibney et al., 2018).

Referencias

- Balcázar, F. (2003). Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, I/II (7/8), 59-77.
- Barrio, E. del; Marsillas, S.; Buffel, T.; Smetcoren, A.-S.; y Sancho, M. From active ageing to active citizenship. The role of (age)friendliness. *SOCIAL SCIENCES*, 2018, 7, 134. *Social Sciences* 2019, 8, 7.
- Barrio, E. del; Pinzón, S.; Garrido, F.; y Sancho, M. (2020). Ciudadanía y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Revisión sistemática y metátesis cualitativa. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*.
- Buffel, T.; Phillipson, C.; y Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617.
- Fantova, F. (2001). *La gestión de organizaciones no lucrativas*. Madrid: CCS.
- Gibney, S.; Moore, T.; & Shannon, S. (2018). Investigating the role of age-friendly environments in combating loneliness in Ireland. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-209.
- Greenfield, E. (2018) "Hastings Center Report 48, no. 5 (2018): S41-S45. DOI: 10.1002/.
- Jong-Gierveld, J. de. (1987). Developing and Testing a Model of Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119-128.
- Lui, C. W.; Everingham, J. A.; Warburton, J.; Cuthill, M.; & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly? A review of international literature. *Australian Journal on Aging*, 28(3), 116-121.
- Marsillas, S.; Barrio, E. del; Prieto, D.; y Sancho, M. (2020). Bakardadeak, explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa. *Fundación Matia Instituto Gerontológico*.
- OMS (2007). *Guía de Ciudades Globales Amigables con los mayores*. Ginebra: OMS.

- Park, S. Y.; Kim, M.; & Chung, S. (2020). Age-friendly environments and depressive symptoms among Korean adults: The mediating effects of loneliness. *Aging & Mental Health*, 1-11.
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Subirats, J. (2011). Ciudadanía y personas mayores. En Causapié, P.; Balbontin, A.; Porrás, M.; y Mateo, A. (Coord.) (2011): Libro blanco Envejecimiento Activo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- WHO. (2014). Global Network of Age-friendly Cities and Communities. WHO. http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/.

TELÉFONO DE LA ESPERANZA DE GIPUZKOA (TEG): MÁS DE 30 AÑOS ACOMPAÑANDO EMOCIONAL Y SOCIALMENTE A LAS PERSONAS QUE SE SIENTEN SOLAS

Maribel Pizarro

Gipuzkoako Itxaropenaren Telefonoa

Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa

1. BREVE INTRODUCCIÓN SOBRE EL TEG

El Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa (TEG) lleva más de 30 años acompañando a personas que se sienten solas, que no tienen con quién compartir su sufrimiento o que no tienen a quién acudir cuando se tienen que enfrentar a situaciones vitales dolorosas. En muchas ocasiones se trata de personas muy vulnerables que se encuentran en situación de riesgo o en exclusión social.

El TEG nació en 1987 con la **MISIÓN** de acompañar a cualquier persona residente en Gipuzkoa que se sintiera sola para afrontar situaciones de sufrimiento. Concretamente, así fue cómo se enunció: *“Que ninguna persona en Gipuzkoa se encuentre en soledad ante una situación que pone en crisis su Esperanza”*

Partimos de una **visión humanista** de las personas. Nos **centramos en la persona**, en todas las dimensiones que conforman el ser humano (física, económica, social, psicológica y espiritual) y analizamos cómo estas se ven afectadas por el conflicto o problema que está viviendo (mirada holística). Creemos en sus capacidades para crecer y afrontar positivamente sus conflictos. Frente a las carencias, colocamos en el centro las potencialidades de la persona y de su entorno, como motores de cambio o como sostenimiento de la misma, para evitar mayores procesos de deterioro, cuando no de exclusión social.

El TEG es una organización reconocida por el Gobierno Vasco como de utilidad pública. En 2011 recibimos el Premio al Voluntariado por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa,

como reconocimiento a las cientos de personas que a lo largo de nuestra existencia han apoyado este proyecto con su tiempo, entusiasmo y conocimientos. Ese mismo año recibimos la medalla al mérito ciudadano del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián.

Nuestras fuentes de apoyo y financiación son tanto públicas como privadas: Diputación Foral de Gipuzkoa, ayuntamientos de Gipuzkoa, Gobierno Vasco, Orona, Irizar, Euskaltel y, por supuesto, aportaciones individuales de la ciudadanía de Gipuzkoa.

2. LA SOLEDAD NO BUSCADA, UN DENOMINADOR COMÚN EN LAS PERSONAS QUE NOS LLAMAN

Anualmente el voluntariado del TEG atiende entre 2.500 y 3.000 llamadas a través del 900 840 845. Estos son algunos datos correspondientes a 2019:

- El 57% fueron realizadas por mujeres y el 43% por hombres.
- Edad: 8,1% >70; 38,7% de 61-70; 23,6% de 51-60; 11,6% de 41-50; 11,3% de 31-40; y 4,5% de 18-30.
- Estado civil: 51% soltera/o, 28% casada/en pareja, 12% separada/o y 7% viuda/o

Aproximadamente, el 30% son llamadas realizadas por personas que expresan abiertamente sentirse solas. En el resto de las llamadas la soledad aparece, en muchas ocasiones, como un problema secundario.

2.1. La soledad no deseada casi nunca viene sola

La soledad que verbalizan las personas que llaman al TEG casi siempre viene acompañada de otras problemáticas que hacen que el sufrimiento experimentado por estas personas sea todavía mayor, que se sientan indefensas, frágiles, vulnerables y, no en pocas ocasiones, desesperanzadas. Nos referimos a personas que, además de sentir soledad, tienen problemas de salud física y/o mental (en ocasiones incapacitantes; otras veces llevan años con problemas de adicción o intentando superarla; también puede haber problemas económicos, conflictos familiares, duelos no elaborados, etc.).

En 2018 realizamos un pequeño estudio con una muestra de 196 personas que habían sido atendidas a través del teléfono 900 840 845³⁴. Pudimos recoger algunos datos que respaldan lo mencionado:

³⁴ Para la realización de este estudio contamos con la colaboración de Maite Erra Jauregi.

PROBLEMAS DE SALUD:

- Salud física: 14,5% presenta una salud regular y el 8,8% salud mala.
- Salud mental: 18,6% tiene una enfermedad mental reconocida.
- Discapacidad: 7,8% tiene una discapacidad reconocida y el 37,8% cree tener una discapacidad, pero no ha solicitado su reconocimiento.

PROBLEMAS ECONÓMICOS/LABORALES:

- 22,3% pensionistas.
- 35,2% personas desempleadas.
- 9,3% cobra RGI.
- 7,8% cobra prestación por desempleo.

PROBLEMAS CON LAS REDES PRIMARIAS:

- 19,2% calidad regular.
- 14% calidad mala.
- 3,1% no dispone de redes primarias.

OTRAS PROBLEMÁTICAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS:

- Ansiedad/depresión: 22,4%.
- Conflictos familiares: 14,3%.
- Separaciones/divorcios: 10,7%.
- Malos tratos y/o abusos sexuales: 5,1%.
- Duelo por seres queridos: 4,6%.
- Adicciones: 2,5%.
- Crisis suicidas: 2,5%.

A continuación presentamos algunas realidades que plantean las personas que llaman describiendo problemas de soledad no buscada:

- Hombres de 55-70 años, soltero con escasa relación familiar y social, y dificultad en las habilidades relacionales.
- Mujeres, solteras, con nula red de apoyo, receptoras de ayudas sociales, también entre 60-70 años.
- Personas que nos llaman porque están solas y se encuentran solas, con ninguna red de apoyo, porque puede que sus padres hayan fallecido; personas que cuidan de sus familiares durante un periodo largo de tiempo y cuando fallece ese/a padre/madre, sienten que han descuidado el resto de facetas de su vida y ahora no tienen a nadie..., además de sufrir la pérdida/duelo de su familiar.
- Personas que tienen red de apoyo, pero hay conflictos o la red es muy frágil, que a veces no hablan con nadie en todo el día... A veces recurren a recursos comunitarios, pero no les es suficiente...
- Personas que se sienten solas en un área concreta de su vida y no pueden contar con nadie para ese tipo de problema (ludopatías, alcoholismo, abusos sexuales) por vergüenza, por no sentirse comprendidas.
- Personas que se sienten muy solas sobrellevando su enfermedad mental debido al estigma social que existe.
- Gente joven (20-35 años) con una conflictividad familiar alta, relaciones de amistad muy escasas, en ocasiones ha habido una ruptura de pareja y ahora sienten que no cuentan con nadie, porque el resto de amistades ya están con su vida...

Como puede observarse, la soledad es poliédrica y eso hace que su abordaje sea tremendamente complejo.

3. CÓMO ABORDAMOS EL PROBLEMA DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL TEG

Entendemos que en el abordaje de la soledad no deseada se deben tener en cuenta diversas dimensiones:

- Emocional:

Los vínculos cercanos e íntimos generan protección y seguridad, por ello, cuando se pierden o no existen, las personas experimentan angustia, miedo, dolor, vacío; en definitiva, un enorme sentimiento de soledad (Muchinik y Seidmann, 2004)³⁵.

En el TEG, a través de la relación de ayuda, buscamos generar vínculos afectivos con las personas que nos llaman para contribuir a paliar el sentimiento de soledad emocional. Cuando se detectan situaciones de pérdidas significativas, y siempre y cuando sea posible, abordamos este tema con la persona para que acuda a recursos específicos en los que puedan ayudarle a su elaboración.

- Social:

Se encuentra más ligada a la cantidad y calidad de las relaciones sociales, y alude más bien a la falta del sentido de pertenencia o integración a una comunidad o red de apoyo social, ya que además son los responsables de aportar al individuo lo que Weiss llama “*provisiones sociales*” (Muchinik y Seidmann, 2004). Es decir, ante un déficit en una relación interpersonal específica (rupturas, fallecimiento de un ser querido...), las personas dependen de la provisión social aportada por los vínculos sociales.

Desde el TEG pretendemos trabajar con las personas las dificultades para establecer relaciones afectivas de calidad, los conflictos interpersonales y/o familiares, y la falta de apoyos sociales. Con respecto a este último aspecto, promovemos que se involucren en su entorno social participando en asociaciones o en actividades culturales, de ocio, deportivas, solidarias. Es una manera de ayudar a que la persona sienta que forma parte de su entorno, de su comunidad.

- Otros problemas que contribuyen a incrementar los niveles de soledad y/o de aislamiento social

Nos referimos a problemas relacionados con la salud (física y/o mental) que pueden generar fragilidad o discapacidad, y a problemas como la pobreza, el desempleo, la violencia de género, entre otros.

Por ello, desde el TEG consideramos fundamental proporcionar orientación e información de los recursos existentes en Gipuzkoa que se adecúan a las problemáticas de las per-

³⁵ Muchinik, E. y Seidmann, S. (2004). *Aislamiento y Soledad*. Universidad de Buenos Aires.

sonas que atendemos. Presentamos algunos datos correspondientes a 2018 que así lo avalan:

A un 37,8% de las personas atendidas en el servicio 900 840 845, además de recibir acompañamiento emocional, se les ofreció información sobre algún tipo de recurso, siendo estos los más frecuentes: asesoramiento psicológico proporcionado por asociaciones (28,8%), asociaciones que atienden problemáticas concretas (20,5%), servicios sociales (13,7%), Osakidetza (atención primaria y/o salud mental) (10,5%) y servicios jurídicos (8,2%).

El 86,5% de las personas que acudieron al servicio de asesoramiento psicológico del TEG también recibió información sobre otro tipo de recursos adecuados para las problemáticas que presentaba. Estos fueron los más frecuentes: Osakidetza (atención primaria y/o salud mental) (28,1%), asistencia psicológica adecuada a su problemática (21,9%), servicios sociales (15,6%), asociaciones especializadas en adicciones (9,4%) y servicios de atención a mujeres (9,4%).

Los dos servicios fundamentales que ofrecemos son:

1. La escucha telefónica (a través del 900 840 845): es un servicio atendido por un grupo de 30 personas voluntarias (previa formación de 3 meses y formación continua durante todo el año). Se ofrece los 365 días del año, en diferentes horarios, según se trate de días laborales, sábados o domingo/festivo. La duración media de esta escucha telefónica suele ser de unos 25-30 minutos. No hay establecido, *a priori*, un número de llamadas que pueden realizar las personas, pero tenemos establecidas una serie de pautas si se detecta “riesgo de dependencia”.
2. Apoyo, asesoramiento, acompañamiento psicológico (ofrecido por profesionales de la psicología): en diferentes ocasiones, siguiendo un protocolo que tenemos establecido, se ofrece a quien llama al 900 840 845 la posibilidad de ser atendida por una profesional de la psicología, tanto de manera telefónica como presencial en nuestra sede. El programa inicial está establecido en 4 sesiones de 60 minutos, que podrán ser ampliadas hasta 6 si así se considera conveniente (la media suele ser de 4-5 sesiones). Son sesiones en las que se abordan y trabajan algunos aspectos concretos del problema o de la situación que presenta la persona (que requieren de un abordaje más profesional), y en muchos casos se trabaja la necesidad de que acuda o utilice otros recursos que van a contribuir a mejorar su situación/problema. Antes de iniciar el proceso de asesoramiento, la persona tiene que firmar un “consentimiento informado”, donde se explican las condiciones del proceso, los derechos y las responsabilidades de todas las partes (entidad, usuaria/o y profesional de la psicología). La media de sesiones suele estar entre 4 y 5 sesiones.

La escucha activa es la herramienta fundamental que utilizamos en ambos servicios, siempre enmarcada en el modelo de relación de ayuda o *counselling* desde una perspectiva humanista.

Además, otro pilar importante de la atención que proporcionamos es la información y/o “derivación acompañada emocionalmente” a otros recursos sociocomunitarios (de salud, servicios sociales, asociacionismo, cultura, deporte, etc.) que puedan ser beneficiosos para las personas que atendemos.

El siguiente cuadro resume los diversos itinerarios que pueden seguir las personas que nos llaman con problemas de soledad no buscada.

Posibles itinerarios	Escucha activa telefónica por parte del voluntariado	Asesoramiento psicológico profesional	Derivación a algún recurso sociocomunitario	Acompañamiento compartido con otra entidad que aborda el problema de la soledad
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Además de lo señalado, el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa lleva a cabo otro tipo de actuaciones con las que pretende contribuir a reducir las situaciones de soledad no deseada y que van dirigidas a la sensibilización y la generación de conocimiento. Nos referimos a la organización de conferencias, jornadas y presencia en medios de comunicación, así como a la participación en investigaciones sobre el tema.

Otro aspecto importante a subrayar es que desde 2019 el TEG ha apostado por abordar la problemática de la soledad no buscada (no deseada) tanto a nivel preventivo como de intervención, trabajando en red, de manera coordinada y en colaboración con otros agentes y entidades, tanto de las administraciones públicas vascas como del ámbito social y privado. Estos son algunos de los proyectos e iniciativas más relevantes en los que estamos participando junto a otras entidades de Gipuzkoa:

- Investigación sobre la soledad no deseada y la exclusión social (2019-2020): grupo integrado por el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa, Emaús Fundación Social, Cári-

tas Gipuzkoa, Departamento de Políticas Sociales (DFG) y equipo de investigación del Departamento de Psicología Social (UPV/EHU). Fue apoyada económicamente en el marco de la iniciativa Etorkizuna Eraikiz de la DFG.

- Organización y realización de una jornada sobre la soledad no deseada con enfoque participativo (2019): el grupo motor estuvo integrado por el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa, Donostia Lagunkoia (Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián), Aurbixa, Tknika, Instituto Matia y Departamento de Políticas Sociales (DFG).
- Bakardadea-K: estrategia de público-privada que pone en marcha la Diputación Foral de Gipuzkoa (liderada por Adinberri Fundazioa) para **combatir la soledad no deseada** entre las personas mayores. Mediante esta iniciativa se marcará una hoja de ruta para hacer frente al reto de la soledad a través del fortalecimiento de los vínculos sociales y comunitarios. El Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa forma parte del grupo motor de esta iniciativa.
- Proyecto Bizilagun Bizipoza: desde un enfoque comunitario se pretende contribuir a la generación de relaciones de proximidad y reciprocidad tanto presenciales como gracias al uso de herramientas digitales o telefónicas, que han resultado ser una pieza clave para el apoyo de las personas en la situación de emergencia generada por el COVID-19. Participamos en el proyecto el consorcio formado por la Universidad de Deusto, el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián, la Mancomunidad de Saiatz y el Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa, apoyados por el equipo APTES, Apitropik, La Escalera, Farapi y Lotura. Se trata de un proyecto apoyado por la iniciativa Etorkizuna Eraikiz de la DFG.

4. LA CRISIS DEL COVID-19: CONTINUIDAD PERO INNOVANDO Y ADECUÁN- DONOS A LAS NUEVAS NECESIDADES

Para finalizar esta ponencia, queremos hacer una mención especial a la **situación tan extraordinaria que nos está tocando vivir durante este año 2020 como consecuencia de la crisis provocada por la pandemia del COVID-19.**

En marzo de este año desde el TEG nos vimos abocados a llevar a cabo una serie de ajustes en nuestros servicios con la finalidad de continuar ofreciendo apoyo y cobertura a la ciudadanía de Gipuzkoa, más aún en estos momentos de extraordinario desconcierto, incertidumbre y dolor:

1. Para asegurar la continuidad del servicio de atención telefónica: desvío de llamadas desde el 900 840 845 a los teléfonos privados de nuestro voluntariado, asegurando su anonimato y protegiendo su salud.

2. Reforzamiento del servicio de atención telefónica: aseguramos la presencia de 2 personas voluntarias en cada uno de los turnos. Esto nos permitía poder doblar el número de atenciones. También ampliamos los horarios de atención durante los días festivos (los días 19 de marzo, Jueves Santo, Viernes Santo y Lunes de Pascua se realiza el mismo horario que entre semana).
3. Realización de seguimiento individualizado a las personas más vulnerables (2 veces por semana como mínimo).
4. Continuar ofreciendo asesoramiento psicológico (profesional): por vía telefónica y/o Skype.
5. Mayor seguimiento y contacto con nuestro voluntariado: 1) acompañamiento emocional, 2) elaboración de pautas vinculadas a la crisis del coronavirus y 3) coordinación del trabajo. Por primera vez hemos utilizado Skype como herramienta de comunicación con ellas y ellos.
6. Continuar con la formación de futuras escuchas, que iniciamos a finales de enero: cambios en la metodología de trabajo (tareas para casa, tutorías individuales y clases grupales a través de Zoom).

En el TEG empezamos a notar un incremento significativo de llamadas relacionadas con el COVID-19 a inicios de abril. Creemos que ello se debió a que entramos en otra etapa en la que las personas comenzaron a notar el peso de las tres semanas de confinamiento y se fueron sintiendo más frágiles. El temor al fallecimiento de sus seres queridos y no poder despedirse ni acudir a su entierro y funeral empezó a estar mucho más presente y a gestionarse peor. También, las personas con problemas de salud mental o física cada vez se sentían más afectadas y con menos recursos psicológicos para hacer frente a esta situación. Además, observamos en las personas cuidadoras “informales” el impacto psicológico, físico y social que les provocaba el no disponer de los “recursos formales de cuidado” con los que habitualmente cuentan.

4.1. Algunos datos sobre las atenciones realizadas durante los meses que duró el estado de alarma

El análisis de tres indicadores referidos a las llamadas atendidas en el servicio telefónico 900 840 845 entre los meses de marzo a junio (desde el estado de alarma hasta final de la desescalada) arroja los siguientes resultados. Comparando con 2019, entre marzo y junio de 2020 se atendieron:

- Un 33% más de llamadas.
- Un 56,4% más de llamadas nuevas.

- Un 57,7% más de minutos de atención.

En conclusión, durante la llamada “primera ola del COVID-19” el TEG recibió más llamadas nuevas, más llamadas de personas usuarias habituales del servicio 900 840 845 y atenciones telefónicas más largas.

Por otra parte, se redujeron en un 42,6% el número de atenciones en el servicio de apoyo, asesoramiento, acompañamiento psicológico (ofrecido por profesionales de la psicología). Creemos que esto se debió a la imposibilidad de realizar una atención presencial, así como a la apertura de otros servicios especializados puestos en marcha por el Gobierno Vasco, Colegio de Enfermería de Gipuzkoa, Colegio de Psicología de Gipuzkoa, etc.

También queremos subrayar que detectamos un grupo de 10 personas con especial vulnerabilidad a quienes ofrecimos y prestamos un seguimiento diario, que consistía en llamarles todos los días a una hora acordada. Las personas valoraron y agradecieron mucho esta atención tan personalizada. En 3 de los casos el seguimiento lo llevamos a cabo en coordinación con ADINKIDE y con Agifes, y en otro con el Servicio de Atención a la Víctima.

ACOMPañAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS. BUENAS PRÁCTICAS

Mercedes Villegas

ADINKIDEko zuzendaria

Directora de ADINKIDE

La soledad y el envejecimiento digno son un binomio que forma uno de los principales retos de la sociedad actual, aunque aún no sea considerado como tal por la sociedad en general. Sin embargo, ya existen suficientes investigaciones científicas que consideran la soledad como uno de los principales riesgos para la salud en las sociedades modernas. En ADINKIDE trabajamos con un enfoque transversal de la soledad y del envejecimiento, implicando en nuestros programas de intervención social (prevención de la soledad, acompañamiento afectivo y socialización) y de sensibilización a los poderes públicos al sector privado y a la ciudadanía. Como reto global, resulta imprescindible una mirada global donde participen todos los actores, canalizados a través de organizaciones de la sociedad civil como ADINKIDE, que facilita a su vez la participación de las propias personas mayores.

ADINKIDE (Grandes Amigos en Euskadi) es una ONG de voluntariado, de ámbito estatal, fundada en 2003 y presente en Euskadi desde 2017. Además de Tolosa, ADINKIDE está presente en Donostia/San Sebastián, Lasarte-Oria y Pasaia, con el apoyo de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y en otros territorios (Madrid, Galicia y Cantabria). Tiene como **misión** prevenir y abordar la soledad de las personas mayores mediante la creación de vínculos de vecindad, apoyo mutuo y amistad, mientras que sensibilizamos a la sociedad sobre la importancia de un envejecimiento digno.

Los **valores** de la entidad son:

Dignidad: La dignidad es intrínseca a todas las personas y es la base de los derechos humanos.

Desde ADINKIDE trabajamos para asegurar que la sociedad no despoje de su dignidad a las personas que tienen una edad avanzada.

Solidaridad: La solidaridad se ejerce desde la igualdad. Una sociedad está más unida y es más inclusiva cuando se extiende la solidaridad vecinal.

Desde ADINKIDE nos esforzamos para que la solidaridad vecinal, especialmente con las personas mayores que se sienten solas, se consolide en aquellos territorios en los que trabajamos.

Amistad: La amistad es un sentimiento universal que incluye vínculos de afecto, apoyo y reconocimiento mutuo. La amistad se elige y se comparte.

Desde ADINKIDE tejemos relaciones de solidaridad y apoyo mutuo que se convierten, en muchas ocasiones, en relaciones de amistad genuina

¿CÓMO LO HACEMOS?

ADINKIDE, como entidad de voluntariado, cree en el poder y la capacidad del mismo para generar espacios de participación real en la sociedad que permitan hacer frente a la soledad no deseada de las personas mayores. Por ello:

- El voluntariado es una pieza esencial de la organización para el cumplimiento de su misión y parte imprescindible del equipo humano de la entidad.
- Para ello es indispensable favorecer su participación e iniciativa mediante la creación de espacios para que sean sostenibles y autónomos.
- Se considera también básica la formación y facilitación de las herramientas necesarias para la consecución de una participación real de las personas, tanto mayores como voluntarias, en la comunidad.
- La participación es un derecho, no una delegación del poder. No resulta una concesión de ADINKIDE a las personas voluntarias, sino que supone un modelo de actuación en la comunidad que considera a todos los agentes necesarios para la transformación social.

Nuestra forma de trabajar y abordar las situaciones de soledad se diferencia claramente de un enfoque para abordar la soledad basado en la pena³⁶, en el que el objetivo se centra en que haya menos gente sola, el público objetivo es la gente sola y las personas solas son las que necesitan ayuda.

³⁶ Birgit Oelkers -<https://www.planenaanpak.nl/nieuws>- The Netherlands.

Desde ADINKIDE tratamos de impulsar un enfoque comunitario en el que el objetivo son comunidades en las que las personas cuidan unas de otras y en las que cada uno es visto como parte de la comunidad. El objetivo es aumentar el sentido de comunidad, en el que cada persona tiene algo único que ofrecer y donde los roles entre el que ayuda y el que recibe ayuda se desdibujan.

En los enfoques tradicionales el objetivo principal es reducir la soledad, puesto que es visto como un problema individual y el público objetivo tiene un rol pasivo, ofreciéndose respuestas puntuales basadas en intervenciones o programas en los que los profesionales tienen un rol principal. Sin embargo, desde el enfoque comunitario, todas las personas son actores y actrices, se busca una intervención en el largo plazo donde el rol de los profesionales fundamentalmente es un rol de facilitadores.

Los programas que actualmente desarrollamos con el objetivo de poder cumplir nuestra misión son los siguientes:

Acompañamiento afectivo: este programa implica cuatro tipos de acciones: acompañamiento a domicilio, en residencias, puntuales y telefónico.

1. Acompañamiento a domicilio: en esta actividad ponemos en contacto a personas voluntarias con personas mayores que viven en su casa y se sienten solas. El voluntario/a se compromete a visitar a la persona mayor una vez por semana durante aproximadamente dos horas. El objetivo es establecer vínculos de amistad favoreciendo que la persona mayor recobre su autoestima, mejore su estado físico y retome su vida social en el barrio si así lo desea.
2. Acompañamiento en residencias: actividad similar a la anterior, con la única diferencia de que las personas mayores viven en una residencia. Por tanto, la persona voluntaria se compromete a visitar a la persona mayor una vez por semana durante aproximadamente dos horas, con el fin de establecer vínculos de amistad y retomar igualmente su vida social en el barrio, a pesar de estar en una residencia, si así lo desea.
3. Acompañamientos puntuales: las personas mayores que ya participan en alguno de los programas pueden solicitar el acompañamiento de una persona voluntaria cuando tengan que acudir a alguna cita médica o a un trámite administrativo.

El objetivo general de este programa de acompañamiento afectivo consiste en abordar la soledad no deseada y sus consecuencias para la persona mayor mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la creación de vínculos que permitan el establecimiento de relaciones humanas mantenidas en el tiempo.

- Limitar las consecuencias negativas de la soledad no deseada mediante el contacto continuado con la persona mayor.
- Mejorar el contacto con el entorno de la persona mayor, favoreciendo su participación en el mismo.

Programa de prevención de la soledad Grandes Vecinos: Grandes Vecinos tiene como objetivo principal prevenir la soledad de personas mayores a través de la creación de redes vecinales, facilitando en los barrios la puesta en contacto de estas personas mayores (grandes vecinos/as) con personas que viven en su zona (vecinos/as voluntarios/as, desde ahora, vecinos/as), con el fin de aumentar la red social. Para ello, se emplean las nuevas tecnologías como herramienta de acercamiento inicial y seguimiento del proyecto, de forma que los participantes pueden registrar las actividades que realicen y estar en contacto de manera regular. Grandes Vecinos supone asimismo un laboratorio de ideas de nuevas formas de participación vecinal y comunitaria.

Objetivos: prevenir la soledad no deseada que pueda sentir la persona mayor a través de los siguientes objetivos específicos:

- Ampliar la red social de las personas mayores haciendo que se sientan parte de un grupo/comunidad y participando activamente en ella.
- Facilitar vínculos, fomentando oportunidades de encuentro y relaciones humanas cercanas de confianza.
- Regenerar el tejido vecinal y comunitario de los barrios en torno a las personas mayores, promoviendo la autogestión de la participación vecinal

Programa de socialización: desde Grandes Amigos, además de la importancia de establecer vínculos individuales entre las personas mayores y voluntarias, se considera clave en la lucha contra la soledad no deseada el favorecer la participación de las personas mayores en encuentros y actividades en los que puedan establecer nuevas relaciones. La socialización y la participación en el entorno de las personas mayores favorecen la ampliación de su red social. De esta forma, desde los equipos por zonas y los vecindarios se promueve la participación de las personas mayores acompañadas regularmente en encuentros de barrio, salidas culturales, meriendas, etc.

Además, se organizan dos fiestas a lo largo del año, en las que se dan cita todas las personas mayores y el voluntariado de la entidad, y en la época estival se realizan vacaciones adaptadas.

Objetivos: incrementar la participación de las personas mayores en su entorno mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la ampliación de su red social, participando de manera activa en actividades específicas con personas mayores y voluntariado.
- Incrementar su participación en espacios de confianza, fomentando con ello la presencia en la comunidad.
- Visibilizar a las personas mayores como agentes activos en la comunidad y participantes de la misma.

Programa de sensibilización: igualmente, de manera transversal, este cuarto eje de acción de ADINKIDE está enfocado en visibilizar las situaciones de soledad no deseada en la sociedad, concienciando acerca de los efectos y las necesidades que surgen para afrontarla, además del poder transformador de la ciudadanía y la acción voluntaria. Objetivos: luchar contra la imagen estereotipada del envejecimiento como una etapa de la vida vinculada a enfermedad, incapacidad, aburrimiento o declive, ofreciendo una visión realista y una imagen activa y participativa de las personas mayores; y creación en la comunidad de una conciencia de transformación, red y ayuda mutua, favoreciendo la autogestión y la sostenibilidad.

MEDICIÓN DE IMPACTO

Recientemente, desde ADINKIDE hemos participado en el estudio Bakardadeak, impulsado por la Fundación Matia, en el que, en una parte del análisis sobre las diferentes soledades, se contó con la participación de voluntarios de nuestra entidad y de Nagusilan, con el fin de medir el impacto de los programas.

Aunque la muestra fue pequeña y se está trabajando para ampliar este análisis, se puede constatar el impacto positivo que suponen las actividades del voluntariado para disminuir los sentimientos de soledad.

Se muestra en los resultados del estudio que las personas mayores valoran mejor en el momento actual, con referencia al momento previo a la intervención del voluntariado, diferentes aspectos relacionados con su estado de ánimo, con la soledad y con algunos aspectos relacionados con la interacción social con otras personas, aumentando las personas con las que se relacionan cotidianamente y el apoyo social percibido por el entorno.

ANTE EL COVID

Crisis como la actual del COVID-19 no pueden justificar atentar contra los derechos humanos de las personas y los principios fundamentales de la bioética. Pero el coronavirus, y en concreto la escasez de recursos para hacerle frente, ha sacado a relucir la discriminación

y el abandono que están sufriendo muchas personas mayores en nuestro país, especialmente quienes se encuentran en situación de discapacidad, dependencia o soledad.

La carencia de recursos sociales y sanitarios está dejando al desnudo un problema más profundo e invisible hasta ahora: la infravaloración de la vida de las personas mayores, empezando por la propia percepción social del riesgo que entrañaba el coronavirus. La enfermedad se ha minusvalorado al generalizarse la idea de que era un problema que básicamente afectaba a las personas mayores, como si importaran menos, y trasladando un miedo generalizado a este grupo de personas.

El COVID-19 también ha contribuido a que los efectos de esta discriminación social tan asentada afloren con extrema crudeza, en concreto, en las **residencias**. A pesar de que la población mayor haya sido definida como especialmente vulnerable al virus, muchas residencias no cuentan con los medios suficientes para proteger a las personas mayores ni a los profesionales cuidadores.

Aunque se han venido dando pasos para la implantación de un modelo de atención centrada en la persona, la crisis del COVID-19 debería precipitar una reflexión inaplazable sobre las residencias en España. Hay que priorizar los recursos suficientes, públicos y privados, para que estos centros y otras alternativas residenciales permitan a las personas mayores continuar su proyecto de vida con dignidad y derechos.

Las personas mayores desean mayoritariamente vivir en sus domicilios, en los barrios donde han vivido toda su vida. Para que pueda ser así, el modelo de atención domiciliaria se encuentra igualmente en una situación que necesita un replanteamiento claro que debe ser fruto de debate y reflexión en un futuro no muy lejano.

El modelo futuro debería organizarse en los distritos, en los barrios, y debería contar con la provisión de servicios domiciliarios y diferentes modelos de alojamientos basados en el concepto de **vivienda para toda la vida**, donde puedan estar personas mayores, en situación de dependencia o no, que funcionen con una buena red de servicios domiciliarios y de proximidad.

Para poder llegar a este modelo, tenemos muchos **retos** por delante. Aquí cito algunos de ellos:

Desde ADINKIDE somos fieles defensores de la **complementariedad** de los recursos, a pesar de que muchas veces nos encontramos con **dificultades** por parte de los profesionales de la Administración que nos dicen de una u otra manera que no creen en el voluntariado y lo cuestionan.

Por ello, tenemos por delante el gran reto de poner en valor el **papel del voluntariado**, para que se valore todo el potencial que tiene, junto con otros recursos, como generador de vínculos y como parte esencial de estas comunidades y espacios de cuidado.

Por otro lado, el reto en relación con los **estereotipos**. Frente a imágenes continuas por parte de los medios de comunicación en los que las personas mayores se reflejan como personas pasivas, vulnerables, necesitadas de ayuda y frágiles, eso genera por un lado que las personas que se acercan a hacer voluntariado lo hacen con esta mirada paternalista en la que buscan, por llevarlo al extremo, al “abuelito que esté más solo”. Para contrarrestar esta expectativa, desde ADINKIDE se hace mucha formación tanto de manera informal como formal.

Y al igual que se acercan personas con este enfoque, por otro lado, hay muchas personas mayores que no se sienten identificadas con esa imagen que se proyecta de ellos. Por eso, personas de mi entorno que saben que trabajo en una ONG de voluntariado no quieren que les ponga en contacto con voluntarios, pero sí quieren que vaya de vez en cuando yo a visitarlas. Les encaja el rol que podamos tener de “amigas” y no tanto el de “voluntaria”. Es un gran reto que tenemos por delante y en el que estamos trabajando especialmente con programas como el de Grandes Vecinos.

Tenemos que favorecer que haya comunidades que cuidan, en las que nos preocupamos por las personas del entorno, no solo desde un voluntariado tradicional, al que muchas personas no se acercarían, sino ofreciendo actividades que tengan sentido para las personas mayores.

Tenemos que hacernos más atractivos, **innovar** en nuestras propuestas, desde la normalización de las relaciones, quitando etiquetas, como comentaba antes, rompiendo estereotipos o esta imagen tradicional y rancia de un voluntariado asistencial.

La experiencia de Grandes Vecinos, por ejemplo, el programa vecinal que desarrollamos desde ADINKIDE, está haciendo que cambiemos la web, porque partíamos de una base en la que hay vecinos (jóvenes), grandes vecinos (las personas mayores), y los vecinos dinamizadores (normalmente jóvenes), y nos hemos dado cuenta de que había personas mayores participando con un rol de dinamizadores y que nuestra concepción previa del programa lo hacía imposible.

Dar respuesta a las necesidades cada vez más diversas y complejas de la población, en especial de la población mayor, en los próximos años es un reto difícil y casi diría imposible para que se afronte exclusivamente desde las políticas sociales y los servicios públicos. Estas necesidades emergentes demandan modelos más flexibles y adaptables a nuevas realidades y casuísticas de la población, como hemos podido observar durante los últimos meses, lo que supone que, a la prestación de servicios sociales por parte de las administraciones públicas se tenga que favorecer que la comunidad y la importancia de los vínculos comunitarios y relacionales se complementen a las acciones públicas.

Las personas mayores quieren seguir viviendo en su entorno, pero para que pueda ser así, para que puedan seguir viviendo donde lo han hecho siempre, es necesaria la coordinación de todos los agentes en torno a las personas mayores, con un cambio profundo

en el papel, entre otros, de los trabajadores sociales, por ejemplo, que puedan ver a la persona y no ser solo meros gestores de recursos, sino mirar a las personas, analizar bien sus necesidades y coordinar tanto la ayuda a domicilio como la peluquera o la voluntaria, entre otros.

ACOMPañAMIENTO A LAS PERSONAS SOLAS. BUENAS PRÁCTICAS

Maider González

Portal Solidario. Gipuzkoako Gurutze Gorria

Portal Solidario. Cruz Roja Gipuzkoa

RESUMEN DE LA PONENCIA

Si partimos de la definición de soledad no deseada como una sensación subjetiva de discrepancia entre las relaciones sociales que tiene una persona y las que querría tener, todos podemos entender que esa sensación pueda generar miedo, angustia, tristeza o sufrimiento. Todo ello va más allá de un simple problema individual; tiene que ver con la forma en que se organiza nuestra sociedad.

En este sentido, son varias las lecciones que hemos ido aprendiendo en estos últimos años de experiencia dentro del proyecto **Portal Solidario de Cruz Roja**, sobre cómo influye dicha forma de organización social en la juventud, las personas adultas y las personas mayores. Porque la soledad deseada como la no deseada suceden de diferentes maneras a lo largo de la vida de una persona y existen necesidades comunes en todas las generaciones.

Dichas lecciones aprendidas tienen que ver con el enfoque de prevención y promoción de la salud en la comunidad, y destacaríamos las siguientes en relación con la soledad no deseada:

- Entre las formas de protección individual cabe destacar el hecho de que compararse con las demás personas puede ser perjudicial y, sin embargo, abrirse puede ser muy beneficioso. La autoestima, la actitud ante la vida y la gestión de las emociones facilitan a las personas una vida saludable en la comunidad.

- La familia es la base a la hora de desarrollar la cercanía emocional necesaria para contar las preocupaciones, las inquietudes íntimas..., así como las relaciones de confianza mutua para pedir ayuda si la necesitas y, sobre todo, la tranquilidad de poder recibirla. Entre otras cuestiones, esto exige tener cohesionada a la familia.
- Una sociedad donde priman las relaciones de cuidado y reciprocidad configura el espejo donde mirarnos cada uno/a de nosotros/as y ver el reconocimiento de un estilo de vida que pone en valor las acciones de solidaridad y convivencia.

Si la pregunta es si el Portal Solidario de Cruz Roja ayuda a paliar la soledad no deseada, la respuesta es que sí. Básicamente, porque ayuda a la participación en la vida de la comunidad, que es una de las características esenciales de nuestra existencia como seres humanos, creando y aumentando las posibilidades de conexión social.

En este sentido, los portales de vecinos/as se convierten en el campo de entrenamiento para la puesta en práctica de los valores de solidaridad y convivencia, favoreciendo la colaboración social de los distintos grupos intervinientes (voluntariado, vecindario, jóvenes, agentes sociales...), tomando como base los portales y las relaciones de ayuda mutua y confianza que se establecen entre las personas. De esta forma, se aumenta la probabilidad de nuevas acciones colectivas y el bienestar del grupo (capital social).

Por ello, solemos decir que el Portal Solidario de Cruz Roja, más que un proyecto, es un **modelo de participación ciudadana con criterio social**, cuyo fin es aplicar la innovación social a las relaciones de ayuda mutua y confianza, empezando desde el portal de vecinos/as donde vivimos.

Sin embargo, podemos generar mucho sufrimiento creyendo que la frase “hoy por ti mañana por mí” se va a cumplir de acuerdo a nuestras expectativas. Esta creencia es errónea y puede generar conflictos en las relaciones interpersonales, porque entendemos que es “una moneda de cambio” y al no cumplirse las expectativas, sufrimos, sin darnos cuenta de que la motivación a hacer algo por los demás parte del interés por el bienestar de la otra persona.

Además, en el momento en que se juntan la sensación de carencia en la calidad y cantidad de las relaciones humanas con la escasez de redes sociales en el entorno cercano, así como con el aislamiento social, el sufrimiento que se genera puede ser devastador. Cada persona puede vivir esta situación de manera tan distinta (sensación de falta de control, impotencia, frustración, malestar, incertidumbre, bloqueo...) que le imposibilita salir de la situación por sus propios medios y le produce mucho rechazo pedir ayuda a su entorno cercano. Con independencia de la edad, resulta muy difícil superar este aislamiento y vergüenza personal, buscar alternativas, reconocer su propia situación, encontrar otros espacios para relacionarse y tener la fuerza suficiente para romper con las barreras psicológicas.

Desde el Portal Solidario de Cruz Roja podemos intervenir facilitando la interacción social con un enfoque intergeneracional y con el lenguaje de los sentimientos que es universal, así como marcando la importancia de cuidar las redes de apoyo sociales/vecinales donde las personas se sientan queridas y aceptadas, empezando desde el propio portal. Porque tu portal no es solo para vivir, también es para convivir; no es solo ver, sino también participar.

PORTAL SOLIDARIO DE CRUZ ROJA

Para entender mejor nuestra aproximación al tema del curso, creemos interesante dar a conocer el proyecto con las principales características, intervinientes, soportes y actividades, así como algunas conclusiones que hemos ido sacando a raíz de nuestra experiencia en los últimos años.

Introducción

Cuando una persona vive en un portal con vecindad, lo que más valora es la buena convivencia. Desde ese momento, cualquier acción que altere esa convivencia se vive como un problema que puede derivar en un conflicto personal y vecinal. A su vez, este tipo de conflictos puede y suele repercutir en la salud de las personas afectadas, llegando a producir un malestar que, prolongado en el tiempo, puede causar enfermedades. Además, las consecuencias “invisibles” de este malestar suelen ser la desconfianza, el distanciamiento con la vecindad y la pérdida de amistad.

Pero cuando en las comunidades vecinales hay buena convivencia, se puede apreciar que florecen situaciones de solidaridad, favoreciéndose la ayuda mutua, la seguridad y, por tanto, el bienestar individual y colectivo.

Podemos afirmar que si la sociedad está en crisis, los portales también lo están, porque lo bueno y lo malo de una sociedad se refleja en los portales.

Si la debilidad de las comunidades vecinales se convierte en una oportunidad para aprender de los errores, este aprendizaje repercutirá en la construcción de una sociedad más justa y solidaria. Por ello, consideramos importante reforzar la coherencia entre nuestros valores, actitudes y comportamientos.

La buena convivencia vecinal es fuente de salud.

Justificación

La salud es uno de los principales valores con el que contamos para ser felices y vivir plenamente. Por ello, es importante cuidar nuestro cuerpo, mente y entorno más cercano. Si tú te encuentras bien, podrás ayudar. Si tú te encuentras mal, tendrás que pedir ayuda. Pero, ¿quién nos ha enseñado a ayudar o a pedir ayuda en las situaciones cotidianas de convivencia vecinal?

El proyecto Portal Solidario de Cruz Roja pone a disposición de cada vecindad medios para buscar soluciones y desarrollar actividades concretas en pro de una buena convivencia y apoyo comunitario, previniendo y aliviando el sufrimiento de las personas. A través del lenguaje de los sentimientos, esta iniciativa puede llegar a todas las personas, tengan la edad que tengan. Estar cada vez más cerca de las personas nos da la oportunidad de coger el pulso a la comunidad, definir sus necesidades y proponer soluciones mediante la participación ciudadana con criterio social.

Nacemos dependientes, somos interdependientes, vivimos en relación con otras personas y es necesario entrenarse en la participación ciudadana, sin distinción de edad, empezando por la familia y el portal donde vivimos.

Intervinientes

Las estructuras urbanas de nuestros pueblos y ciudades se han configurado con un parque edificatorio en el que en cada portal se ubican diferentes personas y familias, representando un potencial de experiencia vivencial de indudable valor. Este potencial se ha minimizado por la mala utilización de la estructura organizativa basada en la Ley de la Propiedad Horizontal (LPH), que en su aplicación no contempla las necesidades de las personas ni permite la participación de toda la vecindad. Aun así, el tejido comunitario existente, en ocasiones, viene protegiendo a las personas mediante acciones individuales. La buena vecindad y la ayuda mutua conviven con el miedo de las personas a verse atrapadas en los problemas “ajenos” y también en el desconocimiento sobre la mejor forma de resolución de conflictos cotidianos que en muchas ocasiones se pueden enquistar y ser fuente de crispamientos y sufrimiento.

El proyecto de Cruz Roja promueve acciones que van más allá de la Ley y que pueden solucionar muchas de estas carencias. En este sentido, se facilita para cada caso personas llamadas a intervenir y ayudar en la comunidad de vecinos/as que inicie la experiencia. Se trata de tres tipos de personas formadas con funciones complementarias: personas voluntarias promotoras de **salud comunitaria**, que asumen ser referentes en los portales, convirtiéndose en soporte para el desarrollo de la buena vecindad a la hora de trabajar los problemas sociales; vecinos/as proactivos/as que ya vienen practicando la buena vecindad y se han comprometido a ser referentes de conductas solidarias y escuela de valores;

y, además, jóvenes que se implican en el proyecto, adquiriendo para ello conocimientos, habilidades, actitudes, valores, etc. que transforman en acciones solidarias al servicio de la comunidad.

Soportes

En base a la mencionada Ley de Propiedad Horizontal, la única estructura organizativa que sustenta a la vecindad es la junta de copropietarios/as, cuya representatividad es de una persona por vivienda, dejando, por tanto, fuera del proceso de toma de decisión a gran parte de la vecindad. Básicamente, la función de la norma es tratar temas relacionados con el mantenimiento del edificio y utilización de los espacios comunes.

Consideramos que la mencionada regulación normativa es insuficiente para promover la confianza, la ayuda mutua y la buena vecindad. El proyecto Portal Solidario ofrece una solución innovadora, fomentando y consolidando un nuevo estilo de comunidad vecinal. Para ello, se promueve que las juntas de copropietarios/as se trasformen o puedan funcionar también como comunidad vecinal, sumando a la responsabilidad legal (LPH) la responsabilidad ética y moral sobre las personas (en su integridad).

En este sentido, desde el proyecto se facilita el proceso de desarrollo organizativo mediante estos soportes:

Un **observatorio de necesidades sociales**, que permite la recogida de datos y análisis, donde el voluntariado toma conciencia de las necesidades más cercanas, reforzando su compromiso de “transformar la realidad” a través de nuevas actividades y proyectos que se ajustan a las demandas sociales.

Una **agencia de información y derivación**, como herramienta de respuesta a los problemas detectados por las comunidades vecinales y el voluntariado, a través de la derivación interna a proyectos de Cruz Roja o la derivación externa a la Administración y a otras organizaciones.

Las **redes y alianzas** que fomenta y desarrolla Cruz Roja como sistema de relación mutua y continua en el tiempo basado en el compromiso entre organizaciones, con el fin de alcanzar objetivos comunes mediante la coordinación de capacidades y recursos, creando nuevas sinergias.

Actividades directas

Las personas residentes en un portal solidario reciben ayuda en muy diferentes tareas por parte del vecindario y de las personas voluntarias que intervienen en la iniciativa, desde

cuestiones relacionadas con la atención sanitaria, como ir a la farmacia a por medicinas, controlar y dar la medicación..., o ayuda para levantarse, acostarse o vestir, ducharse, cambio de pañales, higiene bucal, de ojos, etc. También se contempla el acompañamiento en el ocio y tiempo libre para charlar, pasear, leer la prensa, realizar salidas y excursiones, participar en eventos y fiestas patronales, favorecer encuentros y reuniones entre viejas amistades, etc.

Otro campo de posibles colaboraciones está relacionado con el mantenimiento de la casa, como hacer la compra, preparar la comida, ayudar a comer, bajar la basura, coser, planchar, o las pequeñas reparaciones de electricidad: revisar y reparar enchufes, sintonizar los canales de la tele, cambiar una bombilla o las pilas...; bricolaje: reparar sillas o puertas, arreglar baldas, colgar cuadros y estanterías; fontanería: revisar y reparar goteras, cambiar o limpiar un grifo...; jardinería: podar, abonar, regar, trasplantar, etc.

Además, es importante dar respiro a la persona cuidadora, y para ello, en el proyecto se contemplan recursos para poder sustituir a la persona cuidadora mientras realiza gestiones personales o disfruta del merecido descanso; también ayudándole a atender otras obligaciones familiares suyas o facilitándole tareas domésticas, o realizándole gestiones diversas mientras está en situación de cuidadora.

Otras actividades

En el apoyo que se perfila en cada iniciativa del Portal Solidario, también se contemplan cuestiones relacionadas con la prevención de accidentes y los primeros auxilios, desde prestar los primeros auxilios ante heridas, caídas, golpes, quemaduras, etc., y si es necesario, activar los servicios de urgencia llamando al 112 y ponerse en contacto con familiares u otra gente de la vecindad, hasta prestar atención a los posibles riesgos y situaciones de peligro en la casa: alfombras, enchufes, instalación del gas, braseros, cocina, productos de limpieza, etc.

Otro objetivo indirecto es detectar posibles necesidades sociales en la comunidad en la que se interviene, prestando atención a posibles signos de precariedad y abandono: descuido en el aseo o la imagen personal, acumulación de correspondencia, falta de movimiento de las persianas, etc.

Actividades complementarias

Como proyecto integral e innovador, las personas que lo dinamizan y desarrollan adquieren formación y se especializan en diferentes facetas, como promoción de la salud comunitaria, dinamización colectiva o facilitación en el nuevo estilo de comunidad vecinal que se quiere desarrollar. Las dinámicas y metodologías desarrolladas durante el proyecto

permiten el aprendizaje participativo en el observatorio de necesidades sociales, en los grupos de trabajo y encuentro comunitario que se implementan.

Actividades comunes y reciprocidad

Los lugares de encuentro donde se organizan las actividades, como el propio portal, los locales sociales del barrio o sus propios espacios públicos, son los espacios de socialización y asentamiento de confianzas, donde los encuentros realizados en el proceso permiten el intercambio de habilidades sociales, manuales, etc., en esa combinación de personas de la comunidad y las voluntarias. Un enriquecimiento mutuo y creativo de “nuevas” formas de convivencia.

Algunas conclusiones del proyecto

Habría que situarse en el año 2005, cuando comenzó a perfilarse esta iniciativa de promoción de una cultura saludable y solidaria en ámbitos vecinales en torno a los hogares y edificios de viviendas, cuando todo el mundo se sentía rico y fuerte (no había crisis), para valorar la importancia que en la actualidad tiene el proyecto de Cruz Roja.

La mayoría de la gente hablaba de *“la pérdida de valores y la falta de buena vecindad”*. Todo el mundo se quejaba, pero pocos hacían algo para cambiarlo. Desde Cruz Roja Gipuzkoa se tomó la decisión de crear un proyecto que desarrollara un modelo innovador de participación ciudadana con criterio social: para crear una ciudadanía activa hay que proporcionar los soportes y reconocer la labor de la vecindad.

Hagamos una pequeña reflexión: cuando una persona se porta bien, no nos llama la atención, “porque lo normal es portarse bien”. Sin embargo, cuando una persona se porta mal, enseguida nos fijamos y corremos la voz, es decir, hacemos “publicidad en negativo”.

Debemos pasar del inconsciente al consciente nuestro foco de atención y poner en valor la predisposición de ayuda de las personas. Es decir, hacer “publicidad en positivo” en la vida diaria.

Pero no podremos hacerlo sin la participación de la juventud en este nuevo estilo de comunidad vecinal que venimos desarrollando. La mejor herencia para las nuevas generaciones será integrarles en la construcción de una sociedad más justa y solidaria.

También, es importante tener los ojos abiertos para hacer prevención, evitando los problemas y resolviendo los conflictos antes de que repercutan en nuestra salud. De esta forma, cuidaremos el bienestar de toda la vecindad.

REFLEXIONES SOBRE LA PONENCIA

¿Qué hacer cuando la persona rechaza una compañía no deseada porque lo que añora es a una persona en concreto y, aunque esté acompañada, se siente sola? ¿Qué hacer con la soledad de la persona que se siente diferente? Como la soledad es una experiencia compleja donde podemos estar acompañadas y sentirnos solas, tenemos que ir más allá de las respuestas simples, reconociendo las redes vecinales ya existentes y reforzando la cultura comunitaria como un valor para la prevención de la soledad no deseada.

Para favorecer la interconexión de las personas en nuestra comunidad, todas tenemos que contribuir a generar una red de cuidado, apoyo y participación hacia quienes se encuentran en esta situación de soledad.

Si actuamos de esta manera, estaremos favoreciendo la comunicación entre la juventud, las personas adultas y las personas mayores en aras de la mejora del vínculo que pueda disminuir parte de la soledad. Además, si facilitamos el desarrollo de la autoestima, la resiliencia, las emociones positivas y la inteligencia emocional estaremos afrontando el aislamiento físico, psíquico y social de las personas.

Para conseguir este objetivo es fundamental promover una concienciación comunitaria y social partiendo desde los portales de vecinos/as, que son el reflejo de nuestra sociedad. Lo bueno y lo malo de una sociedad se ve en cada uno de los portales donde vivimos, ya que es ahí donde está reducida a la mínima expresión y condensada su esencia.

Por último, debemos hacer una mención especial a la situación generada a raíz de la pandemia. Existen varias diferencias entre la crisis actual que estamos viviendo y la del 2008, donde caben destacar algunas matizaciones importantes:

- En la anterior crisis partíamos de una queja individual y colectiva sobre la “mala vecindad”, donde uno de los pocos proyectos a favor era el Portal Solidario de Cruz Roja. Sin embargo, cuando salimos de la crisis, la ciudadanía decía que había sido gracias a la buena vecindad (afloró la labor “invisible” del tejido comunitario).
- Entonces empezaron a surgir distintas iniciativas, proyectos, aplicaciones tecnológicas..., que ponían en valor las redes de apoyo vecinales, reconocían su labor y la necesidad de cuidarlo. El mensaje había calado como un sirimiri: había que proteger los valores comunitarios entre todo/as, con o sin el Estado, porque es algo innato en el ser humano y siempre ha estado ahí como parte de la supervivencia y la protección del grupo.
- Con el coronavirus, una de las primeras reacciones ha sido la activación de las redes vecinales y de proximidad para paliar las consecuencias del confinamiento en relación con la cobertura de necesidades básicas, así como en relación con la soledad,

ofreciendo apoyo y acompañamiento psicosocial a través de las tecnologías, entre otros.

Lo comunitario ya está funcionando (no hay que inventarlo); lo único que hay que hacer es articularlo, ofrecer soportes y ponerlo en valor como hace el Portal Solidario con la buena vecindad, que es una forma de ayudar a prevenir y paliar la soledad no deseada. En estos momentos tenemos la gran oportunidad de hacer aún más participe a la juventud en los valores de solidaridad y convivencia, ya que las nuevas generaciones no tienen el mismo “nivel de práctica” en la buena vecindad (lo recuerdan vagamente por los comentarios de sus padres/ madres y abuelos/as).

Sería un buen hilo conductor para generar el sentimiento de pertenencia hacia unos valores compartidos y cohesionar una sociedad mitigando la soledad de la persona que se siente diferente en su mundo emocional.



V. MAHAI INGURUA MESA REDONDA V

**PERTSONEN ARTEKO LOTURA
ERRAZTEKO TRESNAK.
ZAITZEN DUTEN HIRIAK**

***INSTRUMENTOS PARA FACILITAR
LA INTERCONEXIÓN DE LAS PERSONAS.
CIUDADES QUE CUIDAN***



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y COMUNITARIA CON PERSONAS ADULTAS EN SITUACIÓN O RIESGO DE DESPROTECCIÓN Y SUS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE BILBAO-PISECA

Goizalde Arrieta

Helduak Babesteko Bulegoa.

Gizarte Ekintza Saila. Bilboko Udala

Negociado de Protección de Personas Adultas.

Área de Acción Social. Ayuntamiento de Bilbao

1. PRESENTACIÓN

Desde el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao se viene trabajando la detección, diagnóstico e intervención de situaciones de riesgo y/o desprotección de personas adultas en el domicilio, situación que cada vez tiene una mayor prevalencia en nuestra sociedad.

La implementación de un procedimiento estandarizado para esta tipología de situaciones, la utilización de herramientas que nos permiten sistematizar la información, así como los criterios técnicos del diagnóstico social, hacen posible visibilizar las situaciones de autoabandono, aislamiento y desprotección en sus distintas manifestaciones que, al producirse en el espacio privado del domicilio, permanecían ocultas en las fases más tempranas.

La propia Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, recoge en su art. 5 que *“El Sistema Vasco de Servicios Sociales constituye una red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía*

y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una labor promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional". Igualmente, entre los objetivos del art. 6.1.b destacan: *"Prevenir y atender las necesidades originadas por las situaciones de desprotección"*.

El Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, en el capítulo IV regula los servicios y prestaciones del sistema, y establece como competencia municipal el servicio de intervención socioeducativa y psicosocial, definiendo como población destinataria las *"personas en riesgo de exclusión, dependencia y desprotección sin límite de edad"*.

Así, del mismo modo en que se vienen utilizando equipos de intervención socioeducativa en la intervención para hacer frente a las necesidades de protección de la infancia y la adolescencia, el presente proyecto tiene como finalidad la consolidación de la intervención socioeducativa con personas adultas. Esto supone superar el enfoque de la intervención socioeducativa centrada en las personas menores, para comenzar a responder con intervenciones socioeducativas de carácter preventivo y polivalente enfocadas a las personas adultas en riesgo o situación de desprotección, de acuerdo con las necesidades y la realidad de las zonas de actuación de los servicios sociales del municipio de Bilbao.

2. DEFINICIÓN

El Programa de Intervención Socioeducativa y Comunitaria con Personas Adultas en situación o riesgo de desprotección y sus familias del municipio de Bilbao –**PISECA**– constituye un recurso humano y técnico de los servicios sociales de base del Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao para el desarrollo de las competencias municipales en materia de protección de personas adultas.

Se trata de desarrollar un proyecto de intervención socioeducativa, fundamentalmente en el domicilio, de atención para personas adultas en situación o riesgo de desprotección que puedan ir asociadas a riesgo de exclusión, caracterizadas por el aislamiento comunicacional y relacional; la incapacidad para el autocuidado, la higiene personal y del domicilio; y la gestión de la vida cotidiana y los recursos económicos propios.

Se basa en el reconocimiento de la existencia de una situación de necesidad, en los términos previstos en el art. 11 del Decreto de Cartera, que precisa de un apoyo socioeducativo de baja-media intensidad y que en la prescripción técnica se valora como idóneo, en combinación con otros, para dar una respuesta a la necesidad de protección desde una atención personalizada e integral dentro del entorno de referencia.

3. OBJETIVOS GENERALES Y OPERATIVOS

Objetivos generales

- 1) Que las personas adultas en situación o riesgo de desprotección adquieran y desarrollen capacidades (actitudes, aptitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) personales, familiares o grupales que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario, contribuyendo al mantenimiento de la persona en su domicilio y entorno en las mejores condiciones.
- 2) Que las personas adultas en situación o riesgo de desprotección sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes que resulten inadecuados por otros más adaptados.
- 3) Fomentar la detección precoz y prevenir situaciones de riesgo de desprotección de personas adultas.

Objetivos operativos

- 1) Mejora de la situación personal, consiguiendo un nivel de motivación a la mejora y recuperación, de confianza en sus posibilidades de cambio, de compromiso en su propio proceso, partiendo de una relación de confianza y seguridad que posibilite la ayuda profesional.
- 2) Mejora de su entorno inmediato, apoyando cambios en las habilidades de interrelación personal, diversificación de las relaciones sociales, construcción/reconstrucción de redes informales, reforzando los vínculos familiares y de convivencia, desarrollando habilidades para la organización doméstica y de la vida cotidiana, y contribuyendo a la mejora de las condiciones de su vivienda y entorno.
- 3) Mejora de las capacidades, posibilitando el conocimiento de derechos y deberes sociales, facilitando el acceso a los recursos sanitarios, educativos, laborales y sociales, trabajando la adquisición de instrumentos básicos de relación y convivencia.

4. POBLACIÓN DESTINATARIA

Personas adultas, fundamentalmente mayores, que residen en su domicilio solas o que, cuando lo hacen con familiares, dicha relación puede agravar la situación de riesgo de desprotección, en las que además pueden encontrarse, entre otras, las siguientes situaciones:

- Aislamiento social con tendencia a rehuir situaciones de comunicación, reclusión voluntaria en el domicilio. En ocasiones existe relación con el entorno, preservando y ocultando situaciones de grave deterioro en el domicilio.
- Descuido en la higiene y alimentación, en el cuidado de la salud y en el orden y limpieza del hogar. Pueden, por un lado, acumular compulsivamente objetos que adquieren un volumen y valor importante, o, por otro lado, acumular basuras y objetos inservibles. Frecuentemente la vivienda se encuentra en un estado deficiente de conservación en las instalaciones, equipamientos, etc.
- Rechazo sistemático de los servicios y prestaciones ofertados para mejorar su situación, tanto de apoyos familiares como sociales, sin conciencia de riesgo de su situación y con inobservancia de convenciones sociales.
- Escasas habilidades personales y sociales, deficitaria red social, dificultades o inexistencia de apoyo familiar, desajustes en la administración económica, endeudamientos o problemas de impagos y problemas de vivienda y convivencia. Conducta de “pobreza imaginaria”, con acumulación de dinero en casa o bancos en cantidades elevadas, asociado a creencia de pobreza extrema, a veces delirante, y no utilización para las necesidades básicas.
- Situaciones asociadas a enfermedades mentales, tanto si están diagnosticadas y tratadas como si existen antecedentes o indicadores de la misma (episodios con ideas delirantes, de persecución, alucinaciones, alteraciones de la afectividad, otras alteraciones...), y que no se encuentren en una situación de crisis que requiera un ingreso involuntario.

Las personas destinatarias serán personas adultas que, una vez valoradas por el/la trabajador/a social de referencia y a pesar de presentar alguna de las dificultades recogidas en los puntos anteriores, muestren unas mínimas capacidades cognitivas, instrumentales y de habilidades que permitan un abordaje socioeducativo adecuado que le permita tomar conciencia de su situación.

También se atenderá a las personas que, tras la valoración diagnóstica y la orientación del/la trabajadora social de referencia del caso, se considere que dicho recurso podría prevenir una futura situación de desprotección. En estos casos, siempre tiene que verse afectada en cierta medida la capacidad para el ejercicio del autogobierno de la propia vida (toma de decisiones, gestión económica, conexión con la realidad que afecta a la seguridad propia y/o la de terceros con los que se encuentran en situación de codependencia) y existir limitaciones para el ejercicio del autocuidado y/o la cobertura de las necesidades básicas.

El equipo del PISECA intervendrá dentro del marco de las competencias municipales y de los objetivos previstos por el Área de Acción Social, siempre bajo la coordinación y

supervisión del/la trabajador/a social de referencia del caso y teniendo como guía el plan de atención personalizada del caso, en base al cual desarrollará actividades y proyectos específicos, especialmente diseñados, destinados a personas adultas en situación o riesgo de desprotección.

5. PRESTACIONES Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Prestaciones

El programa contempla las prestaciones propias del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial, tal y como está recogido en el Decreto de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (art. 37):

- 1) Información.
- 2) Intervención socioeducativa.
- 3) Valoración de seguimiento.
- 4) Acompañamiento social.
- 5) Mediación-intermediación.

Ámbitos de intervención

Teniendo en cuenta las especiales características y perfiles del colectivo sujeto de la intervención protectora, los ámbitos de dicha intervención se corresponderán fundamentalmente con el espacio en el que la persona desprotegida –y su familia, en su caso– desarrolla su vida: su propio domicilio.

No obstante, se intervendrá también en aquellos espacios en los que la persona en riesgo o situación de desprotección se desenvuelve e interacciona con otros sistemas, y que, por tanto, tienen repercusión en su vida cotidiana y en su desarrollo personal y social. Estos espacios son el entorno familiar extenso, el medio abierto más próximo y el barrio como comunidad más cercana, incluyendo a vecinos y recursos de otros sistemas (sanitarios, educativos, residenciales, etc.).

6. MODALIDADES Y TIPOS DE INTERVENCIÓN

Dentro de las prestaciones técnicas propias de servicios sociales, la intervención socioeducativa se sitúa en este proyecto como el instrumento central, implicando el establecimiento de un proceso a través del cual las personas usuarias adquieren conocimientos, actitudes, hábitos o capacidades útiles para su desenvolvimiento autónomo o integración social.

Se entenderán incluidas dentro de las prestaciones de intervención socioeducativa la propia intervención educativa, el acompañamiento social y la mediación-intermediación:

La intervención socioeducativa se puede desarrollar en los siguientes niveles.

- Intervención individual: se trata de actuaciones destinadas a una única persona adulta o a una única familia.
- Intervención grupal: se trata de actuaciones destinadas a un grupo de personas adultas en situación de riesgo de desprotección o a un grupo de familias que viven problemáticas similares y concurre alguna de las siguientes circunstancias:

7. TITULARIDAD Y SUPERVISIÓN

Se trata de un recurso municipal y, por tanto, de titularidad pública, cuya gestión se desarrollará a través de la entidad contratada para ello por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao.

Es responsabilidad de los Servicios Sociales Municipales, del Negociado de Protección de Adultos, con el apoyo de la Sección de Acción Social de Base, desarrollar las siguientes funciones:

- Planificar y evaluar el programa.
- Determinar el sistema de acceso y gestionar la lista de espera.
- Supervisar la normativa básica de funcionamiento.
- Proporcionar apoyo técnico.

Para el desarrollo de algunas de estas funciones se contará con la persona designada en el equipo de PISECA como figura de coordinación del programa. Las funciones de la responsable del mismo consistirán en:

- Seguimiento del cumplimiento del programa y revisión.

- Seguimiento del cumplimiento de los programas individuales de intervención.
- Supervisión técnica a los profesionales designados para este proyecto.
- Colaboración con el Área de Acción Social en actuaciones relacionadas con el funcionamiento y evaluación del recurso.
- Apoyo técnico al Negociado de Protección de Adultos en la valoración y supervisión de los casos/situaciones que se adecuan al programa PISECA.

8. FUNCIONES DE LOS/LAS EDUCADORES/AS SOCIALES

En la gestión del PISECA, los/las educadores/as sociales que componen el equipo desarrollarán las siguientes funciones:

- Proponer, elaborar e implementar programas específicos de prevención primaria, secundaria y terciaria para la protección de personas adultas y sus familias.
- Prestar apoyo técnico a los servicios sociales de base en los procesos de diagnóstico y pronóstico de situaciones de riesgo y/o desprotección de personas adultas, así como en la elaboración de planes de atención personalizada, a petición del/la trabajador/a social responsable de caso.
- Diseñar, desarrollar y evaluar los proyectos socioeducativos individuales, grupales y comunitarios.
- Intervenir coordinadamente con los recursos sociales y comunitarios de su zona para la detección precoz y la atención de situaciones de riesgo y/o desprotección de personas adultas.
- Elaborar memorias anuales justificativas de la actividad.

9. INCORPORACIÓN DEL PISECA AL SISTEMA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS

El PISECA se incorpora al sistema municipal de protección de personas adultas como dispositivos de los servicios sociales de base para la detección, diagnóstico e intervención en este tipo de situaciones. Esta incorporación se hará efectiva:

- En lo profesional, con la inclusión de educadores/as como recurso y dispositivo de intervención de los servicios sociales de base.

- En lo metodológico, con la gestión directa de proyectos educativos y con la participación en las distintas fases del proceso municipal de intervención.

Los servicios sociales de base adscritos al Área de Acción Social, como servicios de atención primaria, se constituyen en el eje en torno al cual se articula la intervención para el desarrollo de las competencias municipales en materia de protección de personas adultas en situación de desprotección. Serán, por tanto, los centros receptores de la demanda, de la apertura y del cierre de casos, centralizando todas las actuaciones que se deriven de la intervención en las distintas fases del proceso.

Los servicios sociales de base serán, asimismo, responsables de las situaciones de riesgo y/o desprotección de su ámbito territorial y los referentes directos de dichas situaciones ante otros servicios y administraciones, y especialmente ante los servicios sociales especializados y otros sistemas, cuando se haga necesaria la derivación o la intervención coordinada con otros servicios.

El punto de partida del proceso de intervención será la recepción de la demanda en el servicio social de base y la asignación del/la trabajador/a social responsable de caso.

PROGRAMA ACTIVA TU BARRIO

Maite Ruiz De Sabando

Adinekoen Zerbitzuko erkidegoko
zentro eta programetako burua.

Gasteizko Udala

*Jefa de centros y programas comunitarios del
Servicio de Personas Mayores.*

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

En el Ayuntamiento de Vitoria llevábamos muchos años dándole vueltas a cómo poder llegar a las personas mayores que están en una situación de soledad para poder ayudarles. Y con esta idea nace en 2016 el Programa Activa tu Barrio. Al principio funcionaba en tres barrios y en la actualidad está presente en cinco. Son barrios con un porcentaje alto de población mayor.

Queremos dar a conocer una iniciativa que promueve el cuidado; mejora las condiciones de vida de las personas mayores, haciendo que los barrios sean más acogedores, generando un clima de cuidados y tejiendo una red de colaboraciones; y hace que mejore la cohesión social de los barrios.

La difusión en el barrio es clave: cartas a vecinos y vecinas, reuniones informativas y encuentros a pie de calle con asociaciones, comerciantes... En los meses de confinamiento se hicieron más de 11.000 llamadas a personas de más de 70 años. La mayoría se encontraban bien, pero unas 1.500 personas estaban solas, con escasos apoyos familiares y agobiadas por la situación. Se les llamaba casi a diario. A partir del 15 de junio varias personas acuden a los grupos de Activa tu Barrio que están funcionando en los barrios desde esa fecha. Esta ha sido otra vía de captación.

Las personas mayores son las protagonistas, no solo porque participan, sino porque diseñan las acciones que les interesan. En cada barrio las personas mayores se reúnen un día a la semana y tratan temas que les interesan: salud, servicios sociales, temas de

actualidad. Son fundamentales para hacer difusión del programa, el boca-oreja funciona muy bien. Conocen a otras personas a las que invitan a participar.

Una de las acciones que realizan es el itinerario seguro del barrio, que identifica y conecta los lugares significativos para ellas. Les permite continuar saliendo de casa para hacer sus actividades, comprar, ir al médico, relacionarse y seguir paseando por las calles con más facilidad. La inauguración del itinerario en cada barrio es un momento importante, es un reconocimiento del trabajo y un momento de disfrute, de pasarlo bien. Se organizan paseos por el itinerario que les permiten pasear juntas.

Los vecinos y vecinas de estos barrios son claves, muchos de ellos también mayores. Se conocen y relacionan. Saben si hay personas que llevan tiempo sin ver, que pueden estar en una mala situación. Animan a las personas que pueden estar solas a participar e informan sobre personas que les preocupan.

Las personas siguen viviendo en sus casas y comprando en los establecimientos del barrio. Los comerciantes de la zona reciben formación sobre las características de las personas mayores, lo que les permite hacer de sus comercios lugares más accesibles. Colocan una pegatina en sus escaparates que les identifica como establecimiento amigable. Las personas saben que en caso de necesitarlo, les ayudarán. Ya son casi 60 los que están implicados.

Es una nueva forma de trabajar que teje una red de colaboración a pie de calle, entre entidades, asociaciones y servicios públicos. Todos tenemos un papel que permite acompañar a una persona mayor a vencer su situación de soledad. Nos ha permitido hablar y abordar la soledad desde otras perspectivas, ya que no solo afecta a las personas mayores. Afecta a todas las personas en cualquier etapa de la vida.

Algunos datos: en 2019 participaron 180 personas. Muchas llegan nuevas y otras salen. Conocen otros recursos, actividades y comienzan a estar en otras cosas.

El 80% son mujeres, de 80 años, y el 67% viven solas con escasas relaciones familiares o sociales. Son grupos abiertos. También participan otras personas que no tienen este perfil.

Los grupos han dado un paso más: quieren ayudar a otros. Acuden al colegio de Santa María para apoyar en la lectura a niños y niñas de 5º y 6º de Primaria. Es un claro ejemplo de empoderamiento y fuerza del grupo ayudando a otros con dificultades académicas.

Más información: www.vitoria-gasteiz.org/centrossocioculturalesdemayores.

Persona de contacto: Maite Ruiz de Sabando Madina. mruizdesabando@vitoria-gasteiz.org.

PIZTU ZURE AUZOA

KOROATZEA



PIZTU ZURE AUZOA KOROATZEA

Auzo atseginagoa egiten lagundu nahi dugu, guztiak eguneroko jarduerak besteekin harremanetan eta lasai paseatzen egitea.

Parte hartzeko hainbat modu dago

Adinekoa bazara



Adinekoentzako zentro soziokulturalera etorri aitezke:

- Astelehene tan, 5:30ean, eta asteazkene tan, 12:15 ean, talde bat elkartzeko gara hitz egiteko eta une atsegina pasatzeko.



Zure errimora egokitzen gara. Ibilbide seguru bat diseinatu dugu eta sinbolo hau izango du.



Ez dago izena eman beharrik, ez dago leku mugarik. Doakoa da eta nahi duzunean joan zaitezke. Proba ezazu. Ez zaitez etxean geratu!

Auzokoa bazara

- Eta ekimena adinekoentzat interesgarria izan daitekeela uste baduzu, zabal ezazu.
- Zure laguntza eta iritzia ondo datozkigu.

Auzoko denda, elkarte edo zerbitzua bazara

- Adinekoengan arreta jarri ahal duzu eguneroko lanean, bere segurtasuna eta ongizatea nola hobetu aztertzeko. Lagun diezazuekegu.
- Euskadi Lagunkoia zigitua lor dezakezu. Galde diezazuegu.



Azalpen gehiago behar baduzu edo parte hartu edo ideiak eman nahi badituzu... ez izan zalantzarik:

Koroatze adinekoentzako zentro soziokulturalen galdetu (Arriagako atea, 14)

edo 945 161 420 telefonora deitu

Irati



Asier



“Denboran zehar lortzen da hiriko kaleetako konfiantza, espaloietako harreman publiko txiki asko narroteko”.

Jane Jacobs

ACTIVA TU BARRIO

CORONACIÓN



ACTIVA TU BARRIO CORONACIÓN

Queremos contribuir a que nuestro barrio sea más acogedor. Que todas las personas puedan hacer sus actividades diarias, relacionándose y paseando por sus calles con más facilidad.

Hay varias maneras de participar

Si eres una persona mayor



Puedes venir al centro sociocultural de mayores:

- Nos reunimos los lunes a las 5:30 y los miércoles a las 12:15 un grupo para charlar y pasar un buen rato.



Nos adaptamos a tu ritmo. Hemos diseñado un itinerario Seguro. Estará señalado con este símbolo:



No hace falta inscribirse, no hay límite de plazas, es gratis y puedes ir cuando quieras. Anímate a probar. ¡No te quedes en casa!

Si eres vecino/a

- Y crees que esta iniciativa puede ser útil para las personas mayores, ¡corre la voz!
- Tu colaboración y tu opinión nos interesan.

Si eres un comercio, asociación o servicio del barrio

- En tu día a día puedes prestar atención a las personas mayores para ver cómo mejorar su seguridad y bienestar. Te podemos ayudar.
- Puedes obtener el sello de amigabilidad (Euskadi Lagunkoia). Preguntanos.



Si quieres que te lo expliquemos mejor, dar ideas, participar... no lo dudes, pregunta por nosotros/as:

Centro sociocultural de mayores de Coronación C/ Portal de Arriaga nº 14
 Llama al 945 161 420

Iraiti



Asiar



“La confianza en las calles de una ciudad se construye a lo largo del tiempo a través de muchos, muchos pequeños contactos públicos en las aceras”.

Jane Jacobs

DONOSTIA LAGUNKOIA, UN PLAN DE CIUDAD PARA FACILITAR LA INTERCONEXIÓN ENTRE PERSONAS Y CONTRIBUIR AL BIEN COMÚN

Eva Salaberria

Donostia Lagunkoia

El envejecimiento de la población es un hecho constatado en Donostia. Hoy, en nuestra ciudad, un 24% de la población tiene más de 65 años y, según las proyecciones del EUSTAT, superará el 27% en 2030; en ese año, el 50% de la población donostiarra tendrá más de 50 años. Este hecho es reflejo de un fenómeno global, de una historia de éxito fruto en buena medida de las mejoras en las condiciones generales de vida de la sociedad en la que vivimos.

El fuerte incremento de la esperanza de vida, junto con un importante descenso de las tasas de natalidad, se traduce en un cambio de estructura demográfica que, según indican todas las proyecciones, no es solo un escenario posible, sino que salvo catástrofes o fenómenos singulares, se producirá con un 100% de certidumbre.

Esta nueva estructura demográfica, en la que por primera vez en la historia de la humanidad hay más personas mayores que niños y niñas, es ya bien visible en Donostia³⁷ y repercute en el funcionamiento de nuestra ciudad en todos los ámbitos: planificación y gestión urbana, infraestructuras y servicios, educación, mercado laboral, movilidad, servicios sociales y sanitarios, cultura, gobernanza... Una realidad nueva, hasta ahora desconocida, que requiere ser abordada en toda su complejidad y a diferentes escalas, tanto de manera individual como a nivel de ciudad.

Los retos que plantea el envejecimiento son retos que nos interpelan a la sociedad en su conjunto y su abordaje exige considerar deseos y necesidades de las personas que enve-

³⁷ Si en Donostia fuéramos 100 habitantes, 17 tendrían menos de 19 años, 15 tendrían entre 20 y 34, 29 entre 35 y 54, 21 entre 55 y 70, y 18 más de 70 años.

jecen, pero también los de las personas de otras edades. Hablar de vejez exige considerar todo el curso vital y recomponer el pacto entre generaciones para que todas las personas, independientemente de la edad y del peso que su grupo representa, podamos desarrollar nuestro proyecto vital con sentido e igualdad de oportunidades.

En ese camino, las reflexiones estratégicas realizadas por diferentes personas y agentes en nuestra ciudad en los últimos años han planteado la necesidad de abordar estos desafíos desde un enfoque integral y sistémico. Y es ahí donde entra Donostia Lagunkoia, la herramienta que el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián impulsa con el fin de responder a esa necesidad generando un espacio que facilite la comprensión de los nuevos retos y sus interdependencias, y permita la construcción de una visión compartida sobre los grandes desafíos, y también las muchas oportunidades, que el envejecimiento de la población presenta.

Así, Donostia Lagunkoia conecta, desde la visión holística que hemos construido colectivamente, iniciativas, agentes y recursos, y promueve actuaciones que tienen como propósito común “*construir en una Donostia que envejece, una ciudad amigable para todas las edades*”. Para las personas que vivimos hoy y también proyectando hacia el futuro, con el propósito de anticipar y proponer respuestas para las generaciones venideras.

Donostia Lagunkoia aborda toda esta complejidad estructurando el trabajo en torno a cuatro ejes que pretenden señalar retos que hemos considerado singulares y específicos en nuestra ciudad, y que en su formulación evidencian también que la longevidad puede ser una importante palanca de cambio e innovación social.

1. En *Espacio Público y Movilidad* hablamos de reforzar en la planificación, diseño y gestión de calles y plazas la idea de espacio público como bien común. Entendemos que el espacio público determina nuestras relaciones sociales y que genera o no, en función de cómo se diseña y gestiona, vínculos e interacción social, influyendo directamente en la convivencia y cohesión social. Calles y plazas forman parte de un sistema que, como un organismo, evoluciona con la población.
2. En *Vivienda para toda la Vida* ponemos una atención especial en la vivienda existente, viviendas que en su mayoría no han sido diseñadas o construidas para cubrir las necesidades de las personas que envejecen en términos de accesibilidad, tamaño o ubicación. Hablamos de flexibilidad y adaptación de normativas, de accesibilidad, de información y asesoramiento, de generar instrumentos financieros nuevos. También de desarrollar nuevos modelos y alternativas de vivienda que puedan dar respuesta a estilos de vida diversos y más acordes con las nuevas formas de vivir en el siglo XXI.
3. *Una Comunidad que Cuida* reflexiona sobre cómo articular respuestas colectivas a los retos que nos plantea una dimensión tan esencial, cotidiana y permanente como son los cuidados. Vulnerabilidad de la vida, cambio del modelo familiar, crisis de cuidados, vínculos y relaciones de proximidad, redes de apoyo que se construyen

en términos de reciprocidad e interdependencia, acción comunitaria que promueve la participación de personas que viven situaciones de fragilidad y reconoce su capacidad para ser agentes activos en esa construcción de comunidad.

4. La visión del eje *Transición a un nuevo ciclo vital y gestión de la edad* señala la vejez como una etapa más del curso vital, una etapa que requiere, como otras, preparación y una cierta anticipación para tomar decisiones que faciliten un buen envejecer a las personas y también en las organizaciones, itinerarios y ciclos vitales, toma de conciencia del punto de inflexión que supone la jubilación en las trayectorias vitales, transferencia y gestión del conocimiento en las organizaciones ante las jubilaciones masivas que se van a producir en los próximos años, relevo generacional, gestión de la diversidad y aprendizaje intergeneracional, flexibilidad, anticipación y transiciones, vida con sentido y proyecto vital como elemento clave para un buen envejecer.

Los contenidos que articulan estos 4 ejes son interdependientes y necesitan para su implementación un trabajo interdisciplinar y transversal, y la cooperación de múltiples actores, públicos y privados, que se comprometan con los objetivos, principios, valores y formas de hacer en los que Donostia Lagunakoa se asienta. Porque los retos que el envejecimiento plantea son retos sociales y como tales requieren respuestas colectivas que en Donostia Lagunakoa articulamos a través de procesos de participación comunitaria en los que las personas mayores son protagonistas.

En Donostia las personas que envejecen son personas con intereses, capacidades, expectativas, itinerarios y proyectos de vida diversos, y suponen un activo importante a la hora de avanzar en la construcción de esa ciudad mejor para todos y todas. Estas personas están señalando con su participación desafíos concretos que, aunque *a priori* pueden parecer relacionados con necesidades vinculadas a la vejez, en la mayoría de los casos conectan con necesidades e inquietudes que trascienden al ciclo vital. En esta época de cambio acelerado y complejidad, la edad ya no es, y no será, un elemento homogeneizador y todas las personas, independientemente de su edad, pueden ser agentes de cambio y construcción del bien común.

En concreto, en lo que se refiere al ámbito de la soledad no buscada, Donostia Lagunakoa desarrolla, a través del tercero de sus ejes *–Una comunidad que cuida–*, una estrategia de acción comunitaria que tiene como objetivo promover dinámicas que permitan mantener los vínculos con la comunidad a la que se pertenece y generar desde ahí redes que faciliten la provisión de apoyo y cuidado cuando aparecen situaciones de aislamiento, fragilidad o falta de energía.

En esta sociedad testigo del cambio de las estructuras familiares y el modelo tradicional de organización del cuidado, antes provisto en el ámbito familiar (específicamente por las mujeres) y en la que existen altos niveles de libertad individual y autonomía personal a los que seguramente no queremos renunciar, en Donostia Lagunakoa nos preguntamos:

- ¿Cómo articulamos respuestas colectivas a los retos que nos plantea una dimensión tan esencial, ordinaria y permanente de nuestras vidas como son los cuidados?
- ¿Cómo organizamos la provisión de cuidados y apoyo cuando aparecen realidades como la soledad, la enfermedad, la falta de energía o el riesgo de aislamiento y desvinculación?
- ¿Cuál es el papel de la comunidad y de lo comunitario en la mejora de la calidad de vida y el buen vivir de las personas mayores cuando aparecen estas realidades?
- ¿Cómo podemos construir un modelo realista que responda al deseo y voluntad generalizada de envejecer y ser cuidado/a en el entorno habitual, evitando en la medida de lo posible la institucionalización?

Para responder a estas preguntas, en Donostia Lagunkoia impulsamos iniciativas de co-creación desde el protagonismo de las personas que viven en ese tipo de realidades. Queremos conocer sus necesidades y deseos, y construir a partir de sus vivencias y saberes sistemas que ofrezcan respuestas tangibles a esos deseos y necesidades. Son procesos muchas veces de carácter “artesano”, basados en dinámicas relacionales y pequeñas acciones que los convierten en únicos, pero no por eso irreplicables.

La escucha activa y que las personas sientan que lo que están diciendo se va a recoger y tener en cuenta; la cercanía, el respeto y delicadeza para no entrometerse en su intimidad; no imponer ritmos; el trato sin prejuicios; valorar a las personas no por lo que fueron, sino por lo que son hoy y por su capacidad de proyectar hacia el futuro; invitar a soñar que es posible mejorar nuestras vidas y más si se hace en comunidad... son estrategias clave para generar contextos en los que estas personas se empoderan y se corresponsabilizan en la construcción del bien común.

En Donostia Lagunkoia buscamos explorar modos y mecanismos que permitan visibilizar las fortalezas de las personas que necesitan atención y apoyo continuados, y promover, de acuerdo con sus deseos y capacidades, su participación en la construcción de respuestas a los desafíos a los que nos enfrentamos con relación a los cuidados y la atención a la fragilidad. Para ello, además de conocer necesidades, motivaciones, deseos e intereses de estas personas, necesitamos conocer las de las comunidades en las que estas viven y así identificar juntos cómo podemos (re)construir hoy relaciones de apoyo e idear, a partir de esas miradas diferentes, soluciones que mejoren los escenarios de vida cotidiana para todos. En definitiva, se trata de poner en valor el poder de la vulnerabilidad, de la interacción, de la reciprocidad y solidaridad entre generaciones, y construir sistemas de cuidados que permitan a las personas que envejecen mantenerse implicadas con la vida.

La intergeneracionalidad es en este marco uno de los grandes retos al que hacer frente. Necesitamos que la ciudad sea capaz de ofrecer oportunidades para el encuentro y el reconocimiento mutuo, espacios comunes que permitan compartir intereses y retos, en

los que se pueda generar un sentimiento de pertenencia compartido. En este sentido, las personas que envejecen en Donostia manifiestan que en la vejez, los vínculos intergeneracionales son especialmente relevantes y sienten que la integración del mayor dentro de la comunidad, y con otros grupos de edad, podría ser mayor cuando aparece la fragilidad o el aislamiento. Junto con los servicios públicos, las familias y las amistades, el vecindario, las asociaciones, el comercio, los profesionales y los equipamientos de proximidad pueden ser aliados clave en esa función fundamental de mantener la vinculación con la comunidad a la que se pertenece y cubrir necesidades, especialmente las relacionadas con la dimensión social y relacional de esas personas.

En las iniciativas que desarrollamos se muestra que la función de la comunidad en el cuidado tiene que ver con microrrelaciones que se dan en el día a día, en la cotidianidad. Son muchas veces pequeños gestos, como el saludo, una conversación..., peticiones sin mucha ambición, fáciles de realizar, pero que pueden suponer un cambio sustancial en la calidad de vida de las personas mayores en situación de mayor fragilidad.

“lo que pido es una mirada, un achuchón, que me saluden por mi nombre, pequeños gestos que hacen que te sientas parte de”

Aunque de primeras expresan cierta complacencia con la situación existente, las personas que participan en estos procesos de cocreación reconocen que el contacto y el cuidado entre vecinos y vecinas es cada vez menor. Esta falta de relaciones y cuidado comunitario encuentra su justificación en dos grandes cuestiones: por un lado, está la existencia de creencias y elementos culturales en torno al cuidado que lo dificultan y, por otro, los elementos estructurales o sistémicos que impiden disponer del tiempo para cuidar.

Con relación al primer grupo, hemos visto que nos cuesta aceptar la propia situación de fragilidad o de falta de autonomía, y que como se percibe como algo negativo, se esconde dentro del ámbito doméstico. También hemos visto que en nuestra sociedad tiene mucho peso la creencia de que el cuidado es un tema familiar, privado. Esto se traduce en que las propias personas mayores no reconocen de forma abierta su fragilidad y que las familias perciben a veces, ante la oferta de ayuda, una intromisión en sus responsabilidades y que se pone en cuestión su capacidad para cuidar. Comprender qué narrativas operan en estos ámbitos nos ayuda a generar respuestas más ajustadas y transformadoras, porque la fragilidad solo es visible desde la cercanía y solo desde esa cercanía es desde donde se pueden crear los vínculos y relaciones de confianza imprescindibles para que el apoyo y cuidado sean aceptados.

En referencia concreta al cuidado, las personas que viven situaciones de fragilidad reivindican el derecho a tomar decisiones por sí mismas y que la provisión de apoyo se dé desde una actitud de “me pongo a tu disposición”. Estas personas reivindican el respeto a su autonomía y rechazan las actitudes paternalistas y de poder que, a veces, recrean las relaciones de cuidado, porque dicen “*el cuidado no es inocente*”: cada persona decide cómo, cuándo y por qué.

Con relación a los elementos estructurales, la falta de tiempo, las prisas..., en otras palabras, el ritmo de vida que impone el mercado laboral es uno de principales obstáculos para el fortalecimiento de las relaciones vecinales. Tejer comunidad y hablar de cuidado es muchas veces ir “contracorriente”.

“No hay tiempo, muchas prisas, estamos en todo momento ocupados”.

“No veo a nadie por la escalera... Los jóvenes de arriba están trabajando todo el rato... Somos 8 vecinas, pero no nos vemos nunca”.

En estos espacios las personas mayores indican que tienen mucho que aportar, no por lo que fueron, sino por lo que son. No obstante, si bien se muestran dispuestas a ayudar, expresan que el contexto social se muestra hostil ante esta posibilidad. Meterse en la vida del otro, preocuparse por los vecinos, es visto en cierta medida como una intromisión.

“Me gustaría atreverme a tocar el timbre al vecino y preguntar si necesitan algo”.

“No, por si no le gusta a la persona, te da apuro, no te quieres meter demasiado, piensa que... Yo ahora mismo en la vecindad he bajado tres veces a un piso y la cuarta no sé si bajaré, porque saben que estoy ahí y si me necesitan... Es eso, que no quieres ser pesada o...”.

También hemos constatado la existencia de cierto miedo a sentirse atrapado en las relaciones de cuidado. Adoptar el compromiso de implicarse en una relación de cuidado de forma voluntaria no es sencillo y menos aún si, como hemos señalado, carecemos de tiempo. Hemos visto que el miedo a verse “absorbido” lleva a menudo a adoptar posiciones tibias y a no involucrarse. Aprender a poner límites y acotar compromisos podría ayudar a superar estos miedos.

A partir de las prácticas experimentales que desarrollamos, identificamos los elementos que creemos que pueden ayudar a construir un modelo realista que engarce con nuestra cultura e idiosincrasia, y que a la vez proyecte cambio y transformación en prácticas y mentalidades con relación a lo comunitario. En este sentido, es importante apuntar que la comunidad es un agente relevante, pero no un sustituto de los sistemas públicos o privados de provisión de cuidado. Es una esfera más del sistema de bienestar y debe ocupar su espacio proveyendo el tipo de cuidado que le corresponde sin pretender sustituir lo que corresponde a otras esferas.

Se trata, en definitiva, de generar nuevas imágenes y contextos que permitan reconocer, aceptar, atreverse a mostrar y practicar la propia vulnerabilidad, y construir en torno a los cuidados un relato acorde con una realidad que, siendo diferente, sigue planteando la necesidad de gestionar vínculos y relaciones en un espacio común de derechos de manera corresponsable, porque en Donostia Lagunkoia consideramos el cuidado como un valor público, una parte de nuestra forma de comprender qué es y hace la ciudadanía. Es desde esa concepción desde donde invitamos a pensar colectivamente cómo compartir

responsabilidades en una dimensión esencial, ordinaria y permanente de nuestras vidas como son los cuidados.

Las personas que envejecen en Donostia nos han mostrado con sus reflexiones que la comunidad puede ser una alternativa real en la sociedad de siglo XXI y que abordar ese desafío requiere dar visibilidad a la vulnerabilidad y reivindicar la importancia que tienen los cuidados en la sostenibilidad de la vida; integrar principios como diversidad, interdependencia o reciprocidad; y también impregnar las políticas de vivienda y de diseño y gestión del espacio público de actuaciones que habiliten la ciudad física para la promoción de vínculos comunitarios y la provisión de cuidados.

Para terminar, no podemos olvidar que el concepto de vejez está cambiando (en los últimos años, de forma acelerada) y que estos cambios van a demandar una renegociación de lo que entendemos por vejez. Por sus actitudes y demandas sociales, las nuevas generaciones de mayores están renovando el imaginario del envejecimiento en nuestra cultura: ¿quiénes y cómo serán las personas mayores del futuro si hoy en día una persona de 65 años ya no se siente mayor? Surgirán, seguro, perfiles diferentes que requerirán acercamientos personalizados, porque la vejez se presenta de manera diferente en personas diferentes y, por lo tanto, no podemos hablar de un único patrón de envejecimiento.

Como la juventud, la vejez es mucho más una construcción social que una etapa biológica precisa y varía según los marcos mentales y el contexto cultural e histórico que determina cómo ha de ser un ciclo vital. Hoy, que la sociedad está cambiando de manera tan radical y acelerada que muchas veces no sabemos, ni tampoco imaginamos realmente, qué tipo de sociedad va a resultar de la revolución de la longevidad y de los cambios sociales, económicos y tecnológicos que como personas y sociedad deberemos gestionar. ¿Cuál es el papel que como sociedad queremos que tengan las personas mayores? ¿Estamos dispuestos a dar cauce al activo que suponen, también cuando necesitan apoyo y cuidado, para construir nuevas respuestas y contribuir al bien común?

LA EXPERIENCIA DEL BANCO DE TIEMPO DEL AYUNTAMIENTO DE BARAKALDO: 7 AÑOS TEJIENDO RELACIONES INTERCULTURALES DE CUIDADO

Jone Pariza

Barakaldoko Udaleko Immigrazio teknikaria.

Barakaldoko Denboraren Bankua

Técnica de Inmigración del Ayuntamiento de Barakaldo.

Banco del Tiempo de Barakaldo

***“Todos soltamos un hilo, como los gusanos de seda.
Todos roemos y nos disputamos las hojas de la morera, pero ese hilo,
si se entrelaza, puede hacer un hermoso tapiz, una tela inolvidable”.***

Manuel Rivas. *El lápiz del carpintero*

*“Mirenek asteazkenean trebakuntza ikastaro batetan parte hartu nahi du, baina ezin du bere txakurra horrenbeste denbora bakarrik utzi. Luz Marik bere burua eskaintzen du denbora horretan txakurra parkera ateratzeko. Mohamedek badaki sukaldatzen eta horretaz dakien guztia Olatzi irakastea gustatuko litzaioke. Olatz bakarrik bizitzen hasi da eta sukaldatzen arin ikasi behar du. Bestaldetik, Olatzek Pacori erosketak egiten dizkio. Paco zahartzen ari da eta ezin du kalera atera ezta pisuak zamatu. Nelsonek Lolari aspalditik ez dabilen entxufea konpondu dio. Lolak Mari Luz kanpoan lanean ari den aste batzuetan bere landareak ureztatzeko prest dago. Mirenek Mohamedi gelako kortinak konpontzen dizkio. **Elkarri laguntzeko eta giza harremanak sustatze aldera sareak osatzeko aukera ezberdinen adibideak dira. Etorri Barakaldoko Denboraren Bankura”.***

Introducción

Esta presentación pretende dar a conocer la experiencia del Banco de Tiempo del Ayuntamiento de Barakaldo, con el propósito de generar un espacio de reflexión y aprendizaje sobre el aporte que los bancos de tiempo tienen como recursos de desarrollo comunitario para facilitar la interconexión de las personas sobre la base de la ayuda mutua.

Sin duda, la llegada de personas extranjeras constituye uno de los factores de cambio más relevantes en la sociedad actual, proceso de cambio que implica un reto estructural y prioritario para nuestras ciudades y sus instituciones. Entendemos que el mismo conlleva no solo aprender a gestionar posibles conflictos, sino también aprovechar las oportunidades de la nueva diversidad. En este sentido, es necesario resaltar el hecho de que la sociedad de acogida ya era diversa antes del fenómeno migratorio, tanto en expresiones culturales o clases sociales como en formas de vida. Por lo tanto, el fenómeno migratorio no viene más que a aumentar el mosaico de la diversidad social y cultural de las sociedades de recepción de la inmigración. De esta manera, la sociedad de acogida afronta el reto de comprender, aceptar e incluir nuevos modos de vida, diferentes usos del espacio y el tiempo, nuevos modelos de familia, diversas identidades, etc. También quienes llegan enfrentan este mismo proceso de cambio y posterior adaptación. En este complejo y dinámico escenario, las instituciones públicas y, en particular, la administración local tenemos una importante responsabilidad.

A su vez, la actual configuración de nuestros barrios y ciudades, su transformación socio-demográfica (descenso de la natalidad, envejecimiento de la población, llegada de personas migradas...), así como los cambios en el sistema de producción, hacen que cada vez la redes familiares y comunitarias se vean más debilitadas, encontrándonos en nuestros despachos un incremento significativo de personas que afrontan graves problemas como la soledad, el aislamiento o la carencia de una red de apoyos y de cuidados que les permita desarrollar su vida adecuadamente.

Es precisamente en este contexto en el que nace el **Banco de Tiempo del Ayuntamiento de Barakaldo, como un proyecto de participación comunitaria que pretende fortalecer relaciones interculturales y redes de cuidados basadas en la ayuda mutua y en la solidaridad, contribuyendo a la prevención de situaciones de aislamiento, soledad y vulnerabilidad social.**

¿Qué son los bancos de tiempo?

Los bancos de tiempo son un sistema de relación entre personas que intercambian conocimientos, servicios, recursos y habilidades entre sí, y en los que la moneda de cambio es el tiempo.

Son fenómenos eminentemente urbanos, vinculados a la economía social y colaborativa, que pretenden generar un sistema de intercambio multilateral que, además de buscar solucionar problemas de la economía de mercado, tiene por objetivo establecer una red de ayuda mutua y reforzar los lazos comunitarios de un barrio, pueblo o ciudad.

“En un mundo donde todo parece girar alrededor del dinero –en el que los anunciantes usan sus enormes talentos para convencernos de que lo que necesitamos es unos nuevos y blancos dientes, un cabello esnob o una protección de seguros que nos ofrezca un ángel de la guarda– los miembros de bancos de tiempo encuentran que tal vez haya otras formas de saber que tú vales, eren confiable e incluso querido (...) hasta ahora las personas han sido capaces de manejar la matemática compleja del Banco de Tiempo 1=1. Una hora ayudando a otro es igual a un crédito de tiempo. Eso es todo. Más y más personas comprenden que básicamente hay algo errado en nuestra sociedad, cuando una persona mayor puede ser minimizada porque sus propias palabras son ‘no tengo nada de valor para ofrecer, sólo tengo amor’ ¿Cómo puede ser que el amor no sirva para nada? Así, gracias a los Time Dollars (...) un emigrante africano, nuevo en su comunidad, tuvo acceso inmediato a la ayuda y al talento de extraños que lo recibieron, lo cual le hizo pensar que era como regresar a casa (...) una anciana de Rushey Green, Inglaterra, vivió por un año en la oscuridad porque sus cortinas eran muy pesadas y ella no podía abrirlas, gracias que otro miembro de Bancos de Tiempo vino y le puso unas cortinas menos pesadas”³⁸.

En España, los bancos de tiempo tienen una trayectoria de más de 20 años y aunque sus orígenes tuvieron lugar en el marco de las políticas públicas de conciliación e igualdad entre hombres y mujeres, tras veinte años de andadura su evolución ha sido diversa, existiendo bancos de tiempo de todo tipo y naturaleza (municipales, gestionados por entidades sociales, movimientos vecinales...), que persiguen numerosos y distintos objetivos (igualdad de género, integración social, convivencia intercultural, envejecimiento activo...), pero que comparten un mismo sistema de funcionamiento: son una red de intercambios por tiempo. Existen dos entidades referenciales que han acompañado a los distintos bancos de tiempo (unos 200 en la actualidad): la Asociación Salud y Familia³⁹ y la Asociación para el Desarrollo de los Bancos de Tiempo.⁴⁰

El sistema de relación entre personas generado por los bancos de tiempo, sea cual sea su origen, naturaleza o misión, es un sistema de relación que genera **“relaciones de cuidado, ayuda mutua y solidaridad”** y **pone en juego tres dimensiones relacionales** que, a mi entender, **son su fortaleza y que hacen que este proyecto no sea un programa de voluntariado** al uso. Son las siguientes:

³⁸ Cahn, E. S., 2004, prólogo, XX-XXI.

³⁹ www.saludyfamilia.es

⁴⁰ www.adbdt.org

- 1. Es un sistema de relación desde la igualdad:** las horas de cada persona socia valen lo mismo, a diferencia de la lógica monetaria del mercado, lo que genera una relación igualitaria entre las personas usuarias.
- 2. Es un sistema que solo funciona si existe reciprocidad:** el banco solo vive si las socias y socios intercambian, si “piden y dan”, reforzando así la idea de que todas y todos somos capaces y vulnerables al mismo tiempo, generando una relación de ayuda multilateral en la que las personas participantes pueden ayudar y necesitar ayuda.
- 3. Es un sistema que se basa en la interdependencia:** solo funciona en tanto que me reconoce “capaz y vulnerable” al mismo tiempo, es decir, en tanto que reconocemos que nos necesitamos los unos a los otros.

El Banco de Tiempo del Ayuntamiento de Barakaldo

El Banco de Tiempo del Ayuntamiento de Barakaldo es un proyecto incardinado al Eje de Convivencia Intercultural del Servicio Municipal de Inmigración y su puesta en marcha **responde a un cambio de enfoque** en las **políticas municipales de inmigración y convivencia intercultural**, que centra sus esfuerzos en promover programas e iniciativas que generen **la interacción positiva⁴¹ entre los vecinos y vecinas** en los términos definidos por el profesor Carlos Gimenez Romero (2015). El banco se diseña en colaboración con los Servicios Sociales de Base y con el apoyo de los Equipamientos Culturales de Proximidad, que albergan la sede del proyecto, y se concibe como un **instrumento de integración social de personas migradas, promoción de la convivencia intercultural y lucha contra el racismo**.

El sistema de relación que se genera mediante el Banco de Tiempo permite conocer al otro, ofreciendo la oportunidad de **reflexionar** sobre esa mirada construida “del diferente” y colocando a la persona migrada no solo como alguien “que necesita”, sino que también “ofrece”.

Con la puesta en marcha de este proyecto buscamos, por tanto:

- **Crear espacios de encuentro y de cuidado entre vecinos de distintos orígenes**, donde las personas se conocen e intercambian conocimientos, habilidades y experiencias, cubriendo necesidades de ayuda, aprendizaje, cuidados y autocuidados.
- **Fortalecer la cooperación y la convivencia intercultural**, promoviendo el conocimiento, la interacción y el respeto mutuo.

⁴¹ El Plan de Inmigración y Gestión de la Diversidad del Ayuntamiento de Barakaldo 2011-2014.

- **Potenciar la diversidad** (sexo, edad, origen, ocupación, habilidades...) como riqueza.
- **Promover valores humanos positivos:** autoestima, confianza, comunicación, participación, reciprocidad, igualdad, interculturalidad y cohesión social, que ayuden al bienestar individual y colectivo.
- **Mejorar la calidad de vida de las y los barakaldeses favoreciendo la creación de redes sociales** basadas en la ayuda mutua y en la solidaridad, que además contribuyen a la prevención de situaciones de aislamiento, soledad y vulnerabilidad.

En la actualidad el Banco de Tiempo de Barakaldo está conformado por 190 socias y socios, de los cuales 105 son eminentemente activos. En el mismo conviven vecinas y vecinos de más de 20 nacionalidades, en edades comprendidas entre los 19 y 80 años, habiendo realizado más de 1.000 intercambios (tanto grupales como individuales), que han generado un saldo de 4.291 horas. Entre los numerosos servicios e intercambios destacamos: acompañamientos, reparaciones y pequeñas chapuzas domésticas, grupos de paseo, cursos de cocina, formación en nuevas tecnologías, grupo de debate, taller de tai chi y meditación, etc. Para participar en el Banco de Tiempo solo hace falta ser mayor de edad y ser vecina o vecino de Barakaldo. El acceso es libre (aunque existan numerosas derivaciones profesionales) y se realiza en la Secretaría del Banco de Tiempo, ubicada en el Centro Cívico Clara Campoamor. Su gestión está profesionalizada y en la actualidad está dinamizado por una educadora social de Gaztaroa Sartu Koop. Elkarte.

Algunas conclusiones

Tras los 7 años de vida de nuestro Banco de Tiempo, podemos afirmar que **ha ampliado y enriquecido los objetivos previstos inicialmente en el proyecto**. Así, cuando comenzamos este cambio de enfoque de las políticas interculturales y de integración social de las personas migradas en nuestro municipio, no podíamos prever la potencia que un proyecto como el Banco de Tiempo podría tener, no solo para mejorar la calidad de vida de las personas migradas, sino de toda la ciudadanía.

El Banco de Tiempo se ha convertido en un **recurso comunitario** que utilizan distintos servicios municipales de atención a las personas (Servicios Sociales de Base, Equipos de Intervención Socioeducativa, Servicio de Acogida a Personas Migradas y Solicitantes de Asilo, Servicio de Atención a Personas Mayores, Gazte Bulegoa, etc.), habiéndose configurado a su vez como un **agente comunitario** de referencia que colabora con el movimiento asociativo y ciudadano del municipio.

Un **mínimo denominador común que une a todas las socias y socios del Banco de Tiempo de Barakaldo es la voluntad y necesidad de cuidarse y de ser cuidado en un barrio o en un vecindario que cada vez se percibe menos solidario y más**

individualista, bien porque acabas de llegar de un país extranjero, bien porque has envidado y no tienes red familiar, bien porque los usos y costumbres del barrio han cambiado, bien porque careces de redes de apoyo, etc. Así, aunque sea de esta manera “artificial”, el Banco de Tiempo funciona como una comunidad de la que formas parte en tanto que “pides cuando necesitas y das cuando puedes”, generándose un sentimiento de pertenencia que mitiga esa soledad no siempre deseada que provoca el hecho de migrar, envejecer o encontrarse en una situación de desprotección.

Algunos de los muchos ejemplos posibles para ilustrar lo expuesto **son las distintas iniciativas que el banco ha desarrollado en el marco de la pandemia provocada por la COVID-19**. Así, aunque desde la secretaría hemos llamado a cada una de las personas socias del banco para hacerles un acompañamiento, fueron ellas mismas, en colaboración con la secretaría, quienes no dudaron en activarse para adaptar el funcionamiento del Banco de Tiempo a las restricciones impuestas durante el estado de alarma, manteniendo los intercambios individuales y grupales que se podían hacer telemáticamente, pero, sobre todo, activando las iniciativas grupales que pudieran para acompañar específicamente a los socios y socias del Banco de Tiempo durante el confinamiento. Destacamos en este sentido:

- el juego “No rompas la cadena de cuidados del Banco”, que consistió en un reto en el que cada persona socia tenía que llamar a otra en un tiempo limitado;
- la “Caja de resistencia”, que de manera excepcional y con una fecha de caducidad se creó para ayudar económicamente a aquellos socias y socios más vulnerables;
- el “Primer concurso de fotografía sobre la Pandemia del Banco de Tiempo”, que activó a todos los socios y socias a realizar una foto y votar sobre la mejor fotografía.

Todo esto son muestras no solo del acompañamiento y cuidado que se han generado entre los miembros del Banco de Tiempo, sino de otro elemento imprescindible de este proyecto: **el indispensable papel de las personas socias del banco, su verdadero motor**. Darles el protagonismo genera una relación de colaboración y confianza mutua entre la institución (Secretaría del Banco de Tiempo) y la comunidad, permitiéndoles cocrear y codirigir la vida del banco con un elevado grado de autogestión, generando unas redes de ayuda y apoyo mutuo impensables si la institución actuara en solitario.

En definitiva, la experiencia del Banco de Tiempo del Ayuntamiento de Barakaldo nos puede servir de inspiración, por un lado, para poder pensar que **“Otra manera de relacionarse es posible”**, y, por otro, para tomar conciencia de que **“Otra manera de entender la políticas públicas de atención a las personas es posible”**, pudiendo diseñar y crear desde las instituciones, programas y/o recursos junto con (y no solo para) la comunidad. Añado una última cosa para terminar: no solo se puede, sino que, además, merece la pena hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cahn, E. S. (2004). **No más gente desechable. La coproducción, un imperativo.** Washington: Esential Books
- Gisbert, J. (2010). **Vivir sin Empleo. Trueque, bancos de tiempo, monedas sociales y otras alternativas.** Barcelona: Los Libros del Lince, S.L.
- Giménez Romero, Carlos. (2003). **Qué es la inmigración.** ¿Problema u oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes? ¿Multiculturalismo o interculturalidad? Barcelona: RBA Libros, S.A.
- Marchioni, M.; Morín, L. M.; Giménez, C.; y Rubio, J. A. (2015). **Juntos por la convivencia.** Claves del proyecto de intervención comunitaria intercultural. Barcelona: Obra Social “La Caixa”.
- “Guía práctica para aplicar el modelo urbano de integración intercultural”. INTERCULTURAL CITIES. Consejo de Europa (www.coe.int/interculturalcities).
- “II Plan de Inmigración y Gestión de la Diversidad Ayuntamiento de Barakaldo 2011-2014”. (www.barakaldo.eus).



**“GIZA ESKUBIDEEI BURUZKO JARDUNALDIAK”
BILDUMA**

**COLECCIÓN
“JORNADAS SOBRE DERECHOS HUMANOS”**



ararteko

Herriaren Defendatzailea
Defensoría del Pueblo

www.ararteko.eus