



# Aproximación a la soledad en los centros del Imserso

---

EDITA

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gob.es/>

<https://imserso.es/documents/20123/0/>

[aprox\\_soledad\\_centros\\_imserso/498bff49-4e1c-69c3-96a5-d958499a00ee](https://imserso.es/documents/20123/0/aprox_soledad_centros_imserso/498bff49-4e1c-69c3-96a5-d958499a00ee)

NIPO: 235250065

Fecha edición: 2025

**Autora:** Mercedes Gallego, Jefa de Servicio, Unidad de Coordinación de Estudios y Apoyo Técnico del Imserso.

**Agradecimientos:** (Ver en Anexo el nombre completo de los Centros)

CREA en Salamanca, Ana M<sup>a</sup> Mateos, Mireia Tofiño y Beatriz Peláez;

CREDYD en San Andrés de Rabanedo (León), Teresa Gutiérrez, Carmen García Aller y Almudena Aragón-Báñez.

CEADAC: Silvia Martínez Rabancho.

CEAPAT: Rosa Regatos y María Estefanía del Toro.

CREER en Burgos: Aitor Aparicio y Yolanda Ahedo.

CREDINE en Langreo (Asturias): Sibely García.

CREDEF en Soria: Silvia Oliva y María Rupérez,

CREDEI en León: Silvia Fernández.

(CPAP) en Bergondo: (A Coruña): Verónica Couceiro.

CAMF de Guadalajara: Eva López-Tello y Alicia Anguita.

CAMF de Leganés: Marina Zumel (Madrid).

CAMF de Pozoblanco (Córdoba): Inmaculada García.

CAMF de Alcuéscar (Cáceres) Ángela Marcos.

CRMF Madrid: Inmaculada Orduna y Laura Fernández.

CRMF Salamanca: Emma Lourenzo e Idoia Zuñeda.

CRMF Albacete: Carolina Cebrián y Pilar Picazo.

CRMF Lardero: Enrique Zazo y Sara Sagredo.

Centro Polivalente Social para personas Mayores CPSPM en Melilla: Ibrahim Molina.

Subdirección de Gestión: Isabel de la Encina, Paloma López de Subdirección General de Gestión del Imserso.

**Maquetación texto:** versión accesible para lector de pantalla por CEAPAT. Francisca Rigo y Tomás Herrera.

**Diseño:** Eduardo Jesús Vilas. Técnico de imagen en Servicios Centrales del Imserso

# Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b> .....	<b>5</b>
REFERENCIAS. ....	7
<b>2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.</b> .....	<b>9</b>
<b>3. LA MEDICIÓN DE LA SOLEDAD.</b> .....	<b>13</b>
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE MEDIR LA SOLEDAD? .....	13
GUÍAS O PROTOCOLOS QUE INCLUYEN HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN.....	14
ESCALAS DE SOLEDAD. ....	18
ESCALAS DE RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL Y FAMILIAR.....	22
REFERENCIAS. ....	25
<b>4. SOLEDAD EN PERSONAS CON DEMENCIA Y CON DETERIORO COGNITIVO Y SUS FAMILIARES.</b> .....	<b>27</b>
APUNTES DESDE LA INVESTIGACIÓN. ....	27
SITUACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS CENTROS DEL IMSERSO.....	30
FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO (REFLEXIONES DESDE EL CREA). ....	34
BUENAS PRÁCTICAS.....	36
REFERENCIAS. ....	38
<b>5. SOLEDAD EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE CUALQUIER EDAD.</b> .....	<b>40</b>
SITUACIÓN EN LOS CENTROS: DATOS Y REFLEXIONES SOBRE SOLEDAD EN PERSONAS USUARIAS Y FAMILIAS. ..	43
OBSERVACIONES SOBRE SOLEDAD EN LOS CENTROS DEL IMSERSO. ....	44
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS. ....	50
BUENAS PRÁCTICAS.....	51
REFERENCIAS. ....	52
<b>6. SOLEDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS.</b> .....	<b>54</b>
FACTORES DE RIESGO, VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN EN LOS CENTROS. ....	55
ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN. ....	57
SITUACIÓN OBSERVADA EN LOS CENTROS DEL IMSERSO. ....	60
Personas con enfermedades raras. ....	63
BUENAS PRÁCTICAS.....	65
REFERENCIAS. ....	72
<b>7. CUANDO EL ESPACIO HABLA: SOLEDAD, USO Y DISEÑO AMBIENTAL EN UN CENTRO.</b> .....	<b>74</b>
Lecciones aprendidas desde la evaluación externa realizada en las instalaciones de los centros (2022-2023).....	76
ELEMENTOS PROPUESTOS EN DISEÑO ESPACIAL DE CENTROS SOCIOSANITARIOS CON ENFOQUE FAVORECEDOR A LA INTERACCIÓN. (ELABORADO POR CEAPAT).....	81
BUENAS PRÁCTICAS.....	87
REFERENCIAS. ....	90
<b>8. OTRAS SITUACIONES VITALES: PREVENCIÓN Y ABORDAJE.</b> .....	<b>92</b>
PREVENCIÓN DE SOLEDAD EN RÉGIMEN DE CENTRO DE DÍA Y ATENCIÓN AMBULATORIA. ....	92
Experiencia en los centros y buenas prácticas.....	93

ETAPA FINAL DE LA VIDA.....	96
Experiencia de los centros en la etapa final de vida. ....	98
REFERENCIAS.....	99
<b>9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
TIPOS DE CENTROS: NORMATIVA, OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS. ....	103
ESCALA SOCIAL ESTE II.....	106
ESCALA LUBBEN. ....	106
ESCALA DE APOYO SOCIAL OSLO. ....	106
ESCALA ZIMET.....	107
ESCALA GIJÓN.....	107
INDICADORES DE RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL DE JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. ....	107
INDICADORES DE RIESGO DE SOLEDAD DE JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. ....	108
FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN O MANTENIMIENTO DE LA SOLEDAD NO DESEADA (EN PERSONAS MAYORES). FUENTE COMUNIDAD DE MADRID. ....	110
INDICADORES POR CATEGORÍAS DE CIUDADES QUE CUIDAN .....	111
CUESTIONARIO IMPACTO SOCIAL O EMOCIONAL POST ACTIVIDAD O TALLER .....	112



Foto cedida por el Centro de Referencia Estatal para Enfermedades Raras. Burgos

# 1. Introducción.

El modelo de Atención integral y centrada en la persona que se promueve desde el Inmerso ha demostrado ser eficaz en el sistema de cuidados y apoyos con beneficios en la intervención social en la infancia, ámbito de la discapacidad, de la salud mental y en el de las personas mayores (Rodríguez, 2024). Trabajar en ese marco hace mucho más fácil que la detección, prevención y abordaje en el sistema de cuidados se pueda integrar de manera más natural.

Se parte de la necesaria separación conceptual entre aislamiento social y soledad como términos a menudo próximos, pero no equiparables. El **aislamiento social** es la ausencia de relaciones sociales (Smith & Víctor, 2019), mientras que la soledad se define como el estado emocional negativo que surge de la percepción de que las necesidades sociales de una persona no se satisfacen tanto en cantidad como en calidad (Perlman et al, 1984). La soledad emocional fue definida por Weiss en 1973 como aquella que surge ante la ausencia de un apego significativo (Weiss, 1973). Para este autor la soledad es una forma de responder a ciertas situaciones y no una forma de debilidad. Otra gran contribución es la que realiza la socióloga Jenny De Jong Gierveld que se aproxima al constructo de soledad. Este tendría dos dimensiones principales: soledad social y soledad emocional. Ambas dimensiones sirven de base para su herramienta de medición. Para De Jong la **soledad emocional** se refiere a la falta de relaciones afectivas íntimas, como las que se tienen con una pareja o un amigo muy cercano. Implica ausencia de apego profundo y cercanía emocional. Por otro lado, la **Soledad social** se refiere a la falta de una red más amplia de relaciones sociales, como amigos, vecinos o compañeros, que proporcionen sentido de pertenencia (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985).

Cabe añadir la **soledad existencial**, definida como una experiencia profunda ligada a la naturaleza de la existencia, en particular, una falta de sentido en la vida (Van Tilburg, 2021). Se caracteriza por falta de conexión con el mundo externo a la persona, sintiéndose aislada, vacía o alienada. Este autor consiguió mediante su escala definir una dimensión más de la soledad junto a la social y la emocional.

Por último, es importante rescatar la conceptualización en función de la duración. Young habla de tres tipos: la más grave es la **soledad crónica** aquella experiencia de insatisfacción con las relaciones sociales que se prolonga por dos o más años, así como la incapacidad de desarrollar relaciones sociales satisfactorias. La **soledad situacional** surge después de un evento vital estresante, como la muerte del cónyuge o la ruptura de un matrimonio. En estos casos, el sentimiento de soledad es temporal y puede superarse cuando se acepta la pérdida y la más leve es la **soledad pasajera**, que aparece en episodios cortos de sentimientos de soledad (Young, 1982).

La aparición de situaciones que a veces acompañan a la discapacidad, a la enfermedad o a algunas formas de envejecimiento puede llevar a la persona a una pérdida de sentido o de desconexión con el mundo exterior y con las que eran sus actividades diarias.

La interrupción de su modo habitual de vincularse con el mundo sitúa a la persona en una situación de vulnerabilidad frente a un tiempo carente de significado. Esto ocurre porque las actividades que emprende puede que no le permitan manifestarse en formas que favorezcan su autorreconocimiento. En este sentido, no resulta tan relevante el mero hecho de estar en acción, sino la naturaleza de dichas acciones y la medida en que estas responden a aquello que verdaderamente le importa (Sancho y col, 2020).

En la base del presente trabajo se encuentra el **enfoque de ciclo de vida** como conjunto de etapas que cualquier persona puede atravesar desde su nacimiento hasta su muerte, considerando los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren a lo largo del tiempo. Este enfoque se conoce como la "teoría del curso de vida" y ha sido desarrollado principalmente desde la sociología, con aportes de la historia, la psicología y la demografía. Fue introducido por el sociólogo Glen H. Elder en la década de 1970 y se centra en cómo las trayectorias individuales están influenciadas por contextos históricos, sociales y culturales (Elder, 1970).

El curso de vida se define por trayectorias que se extienden a lo largo de la vida y transiciones a corto plazo. Cada transición del curso de la vida está incrustada en una trayectoria que le da una forma y un significado específico (Elder, 2001).

Esta teoría se basa en los siguientes principios:

- ✓ El principio del largo plazo: Las experiencias tempranas pueden tener efectos duraderos en la vida de una persona.
- ✓ El principio del tiempo y el lugar: La vida de las personas está influenciada por el contexto histórico y geográfico en el que se desarrollan.
- ✓ El principio del "timing": El impacto de los eventos depende del momento en que ocurren en la vida de una persona.
- ✓ El principio de las vidas interconectadas: Las vidas de las personas están interrelacionadas, y los eventos en la vida de una persona pueden afectar a otras.
- ✓ El principio de la agencia: Las personas toman decisiones y actúan dentro de las oportunidades y limitaciones de su contexto social.

Hay numerosos elementos que están presentes en muchas vivencias de soledad. El edadismo definido por la [OMS](#) como la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad es un reconocido factor de riesgo de soledad).

Muy presente en el aislamiento emocional y social de las personas institucionalizadas, con enfermedades crónicas o con alguna o varias discapacidades es el capacitismo. La académica australiana Fiona Kumari Campbell es un referente en el estudio del capacitismo (*ableism*) en las ciencias sociales. En *Contours of Ableism: The Production of Disability and Aabledness* Campbell (2009) destaca cómo el capacitismo no solo discrimina a las personas con discapacidad, sino que también establece una norma de corporalidad y funcionalidad que define lo que se considera "humano completo". Lo define como "Una red de creencias, procesos y prácticas que produce un tipo particular de yo y cuerpo (el estándar corporal) que se proyecta como perfecto, típico de la especie y, por lo tanto, esencial y plenamente humano. La discapacidad se forma así en un estado disminuido de humanidad" Campbell argumenta que esta norma impone una visión reduccionista de la discapacidad, tratándola como una desviación de la norma en lugar de reconocerla como una expresión legítima de la diversidad humana. Uno de los aportes clave del libro es conceptualizar la discapacidad no como una "condición individual" o un "déficit", sino como un efecto de relaciones sociales, discursos normativos y estructuras institucionales.

La Comisión Europea en su reciente publicación *Soledad en Europa* (Schnepf, 2024) habla de cuatro tipos de características demográficas y socioeconómicas asociadas a mayor riesgo de sentirse solo/a. Las personas con menos recursos económicos y desempleados en primer lugar. En segundo, grupos minoritarios como personas de origen migrante, no heterosexuales y personas con discapacidad. En tercer lugar, personas que se acaban de cambiar de lugar de residencia y, por último, las personas jóvenes entre 16 y 24 años, especialmente mujeres. Este

último grupo presenta los niveles más altos, mientras que los más bajos aparecen en las personas mayores.

La vivencia de soledad y su prevalencia en situaciones de institucionalización tiene características propias y contextos específicos. Al mismo tiempo, estos contextos pueden presentar elementos de protección y oportunidades para prevenir y reducir soledad y aislamiento tanto social como emocional. La gestión de los espacios abiertos o cerrados es clave. Todo ello, definía una necesidad de profundizar y concretar la soledad en los centros del Imsero.

Durante los meses de junio a noviembre de 2024, en el marco de trabajo del Grupo Motor de centros del Imsero se homogeneizaron cuestiones como el uso de conceptos, aspectos vinculados a la medición, a la detección de situaciones de riesgo y de factores de protección, los espacios y su impacto en la percepción emocional y el bienestar de la persona, las especiales circunstancias vinculadas a la aparición de una o varias discapacidades, la cronicidad y la situación de dependencia, las barreras cognitivas y sensoriales. Se identificaron iniciativas que se valoraban intuitivamente como buenas prácticas y que podrían ser evaluadas y compartidas con el resto de los centros de la red del Imsero. Adicionalmente, se buscaron referencias desde el ámbito de la investigación en contextos concretos como soledad en personas con deterioro cognitivo o demencias, o el impacto de ciertos diseños arquitectónicos (interiores o exteriores) o el uso inclusivo, transversal e intergeneracional de las instalaciones sociosanitarias. En varios de estos ámbitos las investigaciones publicadas son escasas.

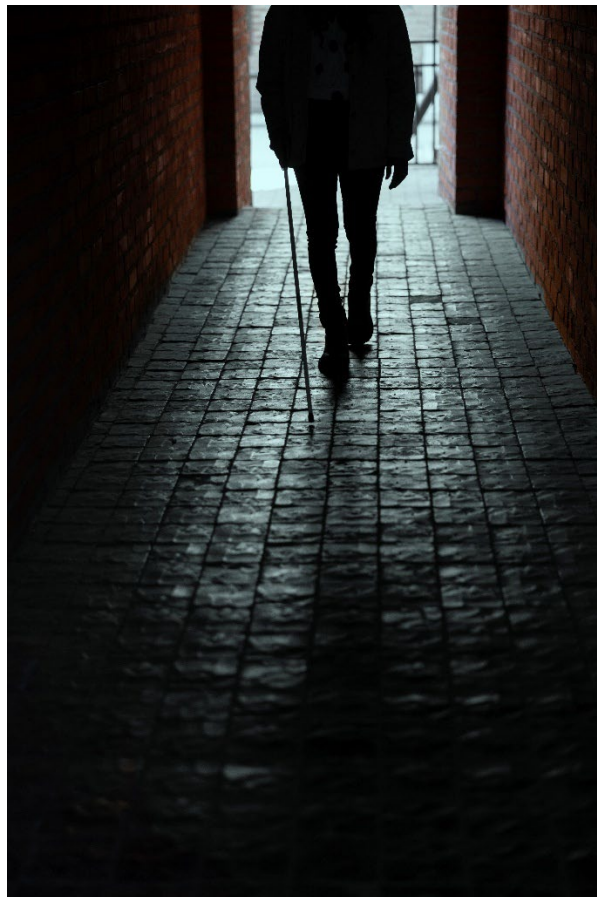
Si bien existen Guías que unen a la parte teórica otra más práctica sobre utilidad de abordajes, experiencias y buenas prácticas, estas suelen ser circunscribirse a un territorio específico y habitualmente sobre personas mayores. (Marsillas, 2022). Faltan este tipo de análisis y recomendaciones para las personas que acuden a los centros sociosanitarios y específicamente, dada su variedad, a los centros del Imsero, cuyas características se mencionan en el siguiente capítulo y desarrollan en el Anexo 1. Hay que tener en cuenta que gran parte de las personas usuarias de estos centros llevan más de 10 años de permanencia en los mismos y urge revisar si el enfoque es el adecuado y como mejorar las condiciones para prevenir la soledad o minimizarla, cuando está presente.

Este documento tiene como objetivo compartir experiencias previas con otros profesionales que trabajan en los centros del Imsero, para ayudarles a comprender mejor esta realidad e iniciarles en herramientas que pueden ser útiles para abordarla.

## Referencias.

- Campbell, F. K. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. Palgrave Macmillan.
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). *The development of a Rasch-type loneliness scale. Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289–299.
- Elder, Glen H., Jr. "Life Course, The." *Encyclopedia of Sociology*, 2nd ed., vol. 3, Macmillan Reference USA, 2001, pp. 1614-1622. *Gale eBooks*.
- Junta de Andalucía 2021, Protocolo para la detección de la soledad no deseada en personas mayores.
- Marsillas S. del Barrio E 2022 Soledad. Guía para la acción. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas sociales del Gobierno Vasco.
- Perlman, D., Peplau, L. A., & Goldston, S. E. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, 13, 46.

- Rodríguez Rodríguez, P. (2024). Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 118-137.
- Sancho, M., Del Barrio, E., Díaz-Veiga, P., Marsillas, S., & Prieto, D. (2020). Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa. *Donostia, Fundación Matia*.
- Schnepf Sylke V., d’Hombres B. Mauri C. 2024. [Loneliness in Europe](#). Joint Research Centre. European Comission.
- Smith, K. J., & Victor, C. (2019). Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing and Society*, 39(8), 1709–1730. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000132>
- Van Tilburg, T. (2021). Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *The Gerontologist*.
- Weiss R.S. 1973 *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*". The MIT Press
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons



## 2. Aspectos metodológicos.

El presente trabajo es el fruto de un proceso de reflexión y de debate sobre varias cuestiones: cómo identificar la soledad en centros sociosanitarios con diverso grado de institucionalización o de recuperación de personas con discapacidad, cómo medirlo si fuera necesario y cómo abordarlo según las situaciones tanto en personas usuarias como en sus familiares. Se ha llevado a cabo con profesionales de centros que, de manera genérica denominamos “centros del Imserso”, pero cuya composición es muy variada. Aunque en el Anexo puede encontrarse una concreción mayor sobre estos centros, parece necesario una breve mención en este capítulo sobre sus tipologías y características.

Fundamentalmente hay tres grandes tipologías. El Imserso tiene entre sus competencias la del establecimiento y gestión de centros de atención especializada o de aquellos a los que se les asignen objetivos especiales de investigación de ámbito de actuación estatal en el campo de acción del Instituto., (art.º 2 g) del RD 1226/2005, de 13 de octubre. Tienen naturaleza diferente, aunque todos están al servicio de personas con necesidades sociosanitarias en diversas situaciones. La regulación de todos ellos puede encontrarse en el Anexo.

Una de ellas son los **CAMF** o Centros de Atención a discapacidad física, creados en 1984 y regulados por la Orden de 3 de noviembre de 1984 del Mº de Trabajo y Seguridad Social. Son centros de ámbito estatal destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en sus necesidades básicas de las actividades de la vida diaria en régimen familiar o domiciliario. Se provee entre otros servicios de atención asistencial, ayuda de una tercera persona cuando sufra carencia funcional, de conservación de capacidades y el fomento de sus relaciones personales y sociales a través del ocio y tiempo libre y de otras actividades que se estimen idóneas.

Otras son los **CRMF** o Centros de Recuperación con Discapacidad Física o sensorial cuya regulación puede verse en el Anexo. Tienen ámbito estatal y parten de un enfoque integrado de la rehabilitación prestando un conjunto de servicios recuperadores de contenido médico-funcional, psico-social y de orientación y formación profesional ocupacional para personas con discapacidad física o sensorial en edad laboral. Dichos servicios se ofrecen en régimen de internado, media pensión o ambulatorio, de acuerdo con las circunstancias personales y necesidades e intereses de las personas usuarias. Buscan proveer la nivelación cultural necesaria para una adecuada formación profesional; la recuperación médico-funcional y psicosocial de las personas con discapacidad física y/o sensorial que lo requieran, así como la preparación para el empleo e integración social y personal.

Los **CRE** o Centros de Referencia Estatal son dispositivos de servicios sociales creados por el Imserso para promover la innovación y mejora de la calidad de los recursos destinados a un sector específico de personas en situación de dependencia. Cada uno se rige por su propia norma de creación. Son centros especializados en gestión del conocimiento, alta especialización en prestación de programas de prevención y atención directa para mejora de atención a personas mayores y/o personas con discapacidad en riesgo de dependencia.

Están integrados en la red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y sirven de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas a fin de optimizar los recursos públicos y privados disponibles. Son recursos que desarrollan acciones supracomunitarias.

El **CPSPM** o Centro Polivalente de Servicios para Personas Mayores de Melilla, por su parte depende del Imserso e a través de la Dirección Territorial de Melilla. Es un establecimiento público cuyo objetivo es servir de vivienda permanente a las personas mayores, desde el que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pueden satisfacer sus necesidades por otros medios. En Melilla hay otros centros para mayores que establecen sinergias con el CPSPM y por ello el efecto multiplicador es enorme.

Esta publicación recoge todo el conocimiento y andadura surgida desde el mes de marzo de 2024. En esa fecha tuvieron lugar unas Jornadas de trabajo en la ciudad de León convocando a 20 centros del Imserso y 57 participantes. Este encuentro fue presidido por la directora general del Imserso que acompañó en todo momento en las sesiones plenarias. Tras unas intervenciones de marco de trabajo, los asistentes compartieron reflexiones en tres talleres rotativos en torno a detección, prevención e intervención de soledad en sus centros. Se propuso dar continuidad a los aprendizajes adquiridos y profundizar mediante la creación de un Grupo Motor compuesto por personal de los diferentes centros de la red del Imserso.

En mayo de 2024 se constituye el Grupo Motor sobre soledad con alrededor de 50 profesionales de diverso perfil que de manera voluntaria deciden enfocarse en aterrizar la soledad en el contexto de los centros del Imserso. En junio de ese año se definen varios subgrupos temáticos: soledad en personas con discapacidad en cualquier edad y sus familiares que no cuentan con institucionalización completa, soledad en personas institucionalizadas, soledad en personas usuarias que muestran deterioro cognitivo o tienen algún trastorno neurocognitivo diagnosticado junto a dos grupos temáticos transversales: uno enfocado a recopilar y analizar de manera comparada un amplio abanico de herramientas diversas que permitan ayudar a la detección y en su caso a la medición de soledad, apoyo social y calidad de vida. El otro subgrupo analizó y puso en valor el espacio para posibilitar o limitar el bienestar. Las interacciones sociales y la necesidad de mejorar las oportunidades de espacios de encuentro fueron detenidamente analizados en otro de los subgrupos.

El perfil de los participantes incluía desde directores/as de centro y responsables de área a profesionales de psicología, trabajo social, personal de enfermería, arquitectura y terapia ocupacional. Cerca de 50 profesionales provenientes de los centros mencionados al final de este epígrafe de 19 centros: 4 CAMF, 5 CRMF, 8 CRE junto al CPAP y al Centro polivalente de personas mayores de Ceuta. La experiencia de los participantes comprendía desde 3 a 30 años de experiencia en estos centros, la mayor parte de ellos con 15-20 años de trayectoria en el mismo centro. La Subdirección General de Gestión de centros del Imserso participó con una psicóloga y una educadora social y la coordinación se llevó a cabo por la jefa de servicio, psicóloga de formación y responsable de Soledad en la Unidad de Coordinación de estudios.

Los objetivos que se plantearon fueron los siguientes:

1. Identificar las necesidades y las potencialidades de los centros del Imserso en relación con la soledad de sus personas usuarias y familias, especialmente familiares cuidadores.
2. Generar canales de creación y gestión de conocimiento en soledad

### 3. Crear o adaptar iniciativas frente a soledad en las personas usuarias y sus familias

Durante los meses de junio a noviembre se mantuvieron 47 reuniones con los subgrupos incluyendo alguna para recopilar iniciativas que pudieran considerarse buenas prácticas. A estas se suman 6 reuniones más con el Grupo Motor completo en ese período y en los primeros meses de 2025 validando y contrastando contenidos. Asimismo, se llevaron a cabo algunas más para elaborar un recopilatorio de iniciativas que pudieran ser consideradas favorables para prevenir o reducir soledad y aislamiento social en personas usuarias o familiares. Estas iniciativas o bien estaban funcionando o bien en proceso de implementación han nutrido los subapartados de buenas prácticas presentadas. En el período entre reuniones el Grupo reflexionaba y contribuía desde su experiencia en aspectos concretos y de manera gradual.

Durante las jornadas de marzo de 2024, se visionaron media docena de videos de corta duración (3-4 minutos) de personas usuarias de distintos centros y en distintas situaciones y edades que de manera voluntaria relataban su vivencia de soledad. Algunos de ellos, llegaron a visionarse de nuevo en alguna de las reuniones de subgrupos para analizar mejor y aproximar al máximo el trabajo a la vivencia de las personas usuarias.

Para establecer una línea base en cuanto a los diversos perfiles de personas usuarias y a las variables relevantes, así como factores de riesgo se utilizaron fuentes de información diversas. Por un lado, estadísticas de las personas usuarias en todos los tipos de centros que participan y, por otro, respuestas a un breve formulario a modo de guion sobre cuestiones claves con el objetivo de ajustar al contexto de nuestro modelo de centros, en el que variables y factores de riesgo debían ser reexaminados en este contexto.

- ¿Observáis más aislamiento o soledad vivida como negativa en hombres o en mujeres? ¿Creéis que es distinta, se muestra de distinta forma o intensidad y en qué podrían diferenciarse?
- ¿Algún grupo dentro del centro parece más vulnerable que otro respecto a aislamiento social o soledad emocional, etc.?
- ¿Se relacionan las personas usuarias entre ellas? ¿se ven diferencias por edad? ¿interaccionan personas usuarias de distintas franjas etarias?
- ¿Como se percibe la relación con las familias y sus usuarios y usuarias? ¿los familiares han manifestado haber observado esa soledad.?
- ¿Rompen sus relaciones de amistad las personas usuarias o se van diluyendo una vez que aparece la discapacidad o con el paso del tiempo?? En qué medida sucede y en qué porcentaje de población (la del centro).
- ¿Consideras que puede ser más grave en personas con recursos económicos escasos? ¿encuentras diferencias en niveles educativos bajos?
- ¿Qué porcentaje de personas del centro cursan con problemas de movilidad, con discapacidad sensorial (auditiva, visual, táctil, olfativa), o con otro tipo de problemas de comunicación?
- ¿Os cuentan o percibís de las personas usuarias o sus familias qué puede afectar a su autoestima? ¿Influye en una menor participación en actividades de su vida diaria?

Cada centro elaboró un informe en torno a estas preguntas que ha sido categorizado y agrupado durante el mes de enero. El documento final, las conclusiones y la selección de contenidos del presente informe fue realizado en marzo y abril de 2025.

Asimismo, se recabó información sobre la presencia de personas en etapa final de vida y como se gestionaba esta situación.

Otra fuente de obtener conclusiones basadas en la realidad de los centros han sido los informes de dos estudios de arquitectura que se realizaron en la mayor parte de los centros del Imsero. En ellos se recogen las opiniones de las personas usuarias que fueron entrevistadas, los familiares que quisieron participar, así como las entrevistas a personal técnico de estos centros. Y otro elemento de estos informes era el análisis y valoración desde el punto de vista arquitectónico de las instalaciones. Este conjunto de insumos aportó una información de valor inestimable.

Se utilizó la plataforma de trabajo institucional en línea para alojar reuniones y como biblioteca virtual tanto de publicaciones de interés como de documentos generados en el seno de cada subgrupo.

Un insumo especialmente importante fue recopilar y proponer iniciativas positivas susceptibles de considerarse buenas prácticas. Se proponen una serie de criterios de elegibilidad, partiendo de que se pretende ir más allá de lo establecido por las leyes o marcos normativos. En esta línea, se propone que al menos 4 de los siguientes **criterios de elegibilidad** deben estar presentes:

1. Que afecte algún aspecto emocional o social de la persona usuaria o familia.
2. Que produzca resultados tangibles y mensurables.
3. Replicabilidad o transferibilidad.
4. Sostenibilidad del programa o iniciativa, para asegurar impacto a largo plazo.
5. Potencial de adaptación y personalización, a diferentes personas o situaciones.
6. Potencial de cambio en rutinas, pensamiento, respuesta comunitaria.
7. Participación o modificación por la persona usuaria.
8. Innovación, bien en enfoque como en elementos de la intervención o programa.

El trabajo de elaboración, revisión y redacción final de este documento llega hasta junio de 2025.

# 3. La medición de la soledad.

Este capítulo pretende dar una visión muy variada de instrumentos y herramientas con algunas evidencias de validez. El conocimiento de estas posibilidades de detección y de medición posibilitará un mejor acercamiento y flexibilidad según los casos.

## ¿Por qué es importante medir la soledad?

El impacto en la salud física y mental de las personas cuando se vivencia negativamente aislamiento social o soledad está ampliamente aceptado por la literatura científica. Puede afectar a la eficacia de tratamientos e intervenciones y al agravamiento de su situación, como manifestaron los centros del Imsero en una consulta previa realizada en 2022 en el marco de una futura Estrategia nacional de soledad.

La soledad puede aparecer en todas las personas una o varias veces a lo largo de su ciclo vital. En gran parte de las situaciones que atraviesan las personas usuarias, fundamentalmente personas institucionalizadas, familiares y a menudo cuidadores de personas con discapacidad o familiares de personas con demencia, o trastorno mental grave, les pueden conducir a vivenciar soledad crónica. Estos casos deben ser atendidos con cierta prioridad. Para ello, abordar la medición de la manera más rigurosa y adecuada posible es un objetivo al que debemos dirigirnos.

El aislamiento social, como realidad objetiva que es, puede ser evaluado a través de medidas cuantitativas, tales como la cantidad de personas que componen la red social del sujeto o la frecuencia de contacto que mantiene con ellos (Cornwell & Waite, 2009). Sin embargo, los sentimientos de soledad suelen ser medidos con autoinformes subjetivos, a través de escalas con una pregunta única y directa sobre su presencia y/o frecuencia. Tanto la soledad social como la soledad emocional son realidades subjetivas lo que complejiza su medición respecto al aislamiento social.

En los casos de deterioro cognitivo las dificultades de usar escalas estándar de soledad son evidentes. En otros casos, la resistencia a reconocer ante otros esa vivencia o simplemente una identificación deficiente de su propio estado emocional y vivencial por parte de la persona usuaria requieren de alternativas de medición complementarias.

Por último, conviene recalcar una vez más que la soledad social no es la única posible. Puede haber presencia significativa de soledad, aun teniendo redes familiares y sociales, que hablan de otro tipo de soledades más emocionales.

La riqueza de posibilidades en cuanto a medición indirecta que hay en los centros sociosanitarios unido a las razones mencionadas convierten a la medición en un reto a compartir.

Herramientas como la historia de vida son irremplazables para poder valorar la evolución de vivencias de la persona. Junto a esta información que el profesional de referencia suele ir completando se deben usar otras herramientas más específicas para detección temprana y si es necesario medición.

## Guías o Protocolos que incluyen herramientas de detección.

Antes de proceder con la medición, es recomendable contar con un buen sistema de detección. En este sentido, analizar los factores de riesgo es un elemento que ayuda a discernir sobre la necesidad de utilizar herramientas de medición.

La **identificación de indicadores de socialización** es algo que algunos autores como Cornwell and Waite han estudiado. Hay muchas formas de aislamiento social que no se analizan juntas, lo que dificulta determinar cuáles son los aspectos de aislamiento que más deterioran la salud. Estos autores usaron los datos de población del Proyecto de envejecimiento, salud y vida social nacional, combinando muchos indicadores de aislamiento en escalas que evalúan la desconexión social: participación poco frecuente en actividades sociales y el aislamiento percibido (p. ej., soledad, falta percibida de apoyo social). Examinaron hasta qué punto la desconexión social y el aislamiento percibido se asocian claramente con la salud física y mental de los adultos mayores. Los resultados indicaron que la desconexión social y el aislamiento percibido se asocian de forma independiente con niveles más bajos de salud física autoevaluada. Sin embargo, la asociación entre la desconexión y la salud mental podría deberse a la fuerte relación entre el aislamiento percibido y la salud mental. Concluyeron que los investigadores en salud deben considerar simultáneamente la desconexión social y el aislamiento percibido (Cornwell, 2009).

Algunas Comunidades Autónomas o Ayuntamientos han publicado **Guías sobre soledad**. Una de ellas incluye la detección de soledad en personas mayores, concretamente la del Ayuntamiento de Barcelona (Guía para la prevención, detección y acompañamiento de personas mayores en situación de soledad) con este enfoque. Los ámbitos pueden concretarse así para un centro sociosanitario:

Ámbito de la persona mayor refiere a características personales, historia de vida, salud, formas de expresar la soledad, distribución y ocupación del tiempo y rutinas diarias.

Ámbito de la red de convivencia: núcleo familiar, otras personas usuarias del centro, relaciones afectivas o de pareja, necesidad de cuidados, situación económica, de la vivienda o centro residencial.

Ámbito de la red de relaciones cotidianas de proximidad: amistades, ocio, actividades formativas y uso de redes sociales.

Ámbitos de la dimensión comunitaria: uso y organización del espacio público, movilidad, relación con el vecindario, vinculación con entidades y asociaciones del barrio, equipamientos públicos y profesionales

Estas Guías dan valor a las verbalizaciones indirectas que manifiesten malestar emocional, prestar atención al relato y a los silencios que puedan indicar cierta insatisfacción con la vida o las relaciones personales. Recomiendan buscar el apoyo específico para cada acontecimiento vital susceptible de ser origen de soledad, contribuir a crear espacios de intimidad y expresión emocional, averiguar preferencias e intereses, activar alianzas en varios contextos, promover espacios de inclusión y centrados en intereses y deseos son algunas de las recomendaciones que realizan en todos los ámbitos mencionados anteriormente.

El Ayuntamiento de Barcelona editó asimismo la Guía para la prevención, detección y acompañamiento de adolescentes y jóvenes en situaciones de soledad. Comparte gran parte de los factores de riesgo de la Guía anterior e incluye algunos propios de esta franja etaria:

En el Ámbito de la convivencia, debe tenerse en cuenta además de los mencionados en las personas mayores, si residen en centros específicos. En el Ámbito de las relaciones de proximidad, incluir el uso de redes sociales, la esfera de los estudios y el trabajo o relaciones con las que se comparte mucho tiempo.

Puede ser de gran utilidad sistematizar los factores de riesgo y factores de protección para poder diseñar planes de prevención o acción. El cuadro inferior, recogido en la Guía del Ayuntamiento de Barcelona muestra de manera sistematizada la mayor parte de situaciones que pueden derivar en vulnerabilidad respecto a la soledad.

	SOCIODEMOGRAFICOS	CLINICOS	PSICOLOGICOS	SOCIALES
FACTORES	Sexo	Funcionalidad	Depresión	Composición del hogar
	Edad	Movilidad	Salud percibida	Red Social
	Estado civil	Percepción	Autoestima	Relaciones sociales
	Estatus socioeconómico	Comorbilidad	Pensamientos	Participación social
	Lugar de residencia			Apoyo social
MAYOR RIESGO	Si es mujer	Si hay pérdida de autonomía	Si sufre depresión	Si pasa más tiempo
	Si es mayor de 80 años	Si hay dificultades de movilidad	Si refiere poca satisfacción con la vida	Si poca red social
	Si no está casada	Si pierde capacidades perceptivas	Si tiene poca autoestima	Si tiene pocas relaciones y de mala calidad
	Si tiene bajo nivel de ingresos o estudios	Si acumula enfermedades	Si tiene hábitos poco saludables	Si participa socialmente poco o nada
	Si vive en un entorno poco accesible		Si cree que tiene mala salud	Si tiene poco apoyo social

Nota: Adaptado de Martínez (2022)

Las administraciones locales con cierto recorrido en el abordaje de la soledad cuentan con herramientas en esta dirección. Cabe destacar junto a Ayuntamiento de Barcelona, la que ha elaborado la Junta de Castilla y León: Guía de actuación ante situaciones de soledad no deseada o aislamiento social. Dentro de la fase de identificación de estas posibles situaciones ha creado dos tablas que recogen detalladamente indicadores de riesgo con el objeto de posibilitar su detección y generar un recurso visual en el que observar los diferentes elementos que pueden estar presentes en una persona (Ver Anexos).

Por su parte, la Comunidad de Madrid realizó un estudio junto el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: Estudio sobre Soledad No Deseada en personas mayores de la Comunidad de Madrid” llevado a cabo en 2021 y 2022, que recoge una tabla de factores asociados a la aparición o permanencia de la soledad en personas mayores. (Ver Anexos).

Los factores de riesgo también incluyen situaciones de acoso académico o laboral, diversidad cultural, religiosa o sexual, cambios de trabajo, entre otras. Para contrarrestar esos riesgos, es importante adoptar iniciativas de prevención.

Otras herramientas relevantes son los mapas relacionales (ver más abajo), así como el mapa de ocupación del tiempo, la atención en los períodos vacacionales, la identificación de dificultades

con el idioma vehicular o problemas sensoriales y promover visión positiva de las relaciones afectivas y de pareja.

## Mapas básicos relacionales

Una manera de acercarse al mundo afectivo y relacional de la persona es construir un mapa relacional de la persona susceptibles de vivenciar soledad o aislamiento social, de manera separada a las derivadas de dificultades sensoriales, cognitivas o de falta de conocimiento o de dominio del idioma. Una aproximación usada en las Guías de detección del Ayuntamiento de Barcelona consiste en explorar el ámbito de la persona, el relacionado con la red de convivencia, explorar la red de relaciones de proximidad o cotidianas y se puede explorar la dimensión comunitaria de esa persona.



Los mapas relacionales son **soportes gráficos** donde se presenta **esquemáticamente la información relevante de cada persona** en relación con distintas áreas básicas implicadas en su Plan de Atención y su Proyecto de Vida. Estas áreas nos ayudan a conocerla mejor, a identificar su red de apoyos, a construir un perfil positivo y a diseñar su futuro de vida enriquecida. Todo ello en el marco de facilitar la planificación y la atención centrada en la persona.

Su objetivo no es una valoración técnica y externa sino obtener información y consciencia de las capacidades y de los apoyos que se requieren desde la participación. Es especialmente útil en la intervención con personas con discapacidad intelectual y edad avanzada. La planificación centrada en la persona constituye una potente herramienta para apoyar a cada persona a definir y vivir la vida que le gustaría tener para sentirse más plena, más feliz y así, lograr una vida de calidad basada en las propias preferencias y deseos.

Se pueden utilizar diferentes mapas que sirven de ayuda para la atención personalizada siempre y cuando sean elaborados con la participación de la persona y herramientas de medición de conexión social para completar el abanico de propuestas existentes. A continuación, se propone un ejemplo de preguntas a realizarse basado en una propuesta de Plena Inclusión para construir un mapa de relaciones.

### **Preguntas clave para construir y definir el mapa de relaciones:**

#### **1. Sobre vínculos actuales:**

- ¿Quiénes son los amigos de la persona?

- ¿Con quién pasa tiempo?
- ¿A qué personas puede pedir ayuda?
- ¿En quién confía?
- ¿Quién está más cercano a la persona?
- ¿Quién conoce bien a la persona?
- ¿Quién quiere sinceramente a la persona?
- ¿Quién ha ayudado a la persona para que tenga más días buenos?
- ¿Quién disfruta de pasar tiempo con la persona?
- ¿Cuáles son las características de la persona que mejor le apoya?

## **2. Características de las personas significativas:**

- ¿Qué características de personalidad tienen en común?
- ¿Cómo se relacionan con la persona y hacen que se sienta bien?

## **3. Preferencias de relación futura:**

- ¿Con quién le gustaría a la persona pasar más tiempo?
- ¿Con quién le gustaría vivir?
- ¿Quién le gustaría que le prestara apoyo?
- ¿A quién de menos?
- ¿Con qué personas le gustaría mantener más relación?
- ¿En quién podría confiar la persona?
- ¿A quién podría pedir ayuda?

## **4. Acompañamiento en salud:**

- ¿Quién prefiere que le acompañe al médico o a recibir algún tratamiento o terapia?

## **5. Presencias negativas o evitables:**

- ¿Hay alguien que la persona no quiere o trata de evitar?
- ¿Alguien cuya presencia pueda crear días malos?
- ¿Existen características de personalidad que estas personas tengan en común?

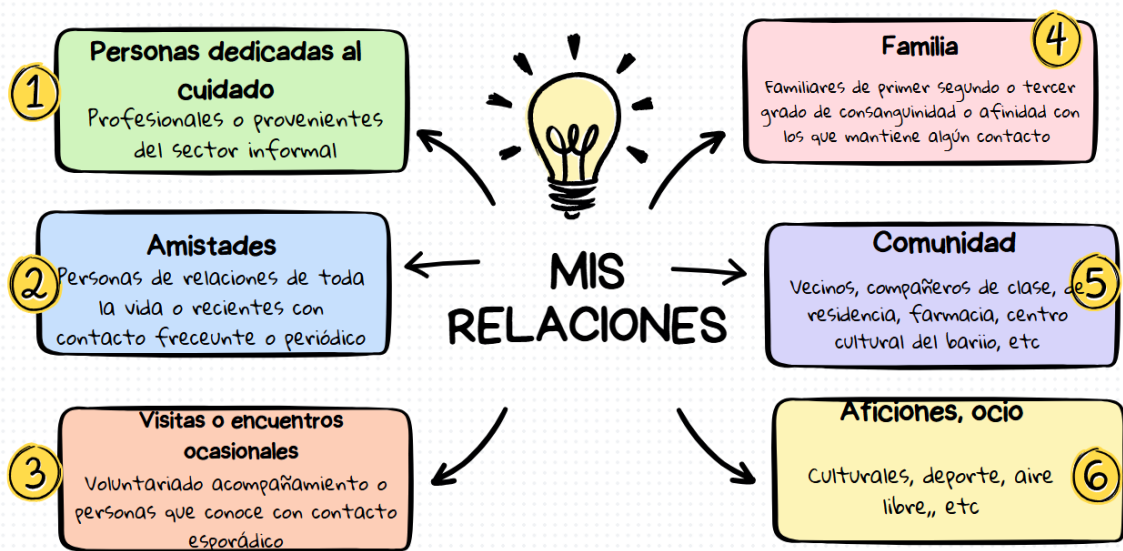
## **6. Cuidados al final de la vida:**

- En caso de afrontar la etapa final de su vida, ¿con qué personas se sentiría más cómodo para que le cuidaran?
- ¿Con quién le gustaría pasar sus últimos días?

## **Recomendación sobre la Visualización gráfica:**

- Se pueden usar **fotografías o dibujos** con el nombre y relación de cada persona.
- Utilizar **círculos concéntricos** para representar el **nivel de proximidad y compromiso** con la persona.

El **mapa de relaciones sociales** muestra las relaciones sociales de la persona en distintos contextos cercanos, así como quiénes son las personas más importantes. Gradúan el nivel de intimidad o confianza que tiene cada persona.



## Escalas de soledad.

Las escalas de soledad más utilizadas son: UCLA y De Jong Gierveld junto a SESLA. Un posible análisis comparado de ellas es

La **Escala de Soledad de la Universidad de California conocida como UCLA**, es un instrumento con evidencias de validez que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social que experimenta una persona. Fue desarrollada por 20 profesionales de psicología en 1970 y se ha convertido en una de las más utilizadas. La versión original, que contaba con 75 elementos, fue transformada en diversas ocasiones hasta alcanzar la versión actual en 2004 conocida como UCLA-3 (versión reducida de la UCLA-R) con tan solo 3 ítems y que se ha convertido en una de las herramientas más sencillas que existen para medir la soledad en cuanto al tiempo utilizado y la asequibilidad de las preguntas para las personas en general.

La escala cuenta con tres preguntas que miden tres dimensiones de la soledad: la **conexión relacional**, la **conexión social** y el **aislamiento autopercibido**. En la actualidad las preguntas son las siguientes:

1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido?
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?

Las puntuaciones van desde 1 (casi nunca), 2 (algunas veces) y 3 (siempre). Se utiliza en formato de entrevista personal o telefónica y se suele utilizar en protocolos más largos que incluyan otras variables. Es ampliamente utilizada y mundialmente reconocida. Al contar con un número tan

reducido de ítems, puede ser empleada en encuestas más amplias. Es considerada una sólida medida de soledad en cuestionarios autoadministrados; mide el nivel de soledad percibida de una persona, en relación con un grupo y parece captar comparativamente mejor la percepción de aislamiento (ej. Centros gerontológicos vs. domicilios). A pesar de haber sido creada para evaluar la soledad en personas jóvenes, su efectividad también ha sido probada en personas mayores.

Una limitación para destacar es que sólo emplea palabras con una fuerte connotación negativa, lo que puede generar respuestas automáticas por parte de las personas encuestadas y también puede ocasionar dificultades a la hora de formular las preguntas, requiriendo de cierta capacitación para hacerlas con sensibilidad. Otra limitación es que no diferencia dimensiones concretas o carencias más específicas, como puede ser la intimidad o la pertenencia.



Foto: usuaria y profesional del CEADAC .

**La Escala de De Jong Gierveld:** Fue desarrollada por personal investigador holandés en los años 80 y es utilizada extensamente en investigaciones sobre soledad de muchos lugares del mundo, con la particularidad de que no emplea la palabra soledad.

Aunque en el pasado contaba con más ítems, actualmente hay dos modalidades reducidas, de 6 y de 11 ítems. En su versión reducida de 6 preguntas, la escala mide la dimensión social y emocional de la soledad; mientras, en su versión extendida de 11 preguntas mide también la intensidad del sentimiento de soledad. En esta versión de 11 preguntas, las respuestas posibles son tres: sí, no y más o menos. Las preguntas formuladas en negativo se corresponden con la soledad emocional y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un sí o con más o menos. Las preguntas formuladas en positivo se corresponden con la medición de la soledad social y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un no o bien con más o menos.

La versión de los 6 ítem funciona de manera similar. Las preguntas son las siguientes:

1. Experimento una sensación general de vacío (SE).
2. Extraño tener gente a mi alrededor (SE).
3. A menudo me siento rechazado (SE).
4. Hay muchas personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas (SS).
5. Hay muchas personas en las que puedo confiar completamente (SS).
6. Hay suficientes personas con las que me siento cercano (SS).

A la hora de elegir entre la versión completa y la versión reducida del instrumento de De Jong Gierveld y van Tilburg (2010), estos sugieren que la versión completa es más adecuada para

investigaciones que busquen información detallada sobre la prevalencia de soledad, para estudios en profundidad de la soledad o para aquellos que traten de comprender la naturaleza cambiante y el impacto de la soledad tras eventos vitales específicos. Para otros tipos de investigaciones, aseguran que la versión de seis ítems es suficiente.

Las subescalas de la soledad emocional (SE) y social (SS) pueden ser empleadas de forma independiente, adaptándose así a los objetivos y necesidades de los estudios. Esto también permite profundizar en las razones que hay detrás. Además, ha demostrado tener una alta fiabilidad y validez en diferentes poblaciones y contextos culturales. La mezcla de formulaciones positivas y negativas evita la generación de respuestas automáticas y, a pesar de haber sido diseñada para ser usada en personas mayores, ha tenido buenos resultados en personas mayores de 18 años.

La **Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos (SESLE)** se desarrolló en 1993. Fue diseñada por Di Tomasso y Spinner para medir de manera multidimensional la soledad en adultos. En un principio contaba con 37 ítems, pero, debido a su larga extensión, algunos investigadores produjeron una versión reducida denominada **SESLE-S**. La versión actual está compuesta por 15 ítems, formulados alternamente de manera positiva y negativa. Son los siguientes:

- Me siento solo cuando estoy con mi familia.
- Me siento parte de un grupo de amigos.
- Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.
- No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.
- Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.
- Tengo pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.
- No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.
- Me siento cercano a mi familia.
- Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.
- Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.
- Me siento parte de mi familia.
- Mi familia realmente cuida de mí.
- No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.
- Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.
- Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.

Esta escala evalúa la soledad en tres dimensiones: la soledad social, relacionada con amistades y relaciones sociales; la soledad familiar, referido a apoyos encontrados en el entorno familiar; y la soledad romántica, en cuanto a la ausencia de relaciones afectivas íntimas. Las opciones de respuesta se corresponden con una escala de Likert con valores que van desde el del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo).

Como inconvenientes podemos hacer referencia a la amplia cantidad de ítems, en comparación con otras escalas como la Escala de De Jong Gierveld o la Escala UCLA. Esto puede limitar su uso en estudios donde el tiempo es un factor crítico. Por otro lado, puede suscitar problemas la formulación de los ítems que incluyen lenguaje negativo, para las que se requiere algo de destreza y preparación.

Como ventajas, esta escala proporciona una comprensión bastante completa de los diferentes tipos de soledad que experimentan los adultos. Además, es un instrumento, que considera aspectos sociales importantes.

Otra Escala creada por la Universidad de Málaga con apoyo del Imsero es la Escala de Soledad y Tristeza en la Edad Adulta ESTE II, para personas mayores de 60 años. La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la Escala Este II se centra en profundidad en el factor de Soledad Social. ([Ver Anexos](#)).

La Escala Este II está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

Entre las ventajas, destaca la simplicidad de análisis, junto a la soledad añade la dimensión de tristeza, configurando una visión emocional más completa de la persona.

Como inconveniente, se puede señalar su longitud (Rubio, 2009).

Cabe añadir que siempre puede usarse una **pregunta única** muy utilizada en contextos amplios.

A continuación, presentamos tabla resumen de las principales escalas, sus ventajas e inconvenientes

TABLA RESUMEN ESCALAS DE SOLEDAD					
ESCALA	N.º ITEMS	TIPO POBLACIÓN	DIMENSIONES	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<i>UCLA-TIL</i>	3	Población general	Conexión relacional Conexión social Aislamiento Autopercebido	Es corta y permite una sólida medida en cuestionario autoadministrado	Riesgo respuesta automática influida por la deseabilidad social
<i>Jong Gierveld</i>	6	Población general >18 años	Soledad emocional Soledad social	Mezcla formulación positiva y negativa evitando respuesta automática	Puede ser difícil formular las preguntas que tienen formulación negativa
	11	Población general >18 años	Soledad emocional Soledad social Intensidad		
<i>SESLA</i>	15	Adultos	Soledad social Soledad familiar Soledad romántica	Fácil de administrar Identifica tipos de soledades	Longitud y formulación en negativo
<i>Este II</i>	15	Mayores de 60 años	Soledad social y tristeza	Centrada en soledad social	Longitud

## Escalas de red social y apoyo social y familiar.

Para comprender la soledad de una persona es importante conocer cuál es su red social, así como cuál es su apoyo social. Ambos influyen en el bienestar y salud de la persona. Las **escalas de red social** miden la estructura y tamaño de la red o redes sociales de la persona: cuántas personas conforman el entorno social de un individuo, la frecuencia de contacto y el tipo de relación (p.ej., Escala Lubben).

Las **escalas de apoyo social** miden la calidad y percepción del apoyo emocional, instrumental o informativo que una persona recibe. Ejemplos de este tipo es la Escala de Oslo o la Escala Multidimensional e Apoyo social percibido (MSPSS en sus siglas en inglés).

Las diferencias entre ambos tipos pueden resumirse así:

Característica	Red Social	Apoyo Social
Qué mide	Tamaño y frecuencia de contactos	Calidad y percepción del apoyo
Enfoque	Estructura	Función
Ejemplo de ítem	“¿Cuántos amigos ve cada semana?”	“Puedo contar con alguien cuando lo necesito”
Uso frecuente en	Gerontología, salud pública	Psicología clínica, salud mental

Al hacer intervención se ven cosas que no se aprecian en las escalas. Por ello, el análisis cualitativo es muy interesante: por ejemplo, mediante la entrevista, la observación y el trabajo de campo, el vínculo y la alianza terapéutica, etc.

La GILC (Global Initiative on Loneliness and Connection), opera como una plataforma de promoción para abordar la soledad y el aislamiento social. Ha identificado y cuantificado en inglés 50 escalas. Si bien no aporta una herramienta de medición específica, colabora con diversas organizaciones y expertos para fomentar la investigación y el desarrollo de métodos efectivos para abordar la soledad y el aislamiento social. Por ejemplo, participa en iniciativas que buscan establecer definiciones consistentes y medidas comparables de la soledad y el aislamiento social a nivel global.

La escala de Red social más utilizada es la Escala de Lubben.

**La escala de red social de Lubben**, que evalúa la red de apoyo y el riesgo de aislamiento en personas mayores. En concreto, estas escalas examinan el tamaño de la red social de una persona mayor, así como la cercanía y frecuencia de los contactos ([Ver Anexos](#)).

Actualmente existen tres versiones de la escala en inglés, todas ellas de acceso libre solicitando permiso, <https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben.html>: LSNS-18 en español, LSNS-R y la más usada y también es la LSNS-6. Las diferentes versiones de esta prueba han sido

ampliamente utilizadas en diversos países, tanto como herramienta de diagnóstico como para la investigación.

Se puede utilizar como una herramienta de cribado de aislamiento social que se basa en identificar a personas que tienen pocas personas de apoyo.

Esta escala permite diferenciar el apoyo en el ámbito familiar del no familiar. La más larga, la de 18 ítems, en el ámbito no familiar separa incluso vecinos de amigos, en cambio las otras dos, más cortas, combina el familiar con el no familiar mezclando amigos y vecinos.

Existen diversos instrumentos que miden **apoyo social**. El **Social Support Questionnaire** (SSQ) identifica la frecuencia que las personas recurren a otros en situaciones específicas y la satisfacción del apoyo social recibido, tanto en áreas de sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación, ayuda física y participación social. El Inventory of Socially Supportive Behaviours (ISSB) evalúa el tipo de apoyo social recibido en sus dimensiones emocionales, instrumentales, informativas y sociales, no especificando la fuente de donde proviene. El matiz que tiene esta escala es que mide el apoyo recibido no percibido. No mide el tamaño de la red ni la percepción subjetiva del apoyo.

El The Medical Outcomes Study Social Support Survey (**MOS-SSS**), que contempla el apoyo estructural y el funcional, diseñado para capturar la **disponibilidad percibida** de varios tipos de apoyo en la vida cotidiana. (Sherbourne et al. 1991) Sus cinco dimensiones son:

1. Apoyo emocional/informacional: alguien que escuche, dé consejos, consuele.
2. Apoyo tangible o instrumental: ayuda práctica o material, visitas médicas o hacer compras.
3. Apoyo afectivo: demostraciones de amor, cariño o empatía.
4. Interacción social positiva: tener a alguien con quien compartir tiempo.
5. Ítem adicional de apoyo total.
- 6.

**La escala de Oslo**, utilizada con la población general, sobre todo en estudios europeos. Consta de 3 ítems sobre: el número de personas en las que se puede confiar, personas que se preocupan y la accesibilidad de la ayuda por parte de la vecindad ([Ver Anexos](#)).

La escala de apoyo social Oslo 3 ha sido incluida desde 2014 en la lista de indicadores de salud de la Comunidad Europea (ECHI). Está considerada un indicador relevante para el envejecimiento saludable, las desigualdades en salud, los riesgos prevenibles y la salud mental, ya que evalúa un factor protector ante situaciones de estrés. Entre sus principales ventajas destacan:

- Permite comparaciones a nivel internacional.
- Es un cuestionario breve y de aplicación rápida.
- Puede vincularse con otras variables como la salud mental, la discapacidad o la situación de dependencia.

Otras escalas utilizadas en otros países son **la escala multidimensional de percepción de apoyo social EMASP (MPSPSS, en inglés) de Zimet**, diseñada en 1988 específicamente para evaluación subjetiva o percibida de los apoyos sociales. Considera tres fuentes particulares: la familia, las amistades, y otras personas significativas (pareja, o figura de apoyo emocional). Tiene 12 ítems. Es breve y fácil de aplicar y se ha demostrado su validez psicométrica en varios estudios y con perfiles de población diferentes. (Zimet et al. 1988) ([Ver Anexos](#)).

Otra escala interesante es la “**Escala de Recursos sociales de las personas mayores americanas**” (“**OARS**”). Consta de 13 preguntas que explora la composición de la red social, incluyendo familia, amistades, visitas y percepción de apoyo. Es específicamente una escala de red social estructural y funcional en personas mayores. Se encuentra y adaptada para población mayor española. ncluir <sup>1</sup> Incluye aspectos como tamaño de la red social (¿con cuántas personas se interactúa?), frecuencia de contacto social, disponibilidad de apoyo emocional y práctico, satisfacción con el apoyo recibido, interacciones familiares y comunitarias (Filenbaum, 1988).

Hay herramientas que se utilizan en el ámbito sanitario y en España como la Escala Gijón ([Ver Anexos](#)), heteroadministrada. Es una escala de valoración sociofamiliar diseñada para personas mayores. Aunque incluye aspectos relacionados con el apoyo social, no es exclusivamente una escala de apoyo social ni de red social, sino que evalúa el riesgo social global en personas mayores. Su propósito es identificar el nivel de vulnerabilidad social general de la persona mayor. Evalúa 5 dimensiones: estructura y función familiar, contactos sociales, ayuda necesitada y recibida de la red de recursos, formales y/o informales en las actividades de la vida diaria, ingresos económicos y vivienda (Riba Cebrián 2023).



Foto: usuarias visitando exposición del taller de pintura a sus amistades. CREDEF Soria

## Escalas de calidad de vida

Especialmente indicadas en el caso de personas con deterioro cognitivo o en casos de indiferencia o rechazo por nuevas redes sociales, y que tienen escasa o nula vivencia de soledad negativa. También es indicado para personas con trastorno mental grave.

- ✓ **Escala GENCAT.** Desarrollada por el INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca), consta de 69 ítems, que rellenos por las personas profesionales de los servicios sociales, en base a la observación de la persona, con la que tengan relación al menos de más de tres meses, evalúa la calidad de vida de personas usuarias de servicios sociales.

La construcción de la Escala GENCAT se ha llevado a cabo a partir del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (Schalock y

<sup>1</sup> <https://www.scribd.com/document/556904703/Escala-de-Recursos-Sociales>

Verdugo, 2002). De este modo, la escala proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Autodeterminación, Desarrollo personal, Inclusión social, Relaciones interpersonales y Derechos; así como, un Índice Global de Calidad de Vida.

Su finalidad es identificar el perfil de calidad de vida de una persona para realizar planes de apoyo individualizados y como medida fiable de los progresos y resultados de los planes.

Es posible descargar la aplicación en castellano para instalarla en el ordenador, realizar la escala y obtener el perfil de calidad de vida en el este [enlace](#).

**Escala FUMAT.** Muy similar a la GENCAT ya que comparten las 8 dimensiones de calidad de vida, Verdugo es autor de las dos. La escala FUMAT representa un aporte significativo en el estudio de la calidad de vida, especialmente en el ámbito de la intervención con personas mayores y con discapacidad. Esta herramienta permite medir, de manera rápida y sencilla, la calidad de vida de estas personas cuando reciben un servicio social o forman parte de entidades u organizaciones dedicadas a mejorar la calidad de vida o bienestar.

- ✓ **CAVIDACE**, la Escala de calidad de vida para personas adultas con daño cerebral adquirido, realizada por el INICO, que consta de 64 ítems. Se basa en el modelo de calidad de vida. Puede ser respondida por una persona que observa y conoce a la persona evaluada. Se organiza en torno a ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Verdugo y col, 2018). Para [ampliar](#).

- ✓ El **WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Questionnaire-**

EL WHOQOL es el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Desarrollado por el Grupo WHOQOL con quince centros de campo internacionales, simultáneamente, en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que fuera aplicable transculturalmente.

Evalúa la opinión subjetiva de la persona sobre su calidad de vida. Existen dos versiones.

1. **WHOQOL-100.** Formado por 100 ítems, 6 dimensiones (salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad /religión /creencias personales)
2. **WHOQOL-BREF.** Versión breve formada por 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general.

Cada ítem está compuesto por cinco opciones de respuesta tipo Likert y todos forman un perfil de 4 dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. ([Spanish Spain WHOQOL-BREF](#)).

Es un instrumento estructurado que puedes ser auto o heteroaplicado en población adulta o personas mayores. La respuesta se pide referida a las vivencias de la persona en las 2 últimas semanas.

[Modelo del cuestionario breve](#) en español del Servicio Andaluz de Salud.

## Referencias.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2022) Soledad no deseada y personas mayores: Situación y orientaciones para el diseño de estrategias de acción en la Comunidad de Madrid.

- Concejalía de Infancia, Juventud, Personas Mayores y Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona. (2023) Guía para la prevención, detección y acompañamiento de personas mayores en situaciones de soledad.
- Consejería de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León. (2024) Guía de actuación ante situaciones de soledad no deseada o aislamiento social.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults; *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103> (Original work published 2009)
- De Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (2011). *Manual of the Loneliness Scale 1999*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Riba Cebrián, J. (2023, octubre 23). *Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón: Un instrumento clave en la evaluación geriátrica*. Enfocatss.
- Rubio Herrera Ramona 2009. *La soledad en las personas mayores. Una alternativa de medición a través de la Escala Este*. Universidad de Granada.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Traducido al Castellano por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Alianza Editorial, 2003].
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B).
- Verdugo M.A., Gómez L., Fernandez M., Aguayo V, Benito A 2018. Escala CAVIDACE. Evaluación de Calidad de vida de personas con daño cerebral. INICO. Colección herramientas 13/2018.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2).



Foto del CAMF Guadalajara: actividad física y de estimulación en grupo

## 4. Soledad en personas con demencia y con deterioro cognitivo y sus familiares.

La red de centros del Imsero cuenta con centros de referencia estatal especializados en trastornos neurocognitivos: CREA, CREDINE y CEADAC. Adicionalmente, es fácil encontrar personas usuarias con diversos niveles de deterioro cognitivo tanto en los CRMF como en los CAMF, aunque su objetivo principal sean las personas con discapacidad física.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la “demencia” como un término genérico que abarca un conjunto de enfermedades, en su mayoría de carácter progresivo, que provocan un deterioro en las funciones cognitivas, sin ser atribuibles al proceso natural del envejecimiento. Afecta a la memoria, a diversas funciones cognitivas y al comportamiento, además de interferir significativamente en la capacidad de las personas para desempeñar adecuadamente las actividades diarias (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Los factores de riesgo pueden ser comunes a los de una persona con discapacidad (ver el capítulo sobre personas con discapacidad) pero hay que añadir una especie de duelo que suele acompañarlos respecto a su percepción de pérdida de identidad, capacidades o de proyecto vital, anterior a su situación de deterioro. Este “duelo” puede aparecer de manera progresiva o repentina y estable. Sus capacidades cognitivas se han visto reducidas, sus recuerdos, su potencial de mantener las anteriores relaciones laborales o de amistad, se modifican o pierden. La sensación de identidad no es la misma: “ya no soy el que era” expresa un usuario del CEADAC.

Las personas con deterioro cognitivo en general pueden buscar un cierto aislamiento social y soledad, que se convierten en algo deseado en estos casos. Para comprobar que el bienestar, la calidad de vida y la sensación de aislamiento pudieran mejorarse, se analizaron pormenorizadamente factores de riesgo específicos y factores de protección de estas personas cuando participan en algún programa o forman parte de los centros del Imsero. Dentro de estos factores para este caso, se hizo el esfuerzo de desagregar en función del grado de deterioro en dos bloques: leve o moderado-avanzado. Se apuesta claramente por la familia y el propio centro como factores de protección. Por otro lado, los familiares cuidadores tienen riesgos propios que son identificados. Incluir a las familias en este trabajo fue algo indispensable.

### Apuntes desde la investigación.

La aparición de una demencia puede actuar como el detonante de un proceso profundamente perturbador que afecta no solo a la persona diagnosticada, sino a todo el sistema familiar. Este impacto no sucede de manera aislada, sino que se desarrolla dentro de un contexto específico que incluye la trayectoria vital de la persona cuidadora, de quien padece la demencia y de la propia familia. En ese marco influyen factores particulares que pueden actuar como recursos protectores (como fortalezas o apoyos disponibles) o, por el contrario, como elementos de riesgo (como vulnerabilidades o circunstancias que agravan la situación). Por ejemplo, la experiencia de la demencia será muy distinta en una familia unida y con buena comunicación que en otra marcada por conflictos persistentes o en la que ya existen otras problemáticas psicológicas entre sus miembros. (Losada Baltar et al., 2017)

Este planteamiento parte del modelo sistémico del cuidado, que sostiene que la familia es más que la simple suma de sus integrantes. Aunque resulta intuitivo concebir tanto la familia como el proceso de cuidar como sistemas interconectados, sorprende la escasa aplicación de enfoques sistémicos o de terapia familiar para abordar el estrés en cuidadores. Según el modelo integrador propuesto por Losada, las fuentes que aumentan la vulnerabilidad al malestar emocional se organizan de la siguiente manera:

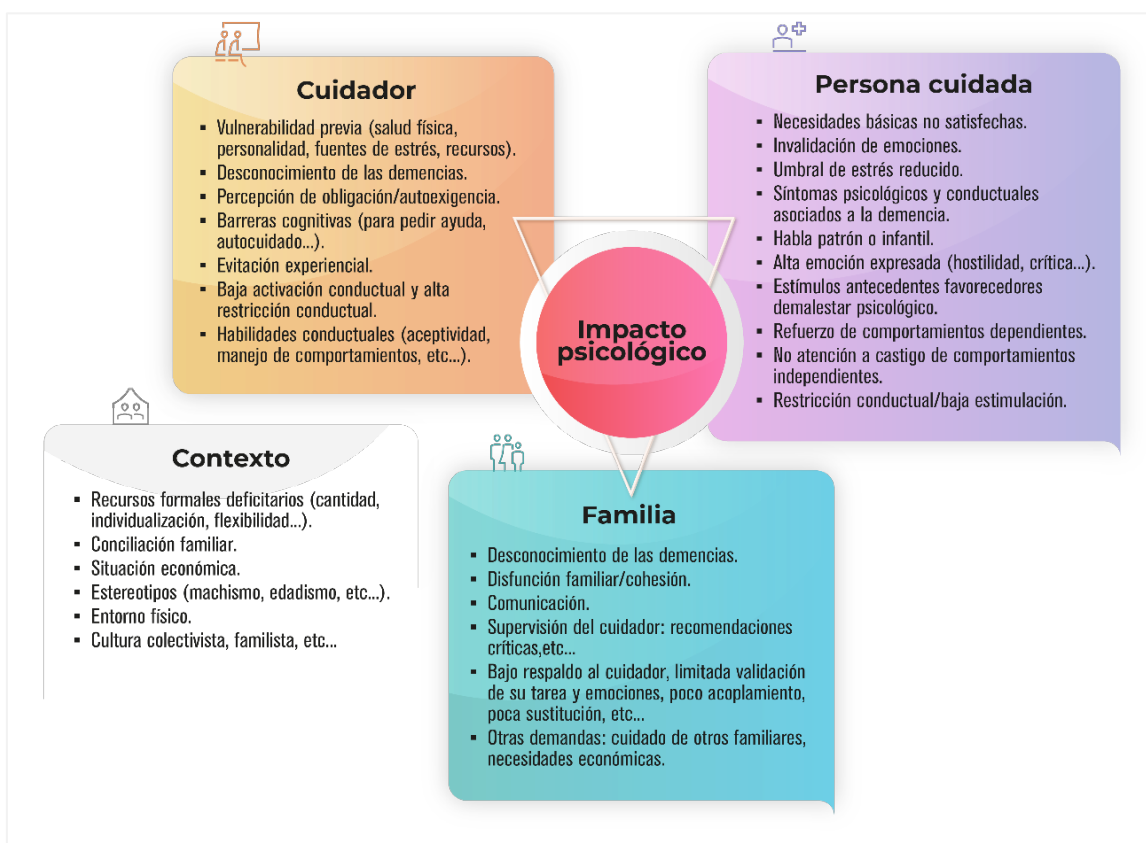


Gráfico: Fuentes de vulnerabilidad al sufrimiento; basado en Losada et al., (2017)

Losada Baltar et al. proponen un modelo integrador y concluyen que, aunque al principio se requeriría una inversión significativa para poner en marcha un sistema de atención integral dirigido a las personas con demencia y sus familias, se estima que esta apuesta generaría beneficios a largo plazo. Entre ellos, se incluyen mejoras en la salud de quienes viven con demencia, un posible retraso o ralentización del avance hacia la dependencia, un uso más eficiente de los recursos de apoyo disponibles e, incluso, una postergación de la necesidad de institucionalizar a estas personas.

Es fácil encontrar estudios que muestran la relación entre soledad y/o aislamiento social y deterioro cognitivo en personas mayores (Cacioppo y Hawkey, 2009), pero no hay tanto consenso sobre la parte de la función cognitiva que es afectada. Wilson y colaboradores llevaron a cabo un estudio (Wilson et al. 2007) con una parte transversal y otra longitudinal cuyo objetivo era comprobar la relación entre la soledad y el mayor riesgo de sufrir enfermedad de Alzheimer. En la parte transversal del estudio encontraron que las personas en soledad muestran niveles de cognición general más bajos, medidos en términos de varios tipos de memoria (episódica, de trabajo y semántica), rapidez perceptiva, habilidad visoespacial una vez controlados factores sociodemográficos. En la parte longitudinal de la investigación (4 años), se evidencia que las

personas con soledad experimentan un declive mayor. Asimismo, encuentran que el riesgo de enfermedad de Alzheimer clínica durante un seguimiento de 4 años aumenta en un 51% por cada punto adicional en la escala de soledad de 5 puntos, controlando los factores sociodemográficos (Wilson et al., 2007).

Las relaciones bidireccionales entre demencia y soledad están bien documentadas. Cacioppo et al., (2014), identificaron que la percepción de aislamiento es causante de un impacto en el cerebro, que determina un cambio en el comportamiento, siendo esto evidenciado en las diferentes regiones cerebrales que reflejan las demandas funcionales, que se dan en una vida solitaria o frente a una vida social. Esto llega a generar un cambio en los procesos que intervienen en las habilidades sociales, teniendo en cuenta que la percepción de las relaciones es individual, y puede verse como satisfactoria tanto como disfuncional, por la persona que participe en la interacción.

En “The experience of living alone with early stages of Alzheimer’s disease. What are people’s concern?”, (Harris 2006) se afirma que el deterioro cognitivo tiene un efecto negativo en las habilidades sociales de las personas mayores, llegando a afectar la capacidad para comunicarse y comprender lo que otras personas quieren decir al hablarle. Esto a su vez puede ocasionar que las personas mayores terminen por aislarse, abandonando actividades sociales y optando por quedarse en sus casas, lo que origina un sentimiento de soledad en ellas.

Una revisión exhaustiva de estudios clínicos y preclínicos que investigaron la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer (EA, en adelante) se llevó a cabo por Ren et al (2023). El aprendizaje que extraen se relaciona con comprender los mecanismos por los cuales la soledad exacerba el deterioro cognitivo y la EA, con un enfoque en las diferencias de sexo. Esta comprensión arrojará luz sobre los mecanismos subyacentes relacionados con la soledad como factor de riesgo para la EA y para desarrollar estrategias efectivas de prevención o tratamiento.

En “Loneliness, depression and cognitive function in older US adults” (Donovan et al, 2017), se observó que la soledad aceleró el declive cognitivo de las personas estadounidenses del estudio, durante 12 años independientemente de factores sociodemográficos, salud, física y emocional. Después del ajuste para la depresión interactuando con el tiempo, tanto las categorías de baja como de alta depresión estaban relacionadas con el rápido deterioro cognitivo y el efecto estimado de la soledad fue marginalmente significativo.

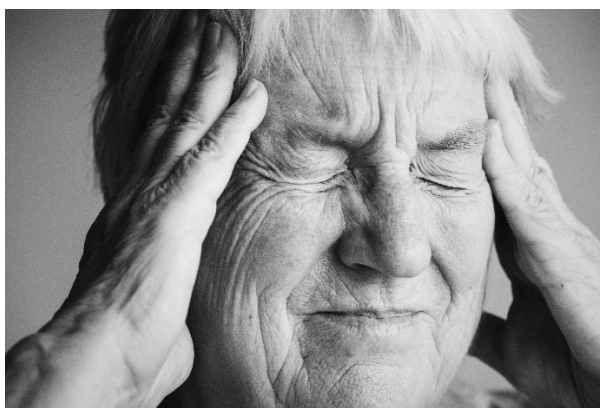


Foto: banco de imágenes

El papel de las familias cuidadoras de personas con demencia ha sido estudiado recientemente en un estudio de la Universidad Rey Juan Carlos I, (Huertas-Domingo, et al. 2021) con 273 personas entre 28 y 88 años. Su diseño transversal puede ser una limitación. Los propios autores afirman que un estudio longitudinal sería lo más adecuado. Por otro lado, la voluntariedad de las personas que formaron parte no asegura que la totalidad de la población cuidadora esté representada. A pesar de las limitaciones, concluyen que el porcentaje de cuidadores que perciben soledad es significativo. Destacan la importancia de los aspectos culturales en la explicación de distrés de los cuidadores, en particular de su soledad. Las variables culturales juegan un importante papel en la percepción de la soledad. Estas variables incluyen familismo, entendidas como obligaciones familiares y los pensamientos disfuncionales de cuidadores, que dan lugar a formas inadecuadas de lidiar con el cuidado reduciendo las oportunidades de obtener ayuda apoyo social o involucrarse en actividades lúdicas.

Concluyen que la soledad es un problema generalizado en la provisión de cuidados. Las intervenciones deberían conducir a las personas cuidadoras hacia una visión flexible de las imposiciones culturales asociadas con las obligaciones familiares en los cuidados y estilos de pensamiento inadecuados, quizá a través de intervenciones culturalmente sensibles.

Las nuevas tecnologías y la IA pueden ayudar a alcanzar objetivos relacionados con la socialización y el bienestar emocional, promoviendo la interacción y el contacto social entre personas con demencia. En este sentido, existen publicaciones como la de Banks et al. (2008), donde se compara la capacidad de un perro y un robot AIBO con forma de perro para reducir la soledad de personas mayores institucionalizadas. Encontraron que en ambos casos se produjo una reducción significativa y de igual magnitud. Kramer et al. (2009) llevaron a cabo un estudio en el que personas con demencia institucionalizadas recibieron visitas de una sola persona, o acompañada de un perro o un tercer caso, acompañada de un perro robot (AIBO) y se midieron sus comportamientos indicadores de interacción social. Los tres tipos de visitas incitaron a estas personas a iniciar conversación, contacto físico y miradas dirigidas bien hacía otras personas, bien al perro o AIBO. Parece ser que estos provocaron mayor interacción social que el visitante en solitario.

## **Situación de las personas usuarias de los centros del Imsero.**

Desde la publicación del DSM V se sustituye el término “demencia” por “trastorno neurocognitivo”. Con ello centra la esencia del síndrome en el paradigma cognitivo, diferenciando las formas mayores, que son asimilables a la demencia, con las formas menores, asimilables al deterioro cognitivo leve.

Los trastornos neurocognitivos suponen una alteración de las funciones cognitivas de la persona. A la hora de realizar el diagnóstico se tienen en cuenta la capacidad en cuanto atención, funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoestructurales y cognición social.

Pueden deberse a múltiples etiologías tales como la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancias o medicamentos, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples. Y pueden cursar con o sin alteración del comportamiento.

Los trastornos neurocognitivos se pueden clasificar en leve o mayor, y el trastorno neurocognitivo mayor puede ser clasificado a su vez en función de la gravedad como leve, moderado y grave.

El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad del deterioro experimentado en las funciones cognitivas y de su repercusión en la funcionalidad e independencia de la persona.

La red de centros del Imsero cuenta con centros de referencia estatal especializados en trastornos neurocognitivos:

- CEADAC: especializado en la rehabilitación integral e interdisciplinar de personas que han sufrido daño cerebral adquirido y no progresivo.
- CREDINE: especializado en personas con discapacidades neurológicas.
- CREA: especializado en enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- CREER: especializado en la atención a personas con enfermedades raras y sus familias.

De manera paralela el Imsero también cuenta con centros de referencia estatal especializados promoción de la autonomía personal en personas en situación de dependencia y/o discapacidad, y con enfermedad mental que en ocasiones también conlleva de manera pareja una afectación cognitiva en menor o mayor grado.

No podemos obviar el hecho de que en los CAMF y CRMF se presta apoyo a personas que de manera concomitante a la condición que les haya ocasionado el daño físico también pueden presentar alteraciones cognitivas de diversa índole y en diferentes grados.

Este capítulo recoge las aportaciones fundamentalmente del CREA, CREDINE y CEADAC que desgranamos a continuación.

Hay acuerdo sustancial en afirmar que las personas usuarias en esta situación suelen tener una pérdida de su vida anterior de manera progresiva. Esto tiene un impacto en su aislamiento social y a menudo también en su vivencia de soledad, que no siempre es negativa o no deseada. Mientras que en las demencias el cambio es progresivo, en el Daño Cerebral Adquirido el cambio es brusco.

El CREA desarrolla intervenciones orientadas, entre otros objetivos, a mejorar la cohesión grupal en personas con demencia. Uno de sus principales retos consiste en identificar y definir factores predictores que influyen en dicha cohesión, así como cuantificarlos para poder intervenir de forma más efectiva. En casos de deterioro cognitivo leve, el trabajo grupal suele percibirse como más adaptable y beneficioso. Sin embargo, en fases avanzadas de la demencia, este tipo de intervención se vuelve considerablemente más complejo de implementar. En definitiva, el objetivo es alcanzar al mayor número posible de personas usuarias, abordando especialmente la vivencia subjetiva de la soledad y mejorando su calidad de vida a través de estrategias grupales adaptadas a sus capacidades

En el CREDINE se trabaja con las personas usuarias que lo desean en el establecimiento de conexiones con el entorno próximo, conociendo y explorando el entorno, y apoyando la vinculación de la persona usuaria con recursos, entidades, experiencias y personas que puedan ser significativas dentro de su proyecto de vida. Para ello hay una coordinación directa con recursos, asociaciones y entidades en una dinámica de centro abierto donde todos los actores sociales, culturales o deportivos del entorno tienen cabida. De forma más concreta, se interviene

directamente con la persona usuaria en acompañamientos específicos que van desde la búsqueda de información inicial, hasta la planificación y organización de una actividad específica con tareas concretas que implican trabajar funciones cognitivas, así como la parte físico-funcional, como puede ser por ejemplo el entrenamiento in situ del desplazamiento necesario para acudir a la actividad en transporte público. El impacto de estas intervenciones en el bienestar emocional de la persona usuaria actúa como un potente mecanismo de protección social.

Es frecuente que haya prevalencia de soledad en las personas con discapacidad neurológica y de tres tipos: soledad social, emocional y existencial. Al cronificarse su situación, los familiares no pueden mantener el nivel de apoyo inicial, hay sobrecarga y repercute en la parte social-familiar. En este escenario también se intensifica el duelo. En este sentido, desde el CREDINE resulta clave avanzar en el trabajo con las familias, incluir a éstas de forma más estratégica en el centro, poniendo el foco en las necesidades de la persona usuaria, facilitando la reorganización de sus proyectos vitales en torno a sus familias y su medio, desde la generación de redes de apoyo y sinergias que doten a las familias de las herramientas y conocimientos necesarios para gestionar el impacto que la discapacidad ha generado en sus vidas.

En el CEADAC, la mayor parte de las situaciones son de deterioro cognitivo leve o moderado. Consideran que, aunque las personas con deterioro cognitivo por etiología diversa no son exactamente equiparables a las personas con demencia, en relación con el abordaje de la soledad tiene sentido trabajar de manera conjunta.

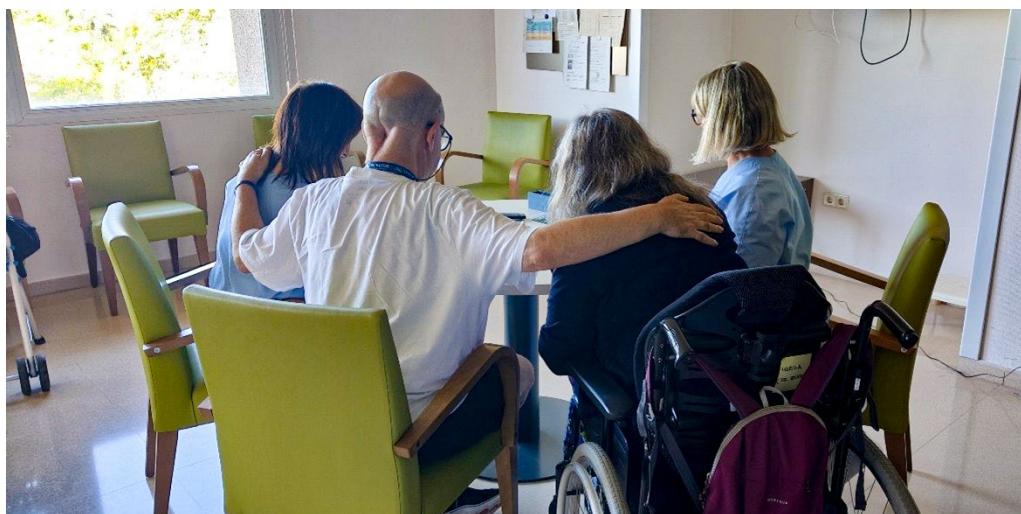


Foto: usuarios con trabajadores en el CEADAC

A este Centro suelen llegar personas con daño cerebral adquirido (DCA), en fase subaguda que adicionalmente se encuentran en distintas fases de su proceso de duelo debido a las funciones que han perdido o se han visto limitadas. En muchos casos la persona no se encuentra preparada para asumirlas, aunque sea plenamente consciente de haber sufrido un daño cerebral. Cree que puede retomar su vida anterior, sin cambios (que va a volver a trabajar, a conducir...), o tiene anosognosia (no tiene conciencia de sus déficits cognitivos). En otras ocasiones, la persona es consciente de sus limitaciones y de que hay que introducir cambios en su vida, pero no sabe cuáles, porque en el caso del daño cognitivo, desconoce las implicaciones que estas limitaciones van a tener en su día a día, les acompaña la ira, la frustración, la tristeza, incluso hay algunas personas que en el momento del alta no han llegado a la fase de aceptación (han pasado pocos meses desde el daño y tanto ellas como sus familias tienen sus esperanzas puestas en su

recuperación y en su rehabilitación. Es un daño sobrevenido a la vez que un cambio brusco y repentino.

Sus relaciones interpersonales también se han visto afectadas. Se aprecia en el control de los impulsos, la irritabilidad, su regulación emocional, fatiga, o la sensibilidad ante la sobreestimulación.

En el relato de las personas usuarias aparece la incompreensión percibida por parte de sus familiares y amistades.

Otro elemento que destacan es la infantilización por parte de su entorno, envuelto en sobreprotección, hay una pérdida de libertad, en ocasiones derivado de un entorno físico no adaptado.

Hay personas que pierden o ven limitada su capacidad para comunicarse como en el caso de las afasias.

La persona ya no es la que era. Tanto ella como su familia están descubriendo este hecho, tiene lugar un cambio de roles. Hay una pérdida de sentido de vida, pérdida de autoconcepto, una fijación en el “ya no puedo”.

Estos elementos les ayudaron en el CEADAC a describir lo que ocurre en estas personas basado en la amplia experiencia de este centro de referencia. Intentando profundizar un poco más, hicieron una medición en un grupo de 10 personas que en ese momento eran residentes. Se les aplicó un instrumento de evaluación de soledad (Escala De Jong Gierveld) junto a una entrevista semiestructurada. Los resultados arrojaron un sentimiento de soledad moderada en términos generales, que principalmente está ligada a las dificultades que tienen a la hora de relacionarse con su entorno social más próximo, debido a las secuelas de la lesión sufrida tales como alteraciones de la atención, memoria de trabajo, fatiga cognitiva...etc. También señalan las dificultades derivadas del cambio de roles que en ocasiones se produce tras la lesión. Sus limitaciones físicas o cognitivas por el DCA les producían:

- Falta de independencia.
- Pérdida o disminución de relaciones interpersonales.
- Falta de entendimiento.
- Falta de personas de confianza.
- Pérdida de actividades gratificantes.
- Sobreprotección.

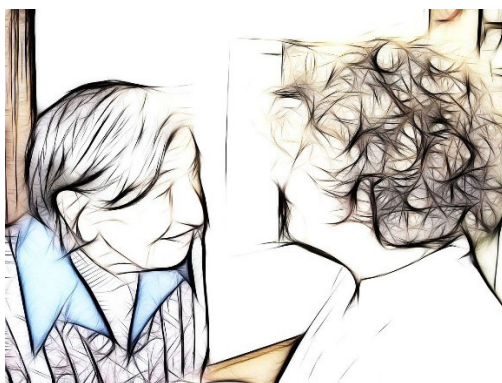
Otras conclusiones encontradas en este grupo temático:

Es frecuente que haya prevalencia de soledad en las personas con discapacidad neurológica y de tres tipos: soledad social, emocional y existencial. Al cronificarse su situación, los familiares no pueden mantener ese nivel de apoyo inicial, hay sobrecarga y repercute en la parte social familiar. También afecta su situación de cronicidad y el duelo que viven por perder su manera de estar en el mundo anterior.

La mayoría de estas personas usuarias viven solas y suelen tener problemas emocionales. Sin embargo, si se preguntaba de manera directa sobre su vivencia de soledad respondían negativamente. Consideran importante tener en cuenta a la hora de diseñar un programa que este debe adaptarse a los deseos y objetivos de la persona: generar oportunidades de socializar no siempre es lo que necesita.

Apuntan a la necesidad de combinar indicadores indirectos de soledad con medición de calidad de vida para poder determinar si hay vivencia de aislamiento social o vivencia de soledad emocional o de otro tipo. A veces, aunque hay aislamiento social no se desea ampliar vínculos y los niveles de calidad de vida son elevados, por lo que a lo mejor no hay que intervenir en soledad.

Se ha observado en los centros que muchas personas con deterioro cognitivo leve son conscientes de sus propios fallos de memoria o despistes, lo que puede generar sentimientos de vergüenza. Esta situación está muy relacionada con el estigma que aún rodea a este tipo de enfermedades, y afecta tanto a las personas que las padecen como a sus personas cuidadoras. En algunos casos, la falta de información o el miedo al juicio social puede llevar a un aislamiento progresivo, especialmente cuando los olvidos frecuentes comienzan a evidenciar el problema subyacente. Este aislamiento, en ocasiones, es una decisión voluntaria, ya que la soledad les proporciona cierta seguridad frente a un entorno que empiezan a percibir como desconocido o confuso. Reconocer este aspecto emocional y conductual es fundamental para comprender el impacto del diagnóstico temprano y mejorar el acompañamiento y la sensibilización del entorno.



El trabajo con familias es fundamental para todos los centros. En esta línea de acción, se propone incluir este trabajo con las familias de manera más estratégica (CREDINE), invitándoles a actividades que implican asociación: desde una piscina comunitaria a coger un autobús. Del mismo modo, desde el CREA se trabaja con las personas de la familia con rol cuidador a través de un modelo de intervención socioeducativa orientado a mitigar el sentimiento de soledad derivado de una dedicación exclusiva al cuidado. El objetivo es detectar el sentimiento de soledad, promover redes de apoyo y construir entornos inclusivos y participativos, favoreciendo que la persona cuidadora se reconozca como un agente activo en su propio proceso de intervención. Para ello, se pone en valor sus capacidades, conocimientos y deseos, garantizando el respeto a sus derechos fundamentales, como el derecho a una vida digna, participativa y conectada con su comunidad.

## Factores de riesgo según el grado de deterioro cognitivo

### *(Reflexiones desde el CREA).*

Tras un análisis basado en la experiencia, el equipo de trabajo ha consensuado internamente una lista de factores de riesgo ordenados según su grado de deterioro:

En caso de deterioro cognitivo leve:

- Proceso de aceptación de la enfermedad tras un diagnóstico reciente, que puede llevar al aislamiento.
- Pérdida de personas significativas o familiares que forman parte del apoyo social de la persona.
- Pérdida de roles laborales, como en el caso de la jubilación.
- Dificultades para usar o acceder a dispositivos tecnológicos de comunicación, lo que limita el contacto social.
- Aislamiento debido a la conciencia de la disminución de habilidades cognitivas y comunicativas.
- Problemas de lenguaje.
- Exceso de sobreprotección de familiares o personas cuidadoras, que limita la autonomía y participación de la persona.
- En zonas rurales: limitaciones en el acceso a recursos de apoyo.
- En zonas urbanas: dificultades para usar de manera independiente el transporte público o el vehículo propio, lo que dificulta el contacto con su red social.
- Presencia de síntomas psicológicos y conductuales como apatía, depresión o ansiedad.

#### Daño cerebral moderado-avanzado

- Pérdida de personas significativas o familiares que forman parte de la red de apoyo social.
- Dificultades para acceder y/o utilizar dispositivos tecnológicos de comunicación, lo que limita el contacto social.
- Problemas de lenguaje.
- La propia institucionalización que conlleva mayor riesgo cuando se realiza fuera del entorno cercano a la persona.
- Sobreprotección por parte de familiares o personas cuidadoras, que restringe la autonomía y participación de la persona.
- En zonas rurales: acceso limitado a recursos de apoyo.
- Problemas cognitivos, como desorientación, que afectan la movilidad en el entorno.
- Presencia de síntomas psicológicos y conductuales (apatía, depresión, ansiedad, agresividad).
- Uso de sujeciones químicas y físicas.
- Limitaciones en la autonomía, que reducen las oportunidades de mantener contacto social (JCYL).

#### En el caso de personas cuidadoras:

- Escasez de apoyo en los centros de salud, particularmente antes de obtener un diagnóstico (en la etapa inicial de los síntomas, cuando el familiar cuidador no entiende qué está sucediendo) y durante las primeras fases de la enfermedad, incluyendo la falta de información y derivación a especialistas.
- Desconocimiento sobre la enfermedad por parte de la familia y el entorno cercano.
- Tendencia a ocultar la enfermedad debido a miedo o falta de información.
- Proceso de aceptación de la enfermedad (tras un diagnóstico reciente) y riesgo de aislamiento.
- Asunción del rol de cuidador/a.
- Abandono de la red social de apoyo.
- Insuficiencia de recursos sociosanitarios en el entorno comunitario.

- Deterioro de las prácticas de autocuidado y de la conciencia sobre su importancia.
- Ausencia de relaciones vecinales.
- Carencia de tiempo para actividades de ocio saludables.
- Estigmatización social de la enfermedad.



Foto: estimulación cognitiva en grupo en el CREA (Salamanca)

## Buenas prácticas.

Algunas iniciativas implementadas apuntan a posibles mejoras en sociabilidad o bienestar percibida por los profesionales de los centros. Van desde el uso de la robótica muy desarrollado en el CREA, pasando por iniciativas dirigidas a la formación y acompañamiento de familias.

### Actividades con familias

Dentro de las actividades organizadas en escuela de familias en CREDINE y CREA se aborda la soledad. También hay talleres familiares e intergeneracionales en esta línea.

Como actividad de refuerzo de vínculos ofrecen la organización de comida para familias y encuentros socioculturales con familiares con rol cuidador. Otro tipo de iniciativas se relacionan con la terapia de reminiscencia con eficacia probada en el ámbito de la investigación.

### Uso de robótica

En el CREA se usa la robótica y dentro de este amplio campo, se usan los robots sociales, como PARO y los robots con forma de gato, siendo una herramienta valiosa para aliviar la soledad en personas con demencia, promoviendo el bienestar emocional y reduciendo la sensación de aislamiento. Estos dispositivos ofrecen una sensación de conexión y compañía, lo que puede mitigar la soledad en personas con demencia, especialmente cuando no pueden interactuar frecuentemente con otros.



Foto: Usuario con un robot en el Centro de Referencia para Alzheimer (Salamanca)

En entornos grupales, también se utilizan como mediadores, fomentando interacciones entre las personas al promover actividades compartidas. Esto puede aumentar la sensación de pertenencia y comunidad.

**Uso de tablets y aplicaciones interactivas.** Facilitan la comunicación con sus seres queridos, proporcionan compañía y estímulos cognitivos. Pueden usarse para videollamadas con Skype o FaceTime o uso de aplicaciones VoIP: Hay evidencia de que el uso de videollamadas favorece el contacto social. Ayuda a los familiares a sentir menos culpa y más tranquilidad al poder ver el estado físico y emocional de la persona con demencia:



Foto: usuarias del CREA jugando pasatiempos en el PC juntas

**Aplicaciones de reminiscencia:** Programas que muestran fotos o música del pasado de la persona usuaria para evocar recuerdos y estimular conversaciones. En sesiones grupales, pueden servir como una herramienta para compartir recuerdos comunes, además ofrecen a personal cuidador y familiares un recurso práctico para interactuar de manera significativa con sus seres queridos (Mickus y Luz, 2002) y (Savenstedt, Brulin y Sandman, 2003).

## Wii – terapia

En el CREA, se ha participado en dos estudios (García et al. 2015 y 2016) sobre el uso terapéutico usando la Wii. En ellos, destacan el impacto motivador del uso de la videoconsola Wii en personas con discapacidad (PcD). El enfoque grupal, combinado con el carácter lúdico de la actividad, fomenta una mayor interacción entre las personas participantes. Durante las sesiones, surgen temas de conversación, se promueve una comunicación positiva entre las personas usuarias, quienes se apoyan mutuamente, se animan y celebran los logros alcanzados. Esta terapia logra un alto nivel de compromiso y genera en las Personas con discapacidad un fuerte sentido de realización personal.

## Referencias.

- Baarck, J. and Kovacic, M., (2022) The relationship between loneliness and health, EUR 31155 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2022, ISBN 978-92-76-55055-6, doi:10.2760/90915, JRC129972.
- Banks MR, Willoughby LM, Banks WA. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *J Am Med Dir Assoc.* doi: 10.1016/j.jamda.2007.11.007. PMID: 18294600.
- Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. (2014) Toward a neurology of loneliness. *Psychol Bull.* 2014 Nov;140(6):1464-504. doi: 10.1037/a0037618.
- Christina R. Victor et al, 2020 [Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme.](#)
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, Á., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A., & Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(6), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>.
- Donovan NJ, Wu Q, Rentz DM, Sperling RA, Marshall GA, Glymour MM. 2017 Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017 May;32(5):564-573. doi: 10.1002/gps.4495.
- García Santelesforo, R., González Ingelmo, E., Pérez Sáez, E. y Rodríguez Méndez, A. I. (2015). *Valoración de la videoconsola Nintendo wii como herramienta para el entrenamiento cognitivo de personas con demencia* [Póster]. II Encuentro de Investigadores “Investigación y Envejecimiento: respuestas para dar calidad de vida”, Salamanca, España. [www.crealzheimer.imserso.es](http://www.crealzheimer.imserso.es).
- García Santelesforo, R. y Pérez Sáez, E. (2016). *Psicoestimulación con nuevas tecnologías: guía para la implantación de la Wii-terapia*. Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso. [www.crealzheimer.imserso.es](http://www.crealzheimer.imserso.es).
- Harris, P.B. (2006). The experience of living alone with early-stage Alzheimer's disease: What are the person's concerns? *Alzheimer's Care Quarterly*, 7, 84-94.
- Huertas-Domingo, C., Márquez-González, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M. d. S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). [Sociocultural Influences on the Feeling of Loneliness of Family Caregivers of People with Dementia: The Role of Kinship.](#) *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4700.

- Kramer Stehen C., Friedman E.; Bernstein Penny L.; (2009) Comparison of the Effect of Human Interaction, Animal-Assisted Therapy, and AIBO-Assisted Therapy on Long-Term Care Residents with Dementia. *Anthrozoös*, 22(1), 43–57. Doi:[10.2752/175303708X390464](https://doi.org/10.2752/175303708X390464).
- Losada Baltar, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Olazarán-Rodríguez, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador Psychological impact of dementia on the family: Proposal of an integrative model. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e4), 1-27.
- Mickus, M. A. y Luz, C. C. (2002). [Televisits: sustaining long distance family relationships among institutionalised elders through technology](#). *Aging & Mental Health*, 6(4), 387-396.
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2025). [Demencia](#).
- Pérez-Redondo, E., Pérez Sáez, E., Rosillo Carretero, N., González Ingelmo, E. (2017) Comparación de las respuestas ante un estímulo de roboterapia (paro) y un perro en personas con demencia. *Quaderns digitals.net* 84. (39-57).
- Ren, Y., Savadlou, A., Park, S., Siska, P., Epp, J. R. y Sargin, D. (2023). [The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer’s disease](#). *Frontiers in Neuroendocrinology*, 69, 1-22.
- Sävenstedt, S., Brulin, C. y Sandman, P. (2003). [Family members' narrated experiences of communicating via video-phone with patients with dementia staying at a nursing home](#). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(4), 216-220.
- Wilson, R.S. et al. (2007) 'Loneliness and Risk of Alzheimer Disease', *Archives of General Psychiatry*, 64(2), p. 234. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>.



## 5. Soledad en personas institucionalizadas de cualquier edad.

Las personas pueden a lo largo de su vida ingresar de manera voluntaria o ser derivadas a una institución. En muchas ocasiones esto puede ser protector para la persona que ha perdido su autonomía por la presencia de una o varias discapacidades o por enfermedades crónicas, por ejemplo. La institución le pueda aportar posibilidades de integración y de relacionarse con personas en situaciones similares.

La situación idónea sería aquella en que se pueda proporcionar otras opciones además de la institucionalización. En muchos casos, esta es la única opción o la mejor incluso deseada por la persona. Sin embargo, el proceso de entrar en una institución lleva consigo un desarraigo con su entorno previo: familiar, comunitario, amistades y personas cercanas.

La Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización 2024-2030 considera que los procesos de institucionalización no sólo se dan a través de internamientos en centros, albergues o residencias (como espacios físicos), sino que también están atravesados por comportamientos, valores y creencias sobre formas de apoyar y cuidar que tienden a la despersonalización, la rigidez en las rutinas, el trato grupal y uniforme, así como la distancia, la segregación y aislamiento social. Situaciones que en muchas ocasiones puede tener efectos negativos significativos en la calidad de vida, el bienestar y en el ejercicio de los derechos de las personas. (Ministerio de derechos sociales, Consumo y Agenda 2030; 2024).

Es innegable que la propia situación de institucionalización produce muy a menudo una sensación de desvalorización, baja autoestima en la persona, que requiere de adaptación a la nueva situación.

Por otro lado, encontramos en los centros sociosanitarios personas cuya pertenencia a la institución se prolonga en el tiempo y esa institucionalización crónica suelen llevar aparejada una soledad profunda y crónica.

Hay pocas referencias en este ámbito. La universidad Pablo Olavide de Sevilla ha llevado a cabo un estudio en 24 residencias tanto públicas como privadas distribuidas por toda la comunidad andaluza, señalando tres momentos clave: el proceso de ingreso a la residencia, el apoyo social durante el ciclo de adaptación del día a día y la convivencia en la residencia y el tercero referido a las percepciones sobre los cuidados recibidos. A continuación, se recogen algunos resultados y conclusiones.

Un dato estremecedor es que el 80 % de las personas entrevistadas reconocen sentirse solas. El análisis ha facilitado la comprensión de los discursos de esas personas mayores residentes en torno a aspectos como la entrada y la cotidianeidad en la residencia, sus relaciones sociales, su salud emocional y sus soledades. En el momento de la entrada se mostraron relevantes el estado previo de deterioro de salud física o mental, la falta de autonomía o independencia y una red social precaria, sobre todo en hogares unipersonales. Estos elementos determinan la decisión de solicitar plaza en residencia. Otro bloque relevante gira en torno a la familia: viudez,

la intensidad de las relaciones familiares a veces influida por la distancia, sensación de “ser una carga”.

Consideran que las personas usuarias y los trabajadores del centro son factores de cambio.

La convivencia con personas que tienen deterioro cognitivo puede conducir a alteraciones. Muchos buscan diferenciarse del resto para relacionarse y las posibilidades de encontrar personas afines en un espectro reducido de opciones para relaciones significativas. Estos elementos reflejan la falta de identificación, que lleva al autoaislamiento.



Foto: espacio luminoso para actividades en común o meriendas en el CREA de Salamanca

Apuntan a la importancia del apoyo social en el momento de la adaptación inicial y las expectativas que traen sobre cuidados percibidos. Las personas mayores residentes priorizan la sensación de seguridad que transmite un centro con asistencia, sobre todo para casos de emergencias, en relación con la libertad de movimiento que disfrutaban en sus casas.

Aunque tienen expectativa previa de aumentar su red social y disminuir la soledad previa, esta última aumenta en el momento del ingreso por su descontextualización de su entorno y de sus rutinas. Es decir, un primer efecto de aislamiento inicial se produce. Tras superar la primera etapa, una parte acaba considerando su hogar a la residencia: consolidan nuevas relaciones y rutinas.

Una de las numerosas conclusiones que emergen del estudio es la necesidad de adaptar las actividades de ocio y culturales al individuo y al grupo. Encuentran asimismo necesarias las estrategias que permitan la interacción entre afines con los que cohabitar en esta etapa vital tanto dentro como fuera de la residencia, si fuera posible. Es imprescindible el diagnóstico de las carencias antes de hacer intervención, la reactivación de relaciones significativas, el sentimiento de pertenencia y el rol activo dentro de la institución.

Las residencias deben pasar de cubrir necesidades materiales y cuidados físicos para pasar a integrar el bienestar y la salud emocional y psicológica. (García-González J.M. 2022, pendiente de publicar).

En el ámbito de centros residenciales encontramos un estudio transversal sobre soledad emocional y social en 65 residentes de 5 residencias en Cataluña de los que el 81.5% mujeres y la edad media de  $84 \pm 7$  años: Se usó la escala De Jong Gierveld y se recogieron variables

sociodemográficas y de salud. La soledad global se asoció con una menor calidad de vida percibida y en residencias concertadas; la soledad social con tener un hijo o hija o no tener descendencia y la soledad emocional con la depresión y la incontinencia urinaria y escasa red social. La soledad estuvo presente en casi el 71% de las personas residentes. Concluyen que son necesarios estudios con muestras más representativas y más grandes, así como estudios longitudinales que permitirán inferir las relaciones entre soledad y factores psicosociales asociados a condiciones de salud y físicas (Molas 2023).

Otra aportación proviene del ámbito sanitario en un estudio llevado a cabo en hospitales que señala por un lado las nuevas necesidades que surgen tras una intervención en la que a menudo surge una discapacidad o una limitación, que la persona ni la familia había previsto. El otro asunto es la necesidad de definir estrategias de salida, ya que habitualmente no pueden quedarse ingresadas de manera permanente, es algo que los equipos de trabajo social deben preparar desde el ingreso, ya que sus condiciones de vida han variado sustancialmente. (Casas Marti, 2023).

Un estudio longitudinal realizado en centros de cuidados de larga duración en Helsinki, Finlandia, financiado por el Ayuntamiento y el Hospital Universitario de la misma ciudad (Jansson, 2020) y realizado en el período 2011-2017 exploró los cambios en prevalencia de soledad. Se excluyó a las personas residentes temporales de respiro, a las que tenían deterioro cognitivo grave y a las que no quisieron contestar a la pregunta única que era: ¿Sufres soledad?: (nunca, a veces, a menudo, siempre) El análisis se basó en 1563 participantes en 2011 y 1367 en 2017 y exploró el bienestar, la salud, el estado nutricional y la medicación de las personas residentes en hogares de ancianos y residencias asistidas. Concluyen que la soledad es habitual en entornos institucionales y se mantuvo estable en el período estudiado. Señalan que, al afectar a la salud, bienestar y calidad de vida de las personas residentes, es necesario detectarla para abordarla con intervenciones.

Se ha encontrado alguna revisión sistemática sobre la eficacia de intervenciones en instituciones de cuidados de larga duración (residencia, centro de cuidados paliativos o enfermedades terminales o en residencia asistida) destacando de todas ellas fundamentalmente las terapias psicológicas y el desarrollo de tiempo libre o habilidades. (Quan y Lohman, 2019). Otra revisión sistemática de 70 estudios sobre eficacia de intervenciones en soledad en personas mayores\_ incluye a personas en comunidad y personas en cuidados de larga duración\_ apunta a las terapias con animales y las videollamadas como las más eficaces (Hoang et al., 2022).

En las personas con discapacidad y aún más, en las personas con dependencia es fácil encontrar capacitismo. Una manera de conceptualizarlo es aquella actitud o discurso que devalúa la discapacidad frente a la valoración positiva de la integridad corporal, equiparada a una supuesta condición humana de normalidad. Otra conceptualización dada por Simi Linton (Linton, 1989), se basa en el prejuicio de que, considerados como grupo social, las personas con discapacidad son inferiores a las personas sin discapacidad. A este respecto, es interesante consultar la publicación de CERMI que profundiza en el capacitismo “El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad” (Álvarez, 2023).



Foto: Grupo de personas usuarias y familiares en jardín. CREDyD (Imserso)

## Situación en los centros: datos y reflexiones sobre soledad en personas usuarias y familias.

Dentro de la población usuaria que puede encontrarse en los centros del IMSERSO encontramos personas con ingresos recientes y con estancia prolongada superior a 20 años, llegando incluso a 30 años en algunos casos. En los CAMF encontramos a personas adultas y mayores y en los CRMF con el componente formativo, las personas pueden tener entre 16 y 65 años y permanecen en estancias que perduran con vuelta al hogar en navidades y verano. Es decir, estancias en régimen residencial o ambulatorio.

Se analizaron y debatieron por los centros participantes en este grupo los **factores de riesgo y de protección** frente a la soledad en base a su experiencia. Como factores de riesgo:

- Pérdida de autonomía total o parcial, física o mental.
- Tiempo de permanencia en una institución, del Imserso u otras anteriores sanitarias o sociosanitarias.
- Ruptura o pérdida de relaciones sociales o familiares.
- Duelos: hijos, pareja, amistades, personas muy cercanas.
- Adquisición de dependencia o condiciones de salud crónicas o de larga duración.
- Pobreza o situación económica cercana a la pobreza.
- Ausencia de intereses culturales, sociales: cantidad, diversidad
- Personalidad más proclive a esta vivencia subjetiva.
- Edadismo, capacitismo, discriminación por otras razones: género, orientación sexual, origen étnico.
- Diferencias culturales grandes entre la persona y el contexto del centro o institución.
- Carencia de habilidades sociales.
- Problemas en la comunicación.
- Desarraigo del entorno comunitario de la persona.

### Factores de protección:

- Red familiar.
- Red social externa.
- Red social dentro de la institución.
- Percepción del centro como segundo hogar.
- Capacidades de resiliencia de las personas.
- Interés o afición por actividades relacionadas: música, cine, pintura, teatro, actividades de grupo, otras.
- Contexto comunitario favorable: voluntariado, entidades del tercer sector, acuerdos con otros actores: colegios, centros de mayores, centros de salud, universidad; posibilidad de intercambios intergeneracionales.
- Acceso a recursos económicos para apoyos, acompañamientos, etc.
- Habilidades sociales y de comunicación de las personas usuarias.
- Disponer de herramientas que ayuden a comunicarse, a relacionarse.

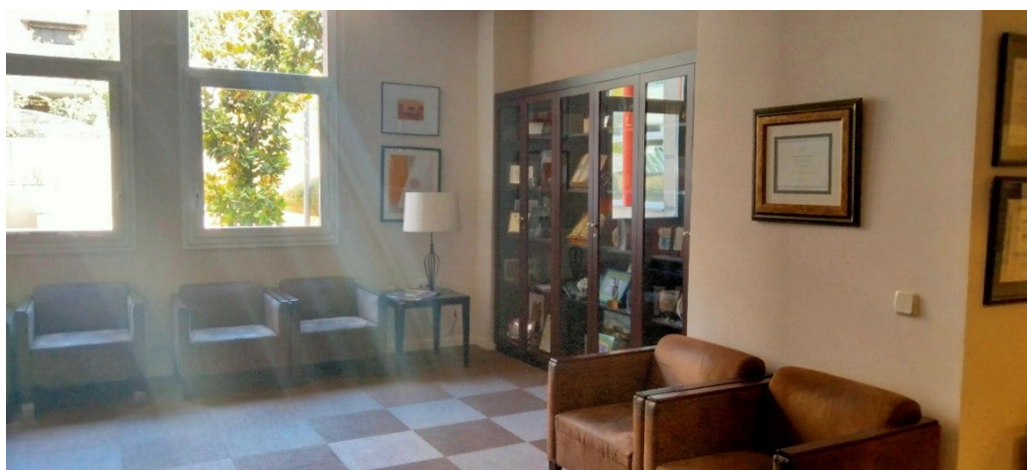


Foto: Espacio luminoso y amplio para socializar en CEADAC (Madrid)

### **Observaciones sobre soledad en los centros del Imsero.**

Se analizaron separadamente por cada centro que formaba parte del subgrupo de trabajo y se compartieron las siguientes aportaciones en relación con variables significativas y a circunstancias personales, familiares, del centro y su municipio.

No se detectan **diferencias entre hombres y mujeres** en cuanto a la prevalencia de soledad. Si se observan variables relevantes como el estado psicológico y afectivo previo al ingreso, la red sociofamiliar con la que cuenta, el estatus socioeconómico, tipo de personalidad y habilidades sociales y relacionales (CPSPM en Melilla).

Se observan en algún caso diferencias de género en la manifestación de la soledad incluso eliminando variables culturales, personales, psicosociales. Por ejemplo, en CPAP de Bergondo con mayor presencia de hombres, refieren que las mujeres verbalizan queja en mayor medida, matizando que el hecho de que no lo hagan los hombres no equivale a que no se sientan solos.

Donde sí observan diferencias entre hombres y mujeres en el manejo de sus redes de apoyo. Las mujeres suelen mantener relaciones sociales más estrechas y cuentan con redes de apoyo emocional más sólidas. Esto las protege en mayor medida de una soledad no buscada. A su vez

las mujeres presentan mayor facilidad para la expresión emocional y la búsqueda de apoyo, suelen conservar amistades significativas a lo largo del tiempo y presentan mejores habilidades para crear nuevos vínculos. Todo ello se podría traducir en menor riesgo de soledad prolongada. Los hombres en cambio suelen depender más de sus parejas como principal fuente de apoyo emocional, por lo que pueden experimentar más soledad en los casos en los que se rompe ese vínculo.

Aunque no se observan una diferencia entre hombres y mujeres, sí se detectan diferencias según rasgos específicos. Por ejemplo, observamos que en ocasiones la queja de soledad está asociada a rasgos de personalidad dependientes: personas que sienten malestar si no perciben a otras personas pendientes o cerca. Esto lo observan en hombres y mujeres indistintamente. Incluso observan personas que trasladan queja de soledad teniendo una red de apoyo familiar, pero presentan dificultad para encajar en un determinado grupo del que quieren formar parte.

Se suele observar una mayor afectación a nivel emocional y cognitivo (esquemas, pensamientos automáticos, etc.) en fases iniciales, pero según avanza el deterioro aparecen, a juicio de los profesionales de los centros, afectación a nivel conductual y de comportamiento: cantidad y tipo de actividades, cuidado personal, relaciones sociales, etc.

En hombres, en cambio, al menos en las fases iniciales e intermedias de estos procesos vinculados a la soledad, se observa más frecuentemente un estado de ánimo más neutro, donde no se demuestra especialmente positivo pero tampoco negativo o triste, que viene acompañado, al menos aparentemente, por un discurso sobre su visión de sí mismo, del mundo y de su situación, que expresa unas formas de pensamiento muy alejadas de las observadas en muchas mujeres que están pasando por procesos parecidos. A nivel conductual, en cambio, sí que revelan un descenso en el número de interacciones sociales y en la calidad de éstas, el número y tipo de actividades que llevan a cabo. En general, se observa una cierta apatía, incluso falta de energía en otros casos, en todo aquello que llevan a cabo, así como en su expresión emocional.



Foto cedida por CAMF de Guadalajara.

#### Vulnerabilidades detectadas.

**Presencia de una red social o familiar insuficiente**, sobre todo en momentos significativos como el ingreso o en aquellos donde la persona residente se enfrenta a circunstancias que excedan su capacidad de adaptación. Cuando las dinámicas familiares son más distantes o con mayor conflictividad, la falta de comunicación puede contribuir a una mayor vivencia de soledad. Las

familias que presentan cambios en la estructura familiar (divorcios, pérdidas, ...) pueden intensificar la vivencia de soledad.

En la mayor parte de los CAMF, las relaciones con las familias son escasas. Aunque muchos de ellos siguen manteniendo contacto con sus familias, este contacto es de una o más visitas a la semana en casos contados y siempre y cuando se da la circunstancia de la cercanía geográfica del domicilio familiar al Centro. Pero en la mayoría de los casos las visitas se realizan de manera muy distanciada en el tiempo y por teléfono, redes sociales o correo electrónico. En otra minoría de casos nos encontramos con personas usuarias que han perdido totalmente el contacto con sus familiares directos por desarraigo familiar o porque no les queda familia cercana. Solo una minoría de familiares muestran preocupación por la soledad y demandan una mayor ocupación en las actividades del Centro. Sin embargo, esto no va acompañado siempre de un aumento del número de visitas. Es decir, delegan en los equipos profesionales del Centro un problema que les involucra.

**Desarraigo familiar y social:** Es habitual contar con población usuaria que proviene de otros municipios de la provincia, otras provincias y otras Comunidades Autónomas. En muchos casos, constituyen más de la mitad de la población usuaria. No solo son lugares distintos sino también distantes de la ubicación del centro, lo que imposibilita o dificulta las visitas familiares o sociales. Este desarraigo se agudiza cuando las **unidades familiares** van disminuyendo o desapareciendo, lo que dificulta las relaciones entre personas residentes y familiares. Disminución o falta de familiares, y disminución o falta de red social, en definitiva.

En algunos casos, como señala algún centro (CAMF de Alcuéscar, Cáceres o CREDYD en San Andrés de Rabanedo, León) la mayor vulnerabilidad se detecta en los residentes **procedentes de otros países**, que no tienen lazos familiares, o cuyas familias están distanciadas geográficamente.

Los vínculos sociales previos al ingreso no siempre se rompen. Las relaciones de amistad previa, cuando aparece la situación de dependencia, continúan. Pero en muchas ocasiones, la aparición de la discapacidad y la dependencia exceden los recursos de adaptación y capacidades de la red familiar y social.

En otros casos, las relaciones sociales y de amistad fuera del centro, suelen ir desapareciendo. Los contactos con amistades son puntuales, incluso cuando las personas residentes salen en periodos vacacionales a los lugares de procedencia.

La mayoría pierden muchos contactos sociales e incluso familiares, y esto se ve más marcado en el caso de las amistades, siendo muy pocos los casos en que éstas se mantienen en el nivel previo al ingreso. No obstante, la convivencia en los Centros genera nuevas relaciones sociales significativas, que en muchos casos se consolidan en el tiempo.

**Nivel significativo de discapacidad-dependencia:** Tanto las discapacidades motoras como las sensoriales, así como las cognitivas o las intelectuales suponen barreras y dificultades en los procesos adaptativos de la persona, sobre todo las primeras. La razón es que éstas limitan muy directamente su calidad de vida percibida, su nivel de actividad, y le complican o imposibilitan en muchos casos el acceso a una gran cantidad de actividades placenteras y reforzadoras de su autoestima o que simplemente contribuirían a su entretenimiento y a la distracción de sus problemas, etc. siendo todos ellos factores que contribuyen finalmente al aislamiento progresivo.

Su discapacidad o grado de dependencia influye mucho en la participación de actividades de su vida diaria., sobre todo en aquellos casos en que no se cuenta con un profesional externo o residente que colabore con él. La sensación de depender de alguien en general ya es fuente de estrés e insatisfacción. En este caso, dependen de alguna manera de profesionales de cuidados o del equipo técnico en sentido amplio, que deben atender a muchas otras personas residentes, realizar tareas conjuntamente, etc. puede desembocar en situaciones muy desagradables, frustrantes y fuente de insatisfacción para muchas de estas personas.

### **Problemas de Discapacidad:**

La mayor parte de los residentes en los CAMF tienen al menos un grado 2 de dependencia. La mayoría presentan problemas de movilidad más o menos severos, en más de un 90% de los casos. Las discapacidades sensoriales y los problemas comunicativos no son tan comunes, pero sí que pueden afectar aproximadamente a un 60-70% del total si incluimos en este grupo también las dificultades comunicativas consecuencia de una demencia.

Con la **discapacidad cognitiva**, tanto la provocada por las demencias como por otros posibles daños a nivel encefálico, así como la discapacidad intelectual, ocurre principalmente que se desbordan los recursos psicológicos y adaptativos de estas personas. Estos recursos en muchos casos ya estaban al límite o directamente desbordados. Ocurriría algo parecido con aquellos trastornos psiquiátricos y psicológicos, ya que en función de sus naturaleza y gravedad pueden llegar a suponer una limitación enorme a las posibilidades de adaptación de la persona a este tipo de procesos.

Estas personas pueden llevar asociado un cambio de personalidad y dificultades para la autorregulación, como ocurre en ser personas con daño cerebral adquirido (DCA) o trastornos del neurodesarrollo o neurológicos.

Se apunta asimismo que el sentimiento de soledad y el aislamiento, se agravan cuando, **además de una discapacidad física, existen limitaciones o dificultades sensoriales**. Si nos centramos en discapacidades sensoriales o comunicativas, los porcentajes se sitúan alrededor de un 20%-25% de personas usuarias, con una disminución moderada o severa de alguna de sus capacidades sensoriales o poseen alguna dificultad comunicativa.

Las personas que se encuentran institucionalizadas, sobre todo si hay diferencias funcionales importantes, se encuentran con una situación que suele ser recurrente en los CAMF: la división excluyente relacional entre las personas con mayor y menor grado de dependencia. Las personas usuarias se relacionan como en un sistema de “clases” en los que suelen excluir a los grandes dependientes del marco relacional del resto.

Mención especial merecen los problemas de **salud mental**, que se encuentran de manera transversal en muchas situaciones.

**Procedencia o extracto cultural o educativo** de la persona, sobre todo si es muy distinto del conjunto de residentes o de la cultura a la que ha de adaptarse o también si la diferencia cultural resulta muy significativa: grupos culturales, religiosos o sociales, sometidos potencialmente a prejuicios o estereotipos. Algún centro considera que la educación es un recurso más de la persona y bastante importante. Si se dispone de él, se facilita el afrontamiento en muchos casos, pero no parece un factor tan determinante como el económico en muchos casos, sobre todo según en que problemáticas de discapacidad-dependencia y de los distintos tipos de personalidad, capacidad de afrontamiento, etc.

**Nivel y situación socioeconómica complicada de la persona o su familia.** Estas variables suponen una fuente importante de estresores en sí mismos. Influyen en la adopción de posibles recursos como poder contratar a una persona cuidadora, otro profesional sanitario o sociosanitario para mejorar la situación médica o vital de la persona, hasta la adquisición de elementos que faciliten o mejoren su calidad de vida o también que se pueda permitir emprender de forma autónoma o no ciertas actividades como posibles viajes, salidas, aficiones, etc.

No tiene porqué incidir directamente en su estilo de afrontamiento, pero si aumentan los retos a los que se enfrenta una persona y disminuyen el acceso a recursos y posibilidades.

**Problemas de comunicación:** el 60% tiene problemas de comunicación y déficits en habilidades sociales en opinión de los equipos de profesionales de los centros. La etiología puede provenir de deterioro cognitivo, a veces, y privación sensorial, en otras ocasiones, lo que dificulta las relaciones interpersonales, produce mayor tendencia al aislamiento y mayor riesgo a vivenciar soledad.



Foto: Grupo de usuarios en el día de la poesía. CAMF Guadalajara

#### Otros aspectos a destacar:

En cuanto, a la **relación entre las personas usuarias entre sí**, se observan diferencias según el tipo de centro. Las personas usuarias de CAMF se suelen relacionar entre sí según el tipo de patología que tienen. Es frecuente observar cómo las personas con dependencia moderada no desean relacionarse con aquellas que tienen dependencia severa, siendo las personas con gran dependencia las que sufren mayor exclusión. Esta relación por “clases sociales” definidas según su grado de dependencia son determinantes en una institución a modo de barreras invisibles.

No se observan problemas de relación por edad, sino por el nivel de autonomía. Las relaciones entre iguales son correctas, pero si existen diferencias entre los que tienen más o menos discapacidad.

A veces se observa un mayor número de intercambios comunicativos entre residentes de distintas edades, pero intercambios superficiales y puntuales. En los CRMF esa relación intergeneracional se produce de manera natural, al estar juntos en las actividades desarrolladas dentro y fuera del Centro.



Foto: comida en San Andrés de Rabanedo (CREDYD)

En el CSPCM de Melilla la situación es diferente con el paso del tiempo y en casi todos los casos. Las personas residentes rara vez establecen relaciones de amistad, salvo excepciones de algunas relaciones puntuales más profundas que se puedan dar entre algunos de ellos. Ni siquiera una relación más esporádica como compartir un rato o una pequeña charla. Más bien al revés, hacen esfuerzos activos por mantenerse separados de otros residentes, respecto a disfrutar de un nivel de confianza mínimo. En otros casos, esto va más allá y los residentes mantienen incluso pequeños enfrentamientos y disensiones entre ellos, normalmente fruto de pequeños desencuentros o disparidades de caracteres que van desde lo anecdótico hasta casi lo personal y conflictivo. Pese a los múltiples intentos por el equipo técnico, los residentes siguen mostrándose muy reticentes a ese tipo de contactos de un mínimo de profundidad o al menos que sean mantenidos en el tiempo.

En algunos centros, la interacción entre residentes, con frecuencia, viene condicionada por la participación en actividades, y no tanto por la existencia de afinidad y/o franjas de edad, según relata el CAMF de Alcuéscar. Desde este punto de vista también el CREDYD comparte datos en relación a las actividades deportivas y la inclusión de las personas usuarias sin diferenciarse por edad, género ni patología.

#### **Relaciones entre personas usuarias y su familia.**

Es positiva en la mayoría de casos, pero ambivalente en otros muchos, sobre todo por parte del residente hacia su familia en aquellos casos en que el ingreso no se lleva bien y sobre todo si éste no ha sido voluntario.

En otras ocasiones, las situaciones y circunstancias tan complejas y delicadas de algunas dinámicas familiares, sobre todo las que llevan a una unidad familiar a solicitar los servicios de una residencia, provocan un desgaste tal en el sistema familiar, en sus relaciones y en los individuos que lo conforman, que dichas problemáticas relacionales y afectivas se arrastran por todas o por alguna de las partes.

En ocasiones, y en el caso de personas con larga estancia en CRMFs y también en CAMF el mayor soporte y factor protector en el nivel relacional y emocional, es la existencia de las figuras

parentales o de otros familiares que asumen dicho rol. En el momento en que los padres fallecen el sentimiento de soledad se acentúa.

Los familiares, a veces detectan soledad en las personas usuarias. En ocasiones pueden pasar desapercibidos o confundirse con otras situaciones tanto para la familia como para los profesionales. Por ejemplo, es fácil que no puedan diferenciar entre los procesos de progresivo aislamiento de los residentes con procesos adaptativos, diferencias de personalidad, etc., o por la propia naturaleza de su situación de discapacidad, su problemática cognitiva, psicológica o lingüística, que no permiten ni facilitan al profesional la comunicación. Otras veces los residentes no se abren a la interacción comunicativa con el personal técnico, pero sí con sus familiares debido a la propia dinámica psicosocial que vienen padeciendo. En general, los profesionales se dan cuenta bastante bien de cuando una persona puede estar comenzando un proceso de este tipo. Solo en casos puntuales dicha identificación se hace más difícil de identificar.

**La institucionalización** en sí misma da lugar a un aislamiento social por falta de vivencias en la realidad exterior. Algunas de las posibles consecuencias son:

#### Impacto en la Autoestima:

La situación de institucionalización influye mucho en la autoestima. No es un factor definitivo, pero sí muy importante, resultando a veces tan invalidantes o más como los que provocan las propias discapacidades motoras, cognitivas, etc. en combinación con factores personales, sociales como procesos psicológicos. La persona puede bajar mucho su nivel de actividad: el número de actividades significativas y satisfactorias y sobre todo aquellas que lo definen como individuo. Les cuesta distraerse, relajarse u olvidarse fácilmente de sus problemas diarios o provenientes de su propia dependencia o la institucionalización. A veces los sobredimensionan aún más.

Pérdida de Autonomía: la pérdida de capacidades funcionales derivadas del tipo de discapacidad o de la edad, que lleva a un deterioro más o menos rápido de la persona a lo largo de su estancia en el centro, dificulta la participación en actividades tanto dentro como fuera del mismo.



Foto: un grupo de usuarios del CAMF de Leganés y familiares en día de disfraces

## Conclusiones y propuestas.

Las principales variables relevantes por sí solas o entrecruzadas llevan a aislamientos crónicos: la lejanía geográfica desde sus lugares de procedencia (desarraigo familiar y social), pérdida de autonomía y capacidad funcional (por procesos degenerativos y envejecimiento de la población

con mucha antigüedad en el centro), problemas de comunicación, y deterioro cognitivo que conducen a privación sensorial y falta de conexión con el entorno y aislamiento.

Proponen estas medidas o iniciativas como protectoras frente a la soledad:

Facilitar, promocionar y potenciar el acceso a las **nuevas tecnologías para las comunicaciones** interpersonales con el exterior, acceso a la información y comunicación por redes sociales con familiares y el entorno y la comunidad.

**Terapia de Grupos** para personas que comparten las mismas experiencias y sensaciones en la pérdida de autonomía y compartir **“procesos de duelo”** por estas pérdidas.

Sensibilizar y promocionar el uso de **ayudas y medios técnicos para la comunicación**, educar y motivar para su uso.

Generar y promocionar **grupos que comparten intereses y afinidades** en ocio, aficiones, procedencia, promoviendo y facilitando actividades dentro, pero, sobre todo, fuera del centro para estos grupos.

Detección y tratamiento de la **depresión** asociada al propio ingreso, sobre todo prolongado, a su dependencia o a la pérdida de vínculos familiares y sociales anteriores.

Buscar formas de **romper las “barreras invisibles” comunicativas y relacionales** que hay entre las personas usuarias con gran dependencia o con peores condiciones físicas o mentales y el resto de las personas usuarias y la vida del centro.

## Buenas prácticas.

Se comparten algunas iniciativas como ejemplos de maneras de intervenir en prevención y en mitigación de soledad en los diversos grados de institucionalización que pueden encontrarse en los centros del Imsero.

### Equipo de anfitriones o Comité de bienvenida

Un grupo pequeño de personas usuarias voluntarias con antigüedad en el CPSPM en Melilla ayudan a las nuevas incorporaciones hagan esa primera transición los primeros días al entrar en el centro acompañando y explicando las rutinas.

Otra modalidad similar es la que encuentran en CRE ubicado en San Andrés de Rabanedo de León en el que el equipo que hace la bienvenida es mixto. Lo componen residentes, trabajador social y resto del equipo psicosocial.

### Revista familiar FAMILIO (CPSPM)

En el centro polivalente de servicios a personas mayores en Melilla se ha implementado una herramienta tecnológica que permite acercar la familia a la persona usuaria mediante un formato revista. La app es comprada por el centro y está disponible para todas las personas residentes (en el caso de este centro) con diseño y mensajes personalizados. Se confeccionan boletines que mantienen conectadas familias y personas usuarias en los que se recogen las actividades con fotos y mensajes personalizados. El impacto emocional ha sido inmediato. Esta herramienta permite imprimir boletines en papel.

Habilitación de habitaciones para acompañamientos familiares mensuales o bimensuales. Esta medida funciona en el CAMF en Pozoblanco (Córdoba) y en el CREDYD en León. Las familias firman un documento en el que se comprometen a visitar a sus familiares residentes y el centro les ofrece alojamiento en el centro, contribuyendo con ello a fortalecer vínculos familiares. En el caso del CREDYD, la propuesta que ofrecen es para los fines de semana y se define en el plan individualizado de atención (PAI) con este objetivo de mantener los vínculos familiares y ofrecer un espacio de convivencia.

Oferta de actividades deportivas y de ocio a antiguas personas usuarias (baloncesto en silla de ruedas, boccia, etc.) en las instalaciones del centro (CRMF de Salamanca). Esta fórmula a veces incluye a personas del municipio como en el CRMF en Lardero (La Rioja) o el CRMF en Albacete. Otras veces apoyan a las personas usuarias a usar instalaciones municipales mediante convenios. Favorece el bienestar, la integración con el entorno y favorece contextos de socialización al mismo tiempo que incide en vida saludable.



Foto: grupo de personas usuarias del CRE de San Andrés de Rabanedo en un partido de Boccia

Aula abierta (varios CRMF): programa de apoyo a todos los que deseen cursar formación reglada de cualquier tipo: formación profesional, universidad fuera del centro. Reciben apoyo y supervisión en el propio CRMF con el tutor. Esta iniciativa permite una mayor interacción social y laboral y aumenta las posibilidades de sociabilidad de pertenencia y dota de sentido adicional a las vidas de estas personas (permite realizar estudios reglados fuera del centro durante la mañana recibiendo apoyo y supervisión en el propio centro con un tutor).

## Referencias.

- Álvarez Ramírez G.E. 2023. El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad. Colección CERMI.
- Casas Martí Joan 2023 Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia. Universidad de Barcelona.
- García-González, Juan Manuel (IP) (2022). Proyecto SOLAS. Soledad no deseada y riesgo de aislamiento social en personas mayores: análisis de la población general e

- institucionalizada durante la pandemia de COVID-19 en Andalucía. Ref. P20\_00810. Junta de Andalucía. Ayudas a proyectos de I+D+i del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI 2020). Universidad Pablo de Olavide.
- Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, Tan CV, Whaley C, McMillan J. (2022) Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Oct 3;5(10):e2236676. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.36676.
- Jansson, A. H., Savikko N, Kautiainen H., Roitto H-M, Pitkälä K.H., 2020 Changes in prevalence of loneliness over time in institutional settings, and associated factors, Archives of Gerontology and Geriatrics, 2020 julio-agosto doi: 10.1016/j.archger.2020.104043.
- Linton Simi, 1989 Claiming disability, knowledge and identity. New York University Press. New York.
- Molas Tuenu, M., Jerez Roig J., Minobes Molina, E., Coll Planas, L., Escribá Salvans, A., Farrés Godayol, P., Yildirim, M., Rierola Fochs, S., Goutan Roura, E., Bezerra de Souza, D.L., Skelton, D.A., & Naudó Molist, J. (2023) [Soledad social y emocional en personas mayores que viven en residencias geriátricas de España: un estudio transversal](#). Anales de Psicología/Annals of Psychology, 39.
- Quan N, Lohman M. (2019) Interventions for loneliness among older adults in facilities: a systematic review. Innov Aging. 2019 Nov 8;3(Suppl 1):S784. doi: 10.1093/geroni/igz038.2884. PMCID: PMC6845650.



Foto: usuarios del CRMF de Lardero comparten experiencias con estudiantes del Grado de Trabajo Social de la Universidad de la Rioja.

## 6. Soledad en las personas con discapacidad y sus familias.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros, (EDAD centros), el 94,7% de personas que residen en centros tenían alguna discapacidad en 2023. Por sexo, 124.774 eran hombres y 233.121 mujeres. (INE, 2024)

Por edad, el 65,0% del colectivo con discapacidad en centros tenía 80 o más años, el 20,0% tenía entre 65 y 79 años y el 15,0% tenía entre 6 y 64 años. El 65,1% eran mujeres y el 34,9% hombres.

El 73,8% de las mujeres tenía 80 y más años mientras que este porcentaje era del 48,5% para los hombres. Por su parte, el 25,4% de los hombres tenía menos de 65 años, porcentaje que bajaba al 9,5% para el caso de las mujeres.

- Las discapacidades más frecuentes fueron para el autocuidado (88,6%), vida doméstica (86,9%) y movilidad (86,2%).
- Un 52,8% de las personas con discapacidad manifestó encontrar algún tipo de problema de accesibilidad, bien dentro o fuera del centro.
- El 94,4% de las personas con discapacidad que residía en centros nunca se sintió discriminada por motivo de su discapacidad.
- El 74,2% de las personas con discapacidad consideraba adecuado el contacto que tenía con familiares, amigos o conocidos.

En la tabla inferior se aprecia el porcentaje de personas con discapacidad sobre el total de residentes en cada tipo de centro según datos del INE en su Encuesta EDAD, 2023.

### Personas con discapacidad residentes en centros por tipo de centro y principales grupos de discapacidad. Año 2023.

(% sobre el total de personas con discapacidad residente en cada tipo de centro)

	Movilidad	Autocuidado	Vida doméstica
<b>TODOS LOS CENTROS</b>	86,2	88,6	86,9
<b>Centro Residencial personas mayores</b>	88,5	89,6	87,6
<b>Centro Residencial personas con discapacidad</b>	77,6	86,0	86,8
<b>Vivienda Tutelada</b>	53,9	57,1	65,2
<b>Hospital</b>	75,0	88,7	83,1

Nota: Una persona puede tener discapacidades de más de un tipo

Fuente: INE. Edad 2023. Nota de prensa.

En los centros del Imsero encontramos con frecuencia a personas con discapacidad de diferentes franjas etarias. La discapacidad puede aparecer en la infancia o en cualquier otra etapa vital, incluida la vejez. En los CRMF los jóvenes son numerosos y en el CRE de

enfermedades raras en Burgos no es infrecuente encontrar niños y niñas. En los CAMF o CRE o CPSP encontramos personas de menos de 60 años.

Desde el Imsero, la mirada en relación con la soledad quiere ser inclusiva. La soledad es positiva en procesos creativos, en algunas fases de elaboración del duelo y en el desarrollo de la persona. Sin embargo, la pérdida en sentido amplio, y la que proviene de situaciones provocadas por discapacidad puede afectar a las elecciones de vida en gran medida.

Todas las personas pueden contribuir en la comunidad en la que viven y en la sociedad en general. Las personas con discapacidad también pueden hacerlo. En el ámbito rural, estas personas cuentan con más barreras que el resto: la distancia a numerosos servicios, junto con la progresiva y sostenida disminución de aquellos disponibles; las limitaciones en el acceso al transporte; la acentuada brecha digital derivada de la insuficiente conectividad; las deficiencias en la accesibilidad tanto de las viviendas como del entorno físico; la escasa implantación del tejido asociativo; la baja densidad de vínculos sociales —que contribuye a una mayor percepción de soledad—, así como la carencia de oportunidades de participación en actividades culturales y de ocio inclusivas, constituyen factores de riesgo significativos y barreras relevantes para la inclusión social de las personas con discapacidad residentes en el ámbito rural. (Estrategia Española sobre discapacidad 2022-2030).

En estudios recientes en población española (SoledaES, 2024) las personas con discapacidad muestran una prevalencia de soledad no deseada 30 puntos superior a las personas sin discapacidad (50,6% frente a 19,1%). Otros estudios apuntan de manera desalentadora a su mayor prevalencia. Un estudio longitudinal sugiere que las probabilidades de sentirse solo son particularmente altas para las personas cuando pasan a sufrir una discapacidad grave (Pagan, 2022). Por otro lado, las probabilidades de superar una situación de soledad son bajas para las personas que permanecen severamente limitadas o hacen una transición de una discapacidad moderada a una discapacidad severa, en comparación con aquellas sin discapacidades (Pagan, 2022).

En el caso de población joven, el estudio del Observatorio estatal en personas entre 16 y 29 años afirma que más de la mitad de la juventud (54,2%) con discapacidad sufre soledad, aunque matizan que no tanto por la discapacidad en sí misma, sino por la asociación con otras variables significativas (SoledadES, 2024).

Las familias de personas usuarias son doblemente objetivo del trabajo de prevención y reducción de soledad en los centros. Sufren mayor vulnerabilidad por la propia situación de cuidado de personas con discapacidad y, en segundo lugar, la mejora en su bienestar afecta muy positivamente a las personas usuarias de las que son familia.

## Factores de riesgo, vulnerabilidad y protección en los centros.

Esta información ayuda a disponer de elementos significativos para una detección temprana. Bien por no haberse usado una escala validada, porque no sea fácil administrarla, por falta de cooperación de la persona, imposibilidad de otro tipo o simplemente no forma parte de las actuaciones prioritarias del centro. En definitiva, la suma de varias situaciones de riesgo podría llevar a un mejor seguimiento de la persona usuaria para incluirla en iniciativas de mejora de su aislamiento y vivencia de soledad.

**Los factores de riesgo** ligados al entorno de la persona y a los elementos que caracterizan las relaciones mantenidas en su red amplia es un ámbito de relevancia a explorar. El aislamiento físico, social y una red poco desarrollada pueden favorecer el desarrollo de situaciones de soledad. Cabe diferenciar entre factores modificables y no modificables, dado que a la hora de diseñar una acción se dirigirá a factores que puedan ser objeto de cambio.

Pensando cuales son las situaciones que pueden afectar a niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad se definieron estos de manera consensuada:

- Pérdida de empleo o dificultad para conseguirlo por largos períodos.
- Vivienda en pobres condiciones generales y de accesibilidad.
- Convertirse en cuidador/a, unido a su propia discapacidad.
- Ruptura o pérdida de relaciones sociales o familiares.
- Duelos: hijos, pareja, amistades.
- Confluencia de varias discapacidades: dificultad de desarrollar un proyecto de vida.
- Entrar a formar parte de una institución sociosanitaria.
- Pobreza o situación económica cercana a la pobreza.
- Capacitismo en la persona o en su entorno.
- Brecha digital, especialmente en territorios aislados.
- Acoso escolar previo en su historia académica.

**Los factores de vulnerabilidad** conciernen a las características propias de la persona con discapacidad y pueden hacer que vivencie soledad. Puede tratarse de su estado de salud física, pérdida cognitiva, dificultades de salud mental o de condiciones psicosociales que la coloquen potencialmente en la imposibilidad temporal o permanente de realizar por ella misma ciertas actividades de la vida cotidiana o de responder a sus necesidades de base sin la ayuda de los demás. Cabría diferenciar también los modificables para actuar sobre ellos, de los que no lo son:

- Pérdida de autonomía.
- Problemas de comunicación físicos, deterioro cognitivo.
- Falta de habilidades sociales.
- Adquisición de discapacidad o condiciones de salud crónicas o de larga duración.
- Problemas de accesibilidad a determinados contextos.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Esquemas mentales poco flexibles, capacitismo interiorizado.

**Los factores de protección** son los elementos que permiten reducir las probabilidades de que una situación de soledad se desarrolle o perdure. Pueden clasificarse a su vez en dos categorías: los elementos propios de las personas con discapacidad (intrínsecos) y los relativos a su entorno inmediato o ampliado (extrínsecos) La primera categoría reagrupa entre otras las habilidades, las fortalezas y estrategias movilizadas intencionalmente o no por la persona mayor para luchar con una situación de soledad. La segunda se dirige sobre todo a la calidad de su red social y de apoyo, a la organización de servicios en la comunidad, así como las percepciones de envejecimiento vehiculadas socialmente en una colectividad dada.

Factores de protección intrínsecos:

- Capacidad de resiliencia en situaciones previas.
- Percepción constructiva o positiva de su propia discapacidad.
- Aficiones e intereses que pueda mantener.

- Otras capacidades individuales: extroversión, reflexividad.
- Facilidad para establecer relaciones intergeneracionales.
- Compartir experiencias entre las personas recién llegadas y los más antiguos.
- Crear espacios de compartir para las personas usuarias.

Factores de protección asociados a la comunidad:

- Red familiar sólida.
- Red social de apoyo extrafamiliar.
- Accesibilidad a recursos variados a actividades socioculturales, de ocio etc.
- Iniciativas de inclusión de cualquier tipo.
- Mantener los espacios de vecindad recíproca.
- La pertenencia al centro, que es un lugar de encuentro y de desarrollo de actividades con usuarios/as y exusuarios/as.
- Pertenecer a una comunidad que vehicula una imagen positiva de la discapacidad y/ o la vulnerabilidad.
- Protocolos de detección en sistema sanitario en relación con la soledad.
- Participar o formar parte de en un entorno en el que la atención centrada en la persona y la amigabilidad es una prioridad en ese municipio.



Foto: Banco de imágenes

## Ámbito de investigación.

Se recogen elementos a considerar encontrados en estudios sobre la soledad en personas con discapacidad visual, o sordociegos, en enfermos crónicos, en familias cuidadoras o incluso los sesgos de la sociedad hacia las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad(es) sensorial(es) son especialmente vulnerables. Estudios en personas con sordoceguera señalan que la sordoceguera en muchas ocasiones es la discapacidad que mayor soledad y aislamiento puede provocar en el ser humano es la combinación de la visual y auditiva más que la suma de ambas (Arregui, B., Puig, V., y Romero, E. 2022). El tacto es el principal canal de entrada de información, y eso no facilita la interacción social. La mayoría de las personas no son muy proclives al contacto táctil, lo que supone cierto rechazo respecto a los que no son sordociegos. La comunicación tiene limitaciones ya que solo se hace de una persona hacia otra. Para una comunicación más grupal necesitan un traductor o repetir el mensaje numerosas veces, tantas como personas hay en ese grupo.

No hay resultados estadísticamente significativos en este estudio en cuanto a edad, sexo o estado civil. Sí en cuanto a nivel de formación alcanzado o solvencia económica. El uso de WhatsApp y móvil (internet) reduce soledad en estas personas.

Respecto a los momentos de mayor prevalencia señalaremos algunos como la aparición de la enfermedad, los fines de semana, la noche, en reuniones sociales causado por el ruido, iluminación, número de personas y sistema de comunicación. Las situaciones en las que la distancia física impera son especialmente difíciles para estas personas. Vivir en un centro residencial tiene impacto porque implica salir de su entorno, cambio obligatorio de sus hábitos, profesionales con tiempo limitado deben añadir un esfuerzo adicional para dedicarlo a comunicación, algunas personas residentes no se adaptan a relacionarse con las personas que son sordociegas, los apoyos en comunicación son insuficientes (Arregui, B. y col., 2022).

Ante una ausencia de centros especializados en sordoceguera se interna a las personas en residencias de salud mental y se enfrentan a la sobremedicación. Estas personas presentan episodios de depresiones u otras circunstancias de salud mental relacionadas con la soledad (Bascones Serrano y Martínez Madrigal, 2023).

Por lo que se refiere a la soledad de familiares cuidadores, se revisó el estudio realizado en Cantabria con familiares de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID), que llevó a cabo Plena Inclusión de Cantabria. (Plena inclusión, 2022). Utilizaron la Escala Este II con una muestra de 109 personas. Si bien no reconocen tener ni soledad objetiva, ni emocional, sí reconocen aislamiento social por la falta de oportunidades para la participación social: espacios o actividades que se ajusten a sus necesidades o las de sus familiares. La mayor parte de ellos usan las nuevas tecnologías. Las personas que tienen valores medios en soledad además de lo anterior hablan de dificultades para sentir apoyo social efectivo de sus redes sociales, usan menos las tecnologías sobre todo redes sociales y aplicaciones. Se consideran apreciados por sus seres queridos, pero se encuentran solas físicamente con la situación del cuidado del familiar con deterioro intelectual y del desarrollo. La mayor parte de ellas eran madres con edades superiores a los 65 años, solas en entorno urbano con hijo varón con DID y con 75% de discapacidad, grado III de dependencia y altas necesidades de apoyo. Plena Inclusión propone:

- **Reforzar la red de apoyo comunitaria** para las familias, promoviendo la colaboración con entidades del tercer sector, centros educativos y servicios sociales. El objetivo es asegurar que las familias, independientemente de su edad, etapa vital, situación o lugar de residencia, puedan acceder a información clara y útil sobre los recursos disponibles, con especial énfasis en los servicios especializados que ofrecemos.
- **Impulsar espacios de encuentro entre familiares** que favorezcan tanto la participación social como el apoyo mutuo. Estas actividades deben ir acompañadas de un servicio de conciliación que se encargue temporalmente del cuidado de la persona dependiente, de manera que se facilite la implicación de los cuidadores familiares.
- **Promover el programa “Familiar a Familiar”**, de modo que los familiares que atraviesen situaciones similares a las descritas puedan contar con el apoyo y acompañamiento emocional de otra persona que haya vivido una experiencia comparable y pueda ofrecer orientación desde la empatía y la experiencia directa.

En *Loneliness and its predictors in rare versus common illnesses* (Nicoloro-SantaBarbara et al., 2024) se parte de que la soledad es particularmente relevante en personas con enfermedad crónica y sobre todo si es enfermedad rara. En ambos grupos mencionados la soledad es mayor

que el estándar poblacional y del desconocimiento de la experiencia psicosocial de las personas con enfermedades crónicas. Tras una encuesta a 952 personas concluyen que apenas hay diferencias entre ambos grupos en cuanto a soledad. Compararon la magnitud de soledad en personas con enfermedad crónica rara o común examinando predictores teóricos como: estigma, intrusión de la enfermedad, comparación social, apoyo social, apoyo de los proveedores de atención médica y autoeficacia. Los valores en soledad eran especialmente altos en personas que se sentían estigmatizadas, en las que tenían menor apoyo social sostenible, así como en aquellas personas con comportamiento más disruptivo o perturbador. Subraya la importancia de examinar el estigma internalizado y el apoyo social como objetivos de intervención para reducir soledad en personas con enfermedad crónica reconociendo los retos que quedan tanto en enfermedad común como en enfermedad rara.

Por último, recogemos los retos y propuestas que el Informe Olivenza nos propone con la colaboración de la Universidad de Salamanca. (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2023) Entre los retos propone:

A nivel micro, proporcionar los apoyos adecuados en cada caso para garantizar la participación social, que no reste espontaneidad a la situación o a la persona.

En el nivel meso, conseguir una relación equilibrada entre las actividades organizadas y las relaciones sociales naturales para acercarse a la espontaneidad. En entornos normalizados, las relaciones sociales cuentan con un componente de artificialidad que se debe intentar llevar hacia ampliar círculos sociales de manera más espontánea.

A nivel macro, hay un reto social para una inclusión efectiva de la población con discapacidad en todos los ámbitos con la implicación de todos los actores y grupos sociales. Es decir, lograr una visión social de las personas con discapacidad que no sea ni condescendiente ni de minusvaloración, sino de igualdad efectiva.



Foto: estimulación sensorial y cognitiva en el CREA

## Situación observada en los centros del IMSERSO.

Se recogen las aportaciones de los CRMFs de Lardero, Madrid, Salamanca y Albacete, el CAMF de Guadalajara, el I CREDYD en León y el CREER de Burgos sobre enfermedades raras. Aunque no constituyen el universo completo de centros con personas usuarias que tienen una o varias discapacidades, la muestra es bastante representativa. Se han incluido asimismo aportaciones del CAMF de Leganés.

La distribución por género de las personas usuarias indica clara mayoría de hombres en todos los centros. En cuanto a discapacidad la variedad es amplia. Con relación a la procedencia, la mayor parte cuenta con un porcentaje pequeño de personas de origen extranjero. Por otro lado, cuentan con un porcentaje variable, pero que puede llegar a ser bastante significativo según el centro, de personas que provienen de otras CCAA o de otras provincias o municipios.

En la mayor parte de ellos hay un porcentaje nada desdeñable de personas con deterioro cognitivo que varía de un centro a otro. En los casos de deterioro cognitivo observan que les cuesta más relacionarse y tienen más momentos en soledad. No descartan que la soledad sea un elemento buscado por estas personas, así como que también que puede ocurrir que no sean muy conscientes de su vivencia.

En los CRMF es frecuente la relación intergeneracional de manera natural. De hecho, se observa comunicación fluida entre personas con diferencias de edad remarcables. La mayor parte están en la veintena o treintena, pero pueden encontrarse personas usuarias con más 55 años.

Las personas con más movilidad tienen más participación en actividades del centro y fuera del mismo.

Una constante que refieren los equipos profesionales y de dirección de los CRMF es la **sobreprotección** de las familias sobre las personas usuarias, unido a experiencias de **acoso escolar previas** a su participación en el centro.

Otro elemento a tener en cuenta es el elevado **grado de discapacidad** que en las personas que acuden a un CRMF o un CAMF. En los primeros se sitúa entre un 75 % y 90% del total con un grado II de dependencia. En algunos predominan las discapacidades sensoriales (ceguera, sordera).

Hay práctica unanimidad en afirmar que **no han percibido que haya una diferencia significativa entre hombres y mujeres** en cuanto a aislamiento social o sentimiento de soledad. Aunque sí perciben mayor vulnerabilidad en aquellas personas con discapacidad sensorial que, de hecho, suelen tender a relacionarse entre ellos y menos con personas con otro tipo de discapacidades. En algún caso, señalan que la soledad se muestra de forma diferente en hombres que en mujeres. Asimismo, apuntan a que las mujeres en general hablan de este tema o de su sentir con más facilidad que los hombres. Por su parte, los hombres dan la sensación de que lo enmascaran con una necesidad de realizar actividades y tener todo el tiempo ocupado.

En algún caso, destacan como más vulnerables, dentro del CRMF, a las personas de mediana edad, que no tienen ya familiares mayores y sin familia como grupo de apoyo cercano. Las personas que tienen hijos o son de menor edad no parecen tan afectadas por la soledad, aunque no se puede excluir que no la sientan.

Hay bastante consenso en afirmar que las personas con deterioro cognitivo o problemas de comunicación son las más vulnerables, debido a los problemas que tienen a la hora de comunicarse o de mantener conversaciones fluidas con las demás personas usuarias.

Con respecto a la variable edad, **no se aprecian diferencias en soledad o en aislamiento en función de la edad** de las personas. Consideran que el formar parte de un grupo tan amplio de franjas etarias y el hecho de que realicen el mismo tipo de actividades o formaciones les equipara y acerca generacionalmente. Es la actividad en común lo que les une, no siendo relevante la diferencia de edad a la hora de relacionarse o de sentirse solos.

Es decir, observan que los espacios de interacción en el centro vienen más determinados por ámbitos de interés o actividad que por franja de edad. Si bien es cierto que esa interrelación pocas veces se traslada fuera del centro, salvo un grupo reducido de personas residentes. Otras veces, las afinidades vienen determinadas por el tipo de discapacidad o cronicidad que se tenga, relacionándose con los de su misma “tipología”.

En algún centro detectan frecuentemente **déficits en habilidades sociales** (siendo uno de los factores para explicar la soledad no deseada), sí existe una mayor interacción entre las personas que mantienen mayor autonomía y capacidad comunicativa.

Las **diferencias económicas o académicas no suponen una gran diferencia** en el sentimiento de soledad, pero sí en las oportunidades para relacionarse con más personas, principalmente en cuanto a su nivel económico.



Fotos de jardinería en el centro de referencia estatal para el Alzheimer en Salamanca.

Observan diferencias con personas usuarias **de jóvenes de entorno rural** en cuanto a que no encuentran estímulo ni gente con la que relacionarse en su lugar de procedencia. Manifiestan que “se aburren” al volver a su hogar familiar. Por lo general, las relaciones de las personas usuarias con sus familias o red social son buenas y no manifiestan problemas de soledad en sus hogares, a los que regresan en periodos no lectivos. En algún caso, perciben que desean permanecer o volver al centro después de las vacaciones debido a que no están cómodos en

casa o por no tener objetivos que realizar en sus domicilios. Esto, en el centro no ocurre debido al programa formativo o de actividades que tienen a diario y a poder relacionarse con otras personas de similares características.

Muchas de estas personas se encuentran con mayor bienestar emocional y relacional durante el tiempo de permanencia en el centro. Sin embargo, la percepción de soledad por su parte vuelve a estar presentes cuando regresan al domicilio familiar, ya que algunas de estas personas viven en zonas rurales aisladas. Otras no tienen padres o, como se ha mencionado anteriormente, reciben sobreprotección de la familia más directa.

Es bastante frecuente que estas personas usuarias cuenten con **apoyo familiar**. La base de este modelo de cuidados y de protección por parte de los familiares directos también se refleja en las situaciones de convivencia, ya que predominan las personas usuarias que conviven con sus familiares. Este hecho también está condicionado por la necesidad de apoyos de una tercera persona y por el tipo de ingresos económicos que perciben.

Las personas que mantienen trato con sus familias no suelen verbalizar o manifestar sensación de soledad. Las personas sin red familiar, dependiendo del motivo pueden verbalizar esa sensación de soledad o no, puesto que hay más factores implicados en esto.



Foto: tres usuarios del programa de abordaje de soledad en CREDEF Soria

En los seguimientos individualizados se detecta con claridad la tendencia extendida de sobreprotección de la familia, limitando con ello sus relaciones sociales o la realización de actividades que tienen un impacto positivo en el desarrollo personal de las personas usuarias.

Describen que la red de apoyo social se ve reducida notablemente al entrar en un centro sociosanitario, siendo aproximadamente el 50% de personas usuarias las que sí cuentan con estos apoyos mientras que el resto, las relaciones sociales entre iguales suelen ser de carácter puntual o más reducidas.

A modo de conclusión:

Aunque a menudo se observa que las personas usuarias logran involucrarse, disfrutar y participar en diferentes actividades ofrecidas y facilitadas por los CRMF, esas motivaciones o habilidades no se generalizan fácilmente a su propio entorno de origen. En ocasiones se establecen vinculaciones entre personas usuarias dentro del CRMF, que no siempre tienen continuidad fuera del recurso: p.ej. por vivir en CCAA diferentes, etc. Al mismo tiempo, se produce un distanciamiento de sus familias y vinculaciones de origen, originando institucionalizaciones temporales en fines de semana o periodos vacacionales en detrimento de las personas usuarias para su vuelta a la comunidad.

Este fenómeno plantea la necesidad de trabajar no solo en la activación dentro del centro, sino también fomentar la **vinculación de la persona usuaria con recursos comunitarios que permitan trasladar estas experiencias fuera del espacio institucional**. Debería encontrarse fórmulas que favorezcan que las personas usuarias realicen las actividades que lleva a cabo en el centro. Es decir, que puedan inscribirse en los recursos que ya están funcionando en la que pertenece. Por ejemplo: deportes municipales, universidad popular, etc. realizar esos aprendizajes, entrenamientos, etc. para que puedan hacerlo de forma autónoma. Esta tarea se vería potenciada enormemente si pudiera incluirse en ello a la propia familia del usuario o usuaria. En este sentido, a fecha de cerrar la edición de este informe, ya se están generando buenas prácticas en el CREDYD en León, con acciones de inclusión de actividades en el entorno de la persona usuaria, actividades en el propio domicilio y ambas con la participación de la familia.

## Personas con enfermedades raras.

(Basado en la información proporcionada por el CRE de atención a personas con enfermedades raras y sus familias en Burgos).

Un caso particular dentro del conjunto de los centros del IMSERSO lo constituye el acompañamiento que se hace a las personas con enfermedades raras diagnosticadas. Estas personas y sus familias y/o personal cuidador, que acuden al CREER cursan con muy diversa patología y edades: desde los 2 años de edad hasta personas mayores de 70 años. La casuística encontrada en los últimos 15 en el centro es superior a 600 enfermedades raras o poco frecuentes. Los hombres son un 12 por ciento más numerosos que las mujeres. Es muy difícil establecer patrón socioeconómico, familiar o de otro tipo en estas familias. La diversidad y complejidad de situaciones familiares, económicos, sociales, laborales es enorme.

En un porcentaje alto (80% aprox.) tienen reconocidas algún grado de discapacidad. Más del 90% de las personas usuarias del centro no están institucionalizadas, y viven con algún familiar y/o persona cuidadora.

La procedencia principal de las personas usuarias y sus familias son de la mitad norte de España, destacando como principales comunidades autónomas, Castilla y León, Madrid, Aragón, País Vasco, Cantabria, La Rioja y Cataluña.

El programa más demandado es el de atención ambulatoria (76%), seguido del programa de atención residencial (21%) y el Pipap (3%). El programa de Encuentros ha reunido hasta la fecha a 924 personas entre afectadas (31%), familiares y/o cuidadoras (67%) y profesionales (2%).

En el CREER reconocen factores de riesgo diferenciales en el caso de las enfermedades raras. El hecho de tener una enfermedad rara impacta en su trabajo, en sus relaciones sociales y en las emociones de la persona. Si bien comparten la mayor parte de las situaciones de una

enfermedad crónica, las enfermedades poco frecuentes añaden “agravantes” adicionales que inciden en vivencia de soledad. Algunas como el retraso en el diagnóstico están documentadas ([FEDER, 2023](#)):

- Dificultades de acceso al diagnóstico precoz que genera un aumento del estrés, la ansiedad y la incertidumbre sobre el futuro de la persona afectada por parte de su familia. Suelen vivir un periplo para conseguir un diagnóstico: desplazarse a un hospital o especialista distinto al de su lugar de residencia. Y tener que visitar a más de 10 especialistas. La búsqueda de diagnóstico genera una situación de crisis y un fuerte impacto psicológico.
- Muchas dificultades para encontrar y acceder a recursos tanto sanitarios como sociales. Los espacios y lugares no están adaptados ni son accesibles para las personas afectadas. Por ejemplo, pocas alternativas para respiro familiar, espacios inclusivos de ocio y tiempo libre.
- Cuando la residencia habitual se ubica en entornos aislados y despoblados impide que se generen redes de apoyo.
- Falta de apoyo y comprensión por su red social, sobre todo amigos y familiares.
- Situaciones familiares complejas con separaciones, divorcios, falta de recursos económicos. La familia y amigos pueden no entender por qué la persona está experimentando síntomas y pueden no saber cómo ayudar.
- Cargas económicas significativas: gastos médicos y farmacéuticos en muchas ocasiones, les obligan a renunciar a realizar su proyecto de vida, incluyendo redes sociales, ocio y tiempo libre.
- El abordaje mediático que suele hacerse tanto en los medios de comunicación y redes sociales estigmatiza sin pretenderlo.
- Soledad y asilamiento en el contexto educativo, exclusión y discriminación detectado por los profesionales del CREER.
- Exclusión en el ámbito laboral de la persona con la enfermedad y los familiares a menudo tienen que dejar sus proyectos laborales.
- Todo lo anterior produce falta de autoestima, afecta a su autoimagen y se siente discriminada, ya que, sin diagnóstico, no puede explicar lo que le pasa.



Foto: Niña con familiar en el centro de referencia para enfermedades raras Burgos

La búsqueda de diagnóstico genera una situación de crisis y un fuerte impacto psicoemocional ya que suele llevar periodos prolongados de tiempo entrando y saliendo de distintas consultas, pruebas, desplazamientos que aíslan de algún modo a enfermos y a familiares de su entorno más inmediato.

En la crisis sanitaria de COVID-19 se evidenció un mayor aislamiento social y sanitario que afectó a las personas afectadas y sus familias. Durante ese período se interrumpió el acceso al cuidado y los tratamientos de los que dependen los pacientes. Cancelación de consultas imprescindibles para su tratamiento y control que podían llegar a ser en algún caso potencialmente mortales. Incluso a la continuidad en la participación en los ensayos clínicos. Aumentando el estrés y la ansiedad de su vida diaria. Por otro lado, la pandemia de la COVID-19 fortaleció su red social de familiares, amigos y vecinos.

Las familias y personas afectadas se enfrentan a cargas económicas significativas, los gastos médicos y farmacéuticos en muchas ocasiones, les obligan a renunciar a tener una vida significativa y poder realizar su proyecto de vida. Renunciando a redes sociales, ocio y tiempo libre.

La falta de profesionales médicos especializados con conocimientos y experiencia hace que todo se alargue en el tiempo y no puedan conciliar su vida de manera satisfactoria.

El escaso interés en el contexto social por el estudio de las enfermedades raras y sus consecuencias puede provocar procesos psicológicos y sociales particulares, así como de estigmatización, exclusión, baja autoestima y soledad.

En el ámbito laboral, la exclusión de las personas afectadas es muy importante, lo que genera sentimientos de soledad y aislamiento. Además, los familiares, en muchas ocasiones se ven obligados a dejar sus responsabilidades y proyectos laborales para una dedicación exclusiva a las personas afectadas.

## Buenas prácticas.

**Aula abierta:** CRMF de Salamanca y Albacete (inicio septiembre 2024) y Lardero (inicio enero 2025) desde septiembre de 2024 para alumnado del centro pueden cursar formación reglada con apoyo tutorizado en el centro y el CRMF de Madrid desde 2021. La tutoría en el centro les refuerza su asistencia a la formación exterior que aumenta sus posibilidades de integración laboral y social. Hay personas usuarias con 20 años sin la titulación de ESO y este programa favorece su integración laboral como social en el entorno. Otros hacen Grados Medios, universitarios o preparan oposiciones.



Foto: personas usuarias en la feria-exposición del proyecto *Osor* con Universidad de la Rioja

**Programa Encuentros:** desarrollado por el CREER. Es un espacio de convivencia y formación destinado a facilitar el encuentro de personas con diagnóstico o sospecha de Enfermedad Rara y sus familias, en torno a un programa de actividades orientadas a:

1. Actualizar y fortalecer conocimientos, desarrollar técnicas de cuidado e intercambiar información para la promoción de la inclusión y participación social de las personas con enfermedades raras y sus familias, así como con la mejora de la calidad de vida al largo de todas las etapas evolutivas.
2. Promover la incorporación de ayudas técnicas para la accesibilidad, mejorar de la autonomía personal y la calidad de vida.
3. Facilitar el desarrollo de lazos de apoyo mutuo entre personas participantes, usuarias, familiares o voluntariado.

Este programa se diseña de forma conjunta entre el CREER y la entidad o grupo de participantes y cuenta con la participación de profesionales tanto externos como del propio centro. Se articula en estancias, generalmente de viernes a domingo, en régimen de alojamiento y manutención.

El número mínimo de participantes para realizar el programa es de 5 familias y máximo de 40 personas con alojamiento en el Centro. Reúne a personas con la misma enfermedad rara o afines, que pueden venir acompañados de sus familias, procedentes de diferentes puntos de la geografía española.



Foto: Encuentros de familiares y personas con enfermedades raras en CREER Burgos

El programa de actividades da especial relevancia a los espacios de intercambio de experiencias entre las personas que participan.

Un aspecto de especial relevancia en este programa es la acogida a personas recién diagnosticadas para quienes la convivencia con otras personas y familias se convierte en un cimiento para una ajustada aceptación y adaptación a la enfermedad. De gran interés son los espacios de intercambio de experiencias entre participantes.

Sus objetivos de fortalecimiento de lazos, promoción de redes de apoyo y creación de grupos de ayuda mutua convierten la participación de las personas con enfermedades raras en los Programas de Encuentros en un importante y valioso factor de protección frente a la soledad.

### **Integración, socialización y vida saludable a través de acciones vinculadas al deporte**

#### Convenios con otras instituciones locales para uso de instalaciones deportivas.

En varios CRMF en coordinación con el ayuntamiento se llevan a cabo un protocolo general de actuación para promover el uso de instalaciones deportivas y culturales por parte de ambas entidades. Un ejemplo lo constituye el acuerdo de colaboración entre el ayuntamiento de Lardero y el CRMF de esa localidad. Uno de los propósitos de este protocolo está dirigido en prevenir la soledad y promover relaciones sociales con actividades saludables, ya que se fomenta la integración de las personas usuarias en las actividades y espacios del municipio evitando su aislamiento y que también la población de este municipio pueda ser participe en las actividades que se realizan en el centro.



Foto: Grupo de usuarios en sillas de ruedas del CRMF de Lardero (Rioja) en partido de baloncesto junto al equipo de la Guardia civil de Rioja.

#### Organización de jornadas deportivas con federaciones

En el CREDYD se realizan jornadas deportivas con las federaciones españolas de deporte adaptado y la federación española de balonmano. Se invita también a personas usuarias dentro de la red de centros contribuyendo a establecer lazos de unión y conocer a personas con discapacidad que han superado sus dificultades a través del deporte adaptado. También en estas iniciativas se promueven partidos y exhibiciones con los Ayuntamientos cercanos. Asimismo, se lleva a cabo una semana del deporte paralímpico donde se invita de nuevo a personas usuarias de la red de centros y se muestran diferentes modalidades deportivas. Se amplía la invitación a entidades del tercer sector y a las personas afiliadas a las mismas para participar en todas las actividades. También se invita a deportistas del Centro de Alto rendimiento de León que dan charlas y explican su experiencia y en deportes autóctonos como la lucha leonesa donde los púgiles demuestran su habilidad y participan con las personas usuarias de la red Imsero en una iniciativa verdaderamente inclusiva.



Foto: usuaria del CRMF de Lardero en colaboración con relevo paralímpico (Rioja)

### **Actividades organizadas vinculadas al ocio**

Es conocida la sensación de bienestar vinculada al ocio y la posibilidad de generar vínculos de todo tipo. Estas actividades están encaminadas a generar espacios de entretenimiento y disfrute, favorecer las relaciones interpersonales, así como promover la autonomía personal y la integración de las personas usuarias tanto en la vida del propio Centro como con el entorno que nos rodea.

Implican espacios de convivencia y tareas colaborativas que fomenten el desarrollo de habilidades sociales y la resolución de conflictos, que favorezcan la adquisición de destrezas y herramientas personales, contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y a combatir la soledad. Ejemplos de ello son: deporte al aire libre, pintura, dibujo y manualidades, excursiones fuera del centro y del municipio incluso, realización de celebraciones o fiestas dentro del centro para la interacción entre los participantes de las actividades.



Foto: yoga al aire libre en CREDYD, San Andrés de Rabanedo

## **Programa de convivencia**

Un ejemplo interesante que combina actividades diversas que deben ser grupales y basadas en gustos y preferencias de las personas usuarias del CRMF de Albacete. Estas actividades se abren también a al entorno comunitario. Ejemplos de estas actividades son un taller de medios de comunicación "blogcast". Otras tienen que ver con actividades más cercana al ocio como gymkanas, scape room, juegos de mesa. Otras más culturales o artísticas como taller de teatro, taller de lectura en el que participan los equipos profesionales del centro y las personas usuarias, desarrollo de fotomontaje y composiciones artísticas. Se ofrecen asimismo actividades al aire libre o de celebración festiva como la celebración de días de las comunidades, excursiones ... etc. El enfoque que pretende es integrar el ocio en la vida del centro buscando mayor cohesión de los residentes entre sí y el equipo y mejorar la autoestima

Son actividades de libre participación, abiertas a la comunidad lo que permite una mayor interacción entre personas usuarias, profesionales, familias, asociaciones, amistades etc.

Este programa es anual. Al finalizar cada taller o actividad se administra un cuestionario de valoración de 8 ítems, que permite una aproximación al impacto en su mundo emocional y social por el tipo de preguntas que se incluyen. [Ver Anexos](#).

## **Fomento de habilidades sociales.**

No siempre la soledad proviene de una dificultad de relacionarse, pero la discapacidad suele ir acompañada de esa falta de habilidades por el autoaislamiento y estigma que le acompaña. Esta situación puede estar ocasionada en ocasiones y parcialmente por las secuelas asociadas al daño (ej. irritabilidad, déficit de cognición social, apatía, etc.) que pueden constituirse en factor de riesgo de presentar aislamiento social y soledad. Otras personas usuarias, presentan una discapacidad congénita o de una evolución más crónica y pueden, por la falta de oportunidades con sus grupos de pares en su entorno, presentar habilidades sociales más deficitarias.

En este sentido, se implementa este tipo de programas para las personas en las que se haya detectado esta necesidad, en algún centro como el CPAP de Bergondo. El objetivo es dotar a las personas usuarias de las competencias sociales necesarias para que dispongan de herramientas eficaces para la participación social satisfactoria. También consideran importante prevenir rupturas con sus vínculos significativos, no es infrecuente tras una discapacidad por diferentes motivos.

Tiene formato de taller grupal cuando consiguen formar un pequeño grupo más homogéneo, que comparta una serie de objetivos y necesidades como puede ser por ejemplo manejo de la irritabilidad, solución de conflictos, iniciativa o déficit de cognición social. Optan por la intervención individual cuando las personas usuarias presentan demandas concretas relacionadas con su situación vital personal.

En términos generales, los objetivos abordados son los siguientes:

- Comportamiento asertivo (frente a conductas agresivas o sumisas).
- Empatía.
- Cognición Social.
- Solución de conflictos.

- Relaciones saludables y límites interpersonales.
- Manejo de irritabilidad.
- Iniciativa frente a la apatía.



Foto: taller de audiovisuales. Usuarios del CRMF Lardero (La Rioja)

### **Promover dinámicas familiares que fomenten la autonomía y participación frente a la sobreprotección**

Esta iniciativa se desarrolla en distintos momentos durante la estancia de las personas usuarias en el CPAP. Desde de los servicios de Neuropsicología y Psicología, se organizan charlas orientadas a las familias para trasladar conocimiento y pautas de manejo ante determinadas situaciones como p.ej. ¿Cómo ayudar a mi familiar frente a la apatía? ¿Cómo manejar comportamientos como la irritabilidad?, Pautas para la generalización en entorno de las actividades entrenadas en el CPAP o mejorar la comprensión de las secuelas tras una determinada lesión, entre otras.

El objetivo es facilitar herramientas a las familias para hacer frente a los diferentes retos que implica la convivencia tras una situación de discapacidad, evitar la sobreprotección y cuidar los vínculos, etc.

Para abordar situaciones concretas, se ofrecen entrevistas periódicas, bien a petición de las familias, bien de las personas usuarias o por iniciativa del equipo terapéutico. Esta iniciativa combina acciones formativas (mejorar conocimiento de las familias) con sensibilización (mejorar empatía hacia la persona con discapacidad) y prevención.



Foto cedida por CREDYD

### **Participación concertada en actividades de ocio del ayuntamiento**

Involucrar a las personas usuarias en acciones vinculadas al ocio deportivo, cultural o educativo puede generar grandes beneficios. Se aumenta la motivación por aprender una actividad, se fomenta la integración en el entorno del municipio y con otras personas usuarias generando vínculos derivados de intereses comunes y no por compartir una discapacidad, por ejemplo. Algunas de esas actividades en Bergondo son la participación en la actividad “Bancos de justicia social” impulsada por el ayuntamiento de Bergondo o participación en la limpieza de playas del entorno, “club de lectura”, “taller de inglés” o “club de calceta”.

## **Referencias.**

- Arregui, B., Puig, V., y Romero, E. (2022). Percepción del sentimiento de soledad por parte del colectivo de personas con sordoceguera. *RED Visual: Revista Especializada en Discapacidad Visual*, 80, 9-38.
- Bascones Serrano, L. y Martínez Madrigal, B. (2023). Estudio sobre la situación de las personas sordociegas en España. Real Patronato sobre discapacidad.
- Federación Española de enfermedades raras (Feder), 2023. [Impacto psicosocial en el retraso diagnóstico](#).
- Instituto Nacional Estadística. 2023 Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros (EDAD centros). [Nota de Prensa: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros \(EDAD centros\). Año 2023](#).
- Nicoloro-SantaBarbara J, Lobel M. Loneliness and Its Predictors in Rare Versus Common Chronic Illnesses. *Int J Behav Med*. 2024 Jun;31(3):422-432. doi: 10.1007/s12529-023-10231-9.
- Observatorio estatal soledad no deseada, 2024 Juventud y soledad no deseada en España. Fundación ONCE.
- Observatorio estatal de soledad no deseada. 2024 Barómetro de soledad en España.
- Observatorio Estatal de la discapacidad (OED) 2023 Informe Olivenza. M<sup>º</sup> de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.
- Pagan, R. (2022). [Examining transitions in loneliness for people without and with moderate and severe disabilities](#). *Disability and Rehabilitation*, 44(12).
- Plena Inclusión Cantabria, 2022 Investigación aplicada en soledad no deseada de los familiares cuidadores de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.



Fotos: Jornada de vuelo adaptado con usuarios del CREDYD, San Andrés de Rabanedo (León).



Foto del CRM de Salamanca

## 7. Cuando el espacio habla: Soledad, uso y diseño ambiental en un centro.

En los últimos años, disciplinas como la psicología ambiental, la neuroarquitectura —que estudia qué efectos físicos y emocionales suscita la distribución de un entorno en una persona— y la psicología social aplicada al contexto comunitario cobran cada vez mayor interés e importancia en el abordaje de la soledad. La antropología a través de la proxémica, que se dedica al estudio de la organización del espacio en la comunicación humana. Más concretamente, estudia las relaciones de proximidad y alejamiento entre las personas y objetos durante la interacción, así como las posturas y la presencia o ausencia de contacto físico. Todos ellos son enfoques complementarios pero sinérgicos en busca de la mejora del bienestar y del estudio de las relaciones.

Toda acción humana se desarrolla en un espacio construido o delimitado (espacios abiertos) por lo que, si poniendo el foco en nuestro sistema nervioso y en cómo nos relacionamos con nuestro entorno y lo sentimos, podremos tener herramientas para proyectar con la intención de contribuir al bienestar.

La luz, los materiales, la distribución y la concepción de los espacios, e incluso el olor (y su capacidad para activar la memoria) son factores que influyen en la salud y bienestar del individuo y en la relación entre cuerpo y espacio. Todo influye en nuestra homeostasis (adaptación de nuestro organismo a los cambios del entorno para ayudar a su supervivencia). No solo a nivel físico, sino también mental.

Los espacios comunes como el comedor, la cafetería, la sala de las visitas, la biblioteca o el jardín, que algunos llaman “terceros lugares” porque no son ni el hogar ni el trabajo propiamente dichos, constituyen una oportunidad para generar sentido de comunidad y de pertenencia a un lugar en sentido amplio. Un espacio exterior adecuado reduce la posibilidad de que se produzca una vivencia negativa de soledad. Este concepto fue desarrollado por el sociólogo estadounidense **Ray Oldenburg** en su libro *The Great Good Place* (1989). Estos lugares funcionan según este autor como puntos de encuentro informales donde se construyen lazos sociales: cafés, bares, plazas, barberías, bibliotecas, etc. Asimismo, fomentan la conversación, la equidad social y el sentido de comunidad. Por último, apunta a que tienen un carácter accesible, neutral y acogedor. Oldenburg atribuía estas características a los terceros lugares:

- Accesibilidad.
- Inclusividad.
- Conversación como actividad principal.
- Presencia habitual de “habituales”.
- Ausencia de estatus jerárquico.

Los terceros lugares son espacios diseñados o utilizados de forma que facilitan la interacción social espontánea. Son antídotos contra la soledad, sobre todo en contextos urbanos o de envejecimiento poblacional. La falta de estos espacios puede contribuir al aislamiento social, especialmente en sociedades que priorizan el espacio privado.

Esos mismos espacios de convivencia son frecuentados por las familias de las personas que allí residen. Así, en su concepción, se deberían plantear la creación de espacios de privacidad adecuados para el encuentro.

Tener acceso físico y visual al espacio exterior verde, a jardines, árboles en las calles, patios interiores abiertos, facilita “la actividad física, los actos sociales, la relajación mental y alivio del estrés, lo que conlleva beneficios directos e indirectos para la salud mental, física y el bienestar” (Kwon et al, 2021). Vivir cerca del mundo natural y sentirse conectado a él se asocia a una mejor salud mental. Algunos autores han demostrado la relación entre el bienestar psicológico y la exposición residencial y recreativa a los espacios verdes y azules\*, entendiendo el *espacio azul* o *arquitectura azul* como aquellas zonas en las que predominan superficies de agua o cursos de agua (White et al. 2021).

Para [José Antonio Corraliza](#), doctor en psicología ambiental, el espacio puede estimular positiva o negativamente, disminuyendo o reforzando el estado de bienestar. El entorno determina nuestra manera de ser. Corraliza habla de las propiedades colativas que son las que no son ni de la persona ni del paisaje sino de la relación entre ambos que ayudan a entender la reacción ante un mismo paisaje.

Sabemos que algunos espacios son hostiles. Si el entorno está deteriorado o en malas condiciones, la posibilidad de generar actividad en este será inexistente o muy baja. Si añadimos que la persona usuaria pueda tener algunos problemas de movilidad, o de comunicación sensorial o cognitiva, la actividad relacional se convierte en un desafío insalvable.

La espacialidad puede producir soledad no deseada, afectar a la salud, cortar los lazos de interdependencia comunitaria de las personas entre sí y convertir las ciudades en “*los no lugares*” (Augé, 2017). En ellos la comunicación no es posible y las personas más vulnerables son las primeras víctimas.

Cacciopo habla de la teoría de la hipervigilancia de la soledad. Explica que atendemos preferentemente a estímulos e información negativa. Esta predisposición puede ayudar a entender por qué se rehúye o desconfía de las personas solitarias, que a su vez retroalimenta la soledad de estas. Al interactuar menos con sus vecinos, cuando lo hagan se hará de manera más negativa (Cacciopo et al., 2009).

Por otro lado, toda subjetividad implica intersubjetividad y el espacio es clave en la conformación de esta. Las relaciones con el otro son una construcción espacio-temporal (Harvey 2018).

Algunas investigaciones desde la Psicología han tratado de mostrar la relación entre el contacto con la naturaleza y el bienestar y conectividad social (Pasca L. et Aragonés J.I. 2020). Pasca y Aragonés realizaron dos estudios con este objetivo. El primero se llevó a cabo con dos muestras diferentes: una de adolescentes (n = 283) y otra de adultos (n = 447), quienes respondieron a un cuestionario mediante el que se evaluó la conectividad con la Naturaleza y el bienestar. A partir de los resultados de una prueba t de Student se observó mayor conectividad con la Naturaleza y bienestar en personas con un contacto frecuente con la Naturaleza, en ambas muestras. En el segundo estudio (n = 63), se investigó dicha relación en personas tras realizar un recorrido por un entorno natural artificial. Los resultados del análisis de varianza muestran que las personas que realizaron el recorrido obtuvieron mayores niveles de conectividad y afecto positivo, respecto a la línea base, que quienes no vivieron esta experiencia. Este trabajo evidencia las ventajas de la intervención psicológica mediante el contacto con la naturaleza.

Desde la arquitectura o la biología hay aportes muy interesantes. La biohabitabilidad aporta el conocimiento de la biología, la neuroarquitectura, la cronobiología o la psicología del hábitat para, a través del diseño, alternativas de ubicación, orientación, itinerarios, formas, soluciones constructivas... se pueda dotar de sentido al contexto de la persona y su coyuntura personal en relación al espacio (Silvestre E. 2019).

El diseño y la accesibilidad del espacio público son elementos clave para fortalecer la cohesión social y promover el sentido de pertenencia en contextos urbanos. La presencia de entornos adecuados para la interacción social no solo favorece el encuentro entre generaciones, sino que también estimula la creatividad y la construcción de redes de apoyo mutuo. En el lado contrario, encontramos que la escasez de espacios públicos dificulta e imposibilita la interacción social y agrava la soledad y el aislamiento (Lebrusan, 2025).

Gustavo Barreda, Planificador Urbano y Regional, Científico Ambiental y Diseñador Urbano, explica muy bien como si las personas usuarias de un edificio sienten que el espacio se adapta a sus necesidades, es más probable que dilaten su paso por ese espacio, se sientan cómodos y se conecten con sus compañeros. La arquitectura tiene éxito cuando se eleva para satisfacer las necesidades, intereses e inclinaciones individuales, todos factores que dependen en gran medida del contexto local. (Barreda G. 2019).

En este capítulo se parte de que la accesibilidad debe ser universal y por tanto comporta eliminar barreras que impidan la participación de personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial en igualdad de condiciones a otras personas.



Foto: Aprovechamiento de espacios en zonas comunes favoreciendo la conexión en el CEAPAT

## **Lecciones aprendidas desde la evaluación externa realizada en las instalaciones de los centros (2022-2023).**

Conscientes de la importancia de mejorar los espacios arquitectónicos y los entornos de los centros del IMSERSO en la implementación de modelo de ACP se encargaron unos estudios técnicos funcionales a dos estudios de arquitectura: el estudio de arquitectura Mita atelier y el

de Luis Durán en 2021 y 2022. Sus recomendaciones pueden servir de base para conocer las limitaciones y las potencialidades de estos centros desde este prisma, en relación con la prevención y reducción del aislamiento social y probablemente en la vivencia de soledad. Estos informes incluyen análisis, diagnóstico y propuestas de intervención- para facilitar la integración social y la implementación del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona a través de unidades de convivencia, en grupos reducidos y de la apertura al entorno social de los equipamientos.

El análisis se llevó a cabo sobre las infraestructuras, sobre los servicios prestados, en base a las entrevistas realizadas a personas usuarias, familias y equipo del centro, integrando de esta manera a todas las personas involucradas y afectadas en la identificación de mejoras de manera directa. Las entrevistas realizadas a las personas usuarias sobre la adecuación de las instalaciones, necesidades detectadas y mejoras sugeridas proporcionaron mucha información cualitativa. Por último, un equipo de arquitectura hizo su análisis desde el punto de vista de accesibilidad, usabilidad de espacios, etc.

Las conclusiones extraídas se han agrupado en grandes apartados que pasamos a resumir:

**El diseño de entornos tiene un impacto profundo en la experiencia emocional y social de las personas usuarias.** Se debe tener en cuenta la accesibilidad, la creación de espacios comunes atractivos, y la conexión con la comunidad. No hacerlo propicia el sentimiento de soledad al dificultar la movilidad y la interacción, creando ambientes que no invitan a la socialización y repercuten negativamente en el bienestar emocional.

La existencia de un sistema de sugerencias abierto permanentemente a las personas usuarias para aportar su experiencia en relación con los espacios de los centros permite la mejora continua y la adecuación del mismo a las necesidades cambiantes de las personas que pasan tiempo en ellos.

El bienestar emocional es una parte crucial del cuidado de las personas. Promover el contacto social es una forma efectiva de mantener a las personas usuarias mentalmente activas y emocionalmente conectadas. Organizar actividades sociales regulares o ayudarles a utilizar la tecnología para mantenerse en contacto con amistades y familiares puede fortalecer su salud mental.

### **1. Mejora de la accesibilidad en cuanto a movimiento**

Mejorar la accesibilidad permitirá a las personas usuarias moverse libremente y participar en actividades, creando un ambiente más inclusivo y conectado, lo que puede contribuir a reducir la soledad.

- Implementación de señalética clara, accesible e intuitiva y en varios formatos (visual, táctil, auditiva) para guiar en el acceso al centro y dentro del mismo, facilitar su orientación, promoviendo la autonomía y reduciendo la dependencia de asistencia constante. Las recomendaciones sobre accesibilidad cognitiva elaboradas por el CEAPAT son útiles (Delgado C. y col 2023): [10-fichas-sobre-la-accesibilidad-cognitiva-por-derecho](#).

- Infraestructuras accesibles y productos de apoyo: actualizar las infraestructuras del centro para garantizar accesibilidad con movilidad reducida, física y cognitiva.<sup>2</sup> Proveer productos de apoyo que faciliten la movilidad y la participación en actividades. Asimismo, es altamente recomendable la instalación de apoyos isquiáticos en pasillos interiores y perimetrales que faciliten la conversación, sillas o bancos cómodos. Ejemplos de ello supone aumentar el espacio para sillas de ruedas actuales, de mayor envergadura, en salón de actos, entrada de acceso y cualquier zona común. Adecuar los ascensores según normativa técnica <sup>3</sup>, aumento de superficie de cabinas y eliminar cualquier barrera. Sin olvidar que la accesibilidad no es solo física, sino también sensorial o cognitiva.

## 2. Recorridos e itinerarios dentro y fuera del centro.

La mejora en los recorridos e itinerarios aumentará la autonomía de las personas usuarias, facilitando su participación en actividades dentro y fuera del centro, y la posibilidad de encuentros con familiares, con personas externas y entre ellas mismas, lo que reducirá su vivencia de soledad. Para facilitar el desplazamiento autónomo se propone:

- Diseño de recorridos claros, accesibles y bien definidos, tanto dentro como fuera del centro, que faciliten el desplazamiento autónomo, reduciendo la dependencia y promoviendo la integración.
- Pasillos amplios y accesibles que conecten fácilmente las diferentes áreas del centro para fomentar la movilidad y el encuentro casual entre residentes y personal.
- Conexiones seguras con el exterior: asegurar que los recorridos hacia los espacios exteriores sean seguros y fáciles de seguir, incentivando su uso para la socialización y el esparcimiento. Revisión de las lindes arbóreas y muro. Si fuera necesario por problemas de seguridad, se puede hacer un cierre perimetral, pero con lindes arbóreas que permitan la integración visual de los espacios.

## 3. Privacidad y seguridad. Creación y redefinición de espacios.

Un entorno seguro, con mantenimiento adecuado y temperaturas agradables, favorece que las personas puedan sentirse tranquilas para desarrollar cualquier iniciativa y promueve la actividad.

A su vez, disponer de un entorno privado favorece la posibilidad de encuentros con familiares, de creación de nuevas relaciones sociales significativas o de fortalecimiento de las existentes dentro del centro. En este sentido, se ha detectado en los informes que hay salas con buena iluminación y ventilación infrautilizadas, o usadas con fines de almacenaje; despachos de psicología en ubicaciones de paso, o espacios en construcción. Además, existen familias y personas usuarias que desean espacios de socialización en los tiempos de espera de las terapias o una sala de juegos, y profesionales que prefieren espacios de trabajo abiertos frente a despachos individuales.

Todos estos elementos y necesidades percibidas son susceptibles de redefinirse dentro del conjunto del centro. Algunas recomendaciones en esta dirección:

- Los equipos de los centros deben disponer de un espacio para la comunicación.

---

<sup>2</sup> Para ello, se debe tener en cuenta el Código Técnico de la Edificación (CTE) y la Orden TMA/851/2021, de 23 de julio, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados. (TMA)

<sup>3</sup> Requisitos del Código Técnico Edificación: botoneras accesibles según la UNE-EN 81-70:2018,

- Las familias puedan reunirse con las personas usuarias en condiciones de privacidad y confortabilidad.
- Se creen espacios para actividades que favorezcan la relación personal o el disfrute de actividades culturales o de ocio en sentido amplio.
- Clara separación recepción y vigilancia (normativa).
- Entorno personalizado:
  - Habitaciones privadas y adaptadas: rediseñarlas para ofrecer mayor privacidad, permitiendo personalizar su espacio con objetos personales, garantizando un entorno acogedor.
  - Proximidad a las áreas comunes: es importante ofrecer un equilibrio entre privacidad y socialización. La proximidad y el fácil acceso a los espacios comunes puede incentivar a los residentes a participar en actividades y relacionarse con otros.
  - Áreas de descanso confortables: crear áreas de descanso bien iluminadas y equipadas, con sistemas de seguridad y botones de emergencia. En la medida de lo posible, dar un aire más actual y “hogareño”, con objetos personales u objetos producto de talleres, etc.



El hall de acceso al jardín del CEADAC

#### 4. Mejora de los espacios exteriores.

Mejorar los espacios exteriores y fomentar su uso contribuirá a aumentar las oportunidades de interacción entre personas usuarias, familiares, equipo del centro y el entorno comunitario, reduciendo el aislamiento y mejorando la calidad de vida. Los espacios exteriores suelen estar infrutilizados y su potencial a nivel de aumento del bienestar y como favorecedores del encuentro y el ocio es importante. Si no se usan o dotan adecuadamente, se perciben como espacios sin interés por parte de personas usuarias. Esto puede ser revertido. A continuación, mostramos algunas sugerencias:

- Creación de áreas exteriores atractivas.
- Reforma de espacios con otros usos, como en algún caso se propone.
- En múltiples informes se propone ampliar la cafetería con zona de terraza y hacerla accesible a personal externo al centro.
- Creación de jardines o huertos accesibles.

- En ocasiones, la reubicación de zona de parking o eliminación de alguna parte que no se usa, puede dar lugar a un espacio para otros usos.
- Mobiliario adecuado y suficiente.
- Colocación de sillas con reposabrazos o bancos con respaldo y habilitación de pasillos (de entrada, perimetrales o de otro tipo) que motiven al contacto exterior y los paseos en compañía.
- Creación de espacios amables visual, acústica y olfativamente.

## 5. Facilitar visitas familiares y de amistades.

Proporcionar **espacios adecuados** para las visitas **favorecerá las conexiones emocionales** de las personas usuarias, mitigando la soledad y mejorando su bienestar general.

Pautas para identificar espacios para conexiones significativas:

- Salas de visitas privadas: habilitar espacios **privados y cómodos**.
- Áreas comunes accesibles.
- Los vestíbulos y los controles de entrada son espacios particularmente importantes para el primer contacto de las personas usuarias, para las visitas de familiares y para cualquier acercamiento de cualquier persona al centro.
- Rediseño de lugares de almacenaje, convirtiéndolos en espacios para actividades y reuniones sociales y de ocio cuando hay buena iluminación y ventilación.
- Doble acceso en la entrada por hall y en otras ubicaciones, como el lateral, para garantizar autonomía e independencia en las entradas y salidas.

## 6. Reorganización del entorno laboral

Mejorar el entorno laboral contribuirá a una mayor cohesión de equipo, lo que a su vez mejorará la calidad del apoyo emocional y social que los equipos profesionales brindan a las personas usuarias.

- Distribución de áreas de trabajo: reorganizar los espacios de trabajo.
- Espacios de descanso para el personal.
- En el caso de CRMFs, los espacios de formación pueden inspirar un aire más. “escolar” que de formación o capacitación de adultos.

## 7. Adaptación de los espacios a múltiples actividades.

La flexibilidad en el uso de los espacios facilita mayor participación en actividades, promueve la interacción social y reduce la soledad. Algunas ideas sobre como definir espacios multifuncionales:

- Flexibilidad en el uso de espacios.
- Mobiliario adaptable.
- Participación con terceros en actividades deportivas o de ocio en exterior.
- Incorporar “hotel de asociaciones” (despacho para pequeñas asociaciones del sector que no tienen espacios en su sede, colaboraciones puntuales, etc.)

## 8. Áreas de descanso y reunión.

Crear áreas de descanso y reunión cómodas y acogedoras anima a personas usuarias y al personal a utilizarlas con frecuencia, mejora la socialización y reduce el aislamiento.

- Falta de áreas comunes: la ausencia de espacios diseñados específicamente para la socialización, como jardines, terrazas o salones comunes, limita las oportunidades para interactuar.
- Espacios atractivos y funcionales:
  - Mobiliario cómodo y acogedor: ergonómico y cómodo en las áreas de descanso y reunión para hacerlas más atractivas para el disfrute y la socialización.
  - Zonas amplias, con suficiente luz natural y asientos cómodos, invitan a reunirse, conversar y participar en actividades grupales.
  - Decoración acogedora: Diseñar estos espacios con una decoración cálida y atractiva que invite a su uso, creando un ambiente que promueva la interacción y el descanso en pasillos, algunas salas y zonas de comedor.

### 9. Conexión con la comunidad.

Fomentar el uso de los recursos existentes alrededor del centro, cuando sea posible, para evitar la sensación de aislamiento y propiciar la relación con la comunidad.

Diseñar espacios que conecten el centro con la comunidad circundante fomentará interacciones significativas, inclusión y sentimiento de pertenencia, reduciendo a su vez la soledad en el centro como en la comunidad.



Foto de usuaria en espacios del CEADAC. Contraste de colores en paredes

## Elementos propuestos en diseño espacial de centros sociosanitarios con enfoque favorecedor a la interacción. (Elaborado por CEAPAT).

La intervención sobre el espacio puede influir en el estado anímico, la sensación de bienestar o incomodidad o incluso sobre las posibilidades de relación social de las personas, pero la soledad es algo mucho más complejo y multicausal. Parten de la premisa de que el espacio cumpla con todos los criterios de accesibilidad establecidos en la legislación vigente: CTE para edificación y la Orden Ministerial de accesibilidad y no discriminación en el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados (TMA) para el entorno exterior urbano.

Si bien está clara la relación entre el diseño y la conectividad humana, hay que reflexionar sobre cómo podemos utilizar mejor nuestros diseños para combatir la soledad. ¿Cómo creamos espacios que se sientan accesibles a nivel individual, que fomenten las conexiones personales?

Analizar **estrategias de diseño “abiertas”** al cambio, y, sobre todo, poner a la persona en el foco de atención a través de una comunicación y diálogo colectivos, puede ayudar a alcanzar propuestas efectivas para problemas socialmente comunes. Todo esto hace sentir al individuo parte de la sociedad. Debemos diseñar un espacio que dé cabida a las preferencias individuales.

*“Aquellos espacios que se construyen a través de un proceso inclusivo y son sostenidos por una comunidad comprometida, proporcionarán a sus vecinos aquello que necesitan para desarrollar una vida saludable y equitativa” (Gehl Institute, 2018).*

### **Espacio interior**

- Zona de **entrada** como punto de interacción, de forma que genere dinámicas socializadoras de manera espontánea;
- Creación de **microespacios** para generar vínculos más significativos entre las personas del centro, propiciando un lugar de intimidad y vínculo. Generar zonas estanciales, visibles y a las que se acceda con facilidad desde las zonas de circulación.
- Incorporar amplias **ventanas** o puertas correderas que permitan abrir las vistas al exterior, al jardín o a zonas de interés. De forma que, desde el interior, se pueda ser consciente de las horas del día, o se perciban las distintas estaciones del año, manteniendo una mejor percepción del tiempo y del entorno.
- Los techos altos favorecen el pensamiento creativo, abstracto, nos dan una sensación de libertad, permiten una mejor circulación del aire, aunque son más difíciles de controlar térmicamente; mientras que los techos más bajos favorecen la concentración y enfoque, ofrecen una mayor sensación de intimidad, protección y tienen una mayor eficiencia térmica.
- Generar **espacios diferenciados**, con variedad de posibilidades de interacción, más abiertos o más privados.
- Facilitar las **conexiones significativas**:
  - Salas de visitas privadas: habilitar espacios privados y cómodos donde las personas puedan recibir visitas familiares y de amistades en un entorno íntimo y agradable.
  - Áreas comunes accesibles, fácilmente accesibles y que ofrezcan un ambiente acogedor y tranquilo para que las visitas sean más frecuentes y significativas.

El bienestar emocional es una parte crucial del cuidado de las personas. Promover el contacto social es una forma efectiva de mantener a las personas usuarias mentalmente activas y emocionalmente conectadas. Organizar actividades sociales regulares o ayudarles a utilizar la tecnología para mantenerse en contacto con amistades y familia puede fortalecer su salud mental.

- Utilización del **color y la luz** en las diferentes zonas como moderadores de los estímulos. Para las paredes se recomiendan colores claros, luminosos, suaves, naturales, que nos lleven a emociones de calma y protección, que hagan sentir como un hogar a modo de refugio seguro. Aunque es importante valorarlo siempre con las personas que lo habitan, pero como norma general será positivo evitar fuertes contrastes e ir hacia tonos más

armónicos. Si queremos pintar paredes de un color vivo, se recomienda que sean las de estancias de paso o en paredes concretas que se quieran enfatizar por algún motivo.



• Foto: Uso de la luz y el color en una sala del CEAPAT

Los colores deben contrastar para garantizar la visibilidad dentro de los espacios y dar un realce tridimensional al entorno. El contraste entre paredes y suelos, mesas y sillas, e incluso juegos de platos y cuencos, garantiza que todo sea perceptible y reconocible. Es fundamental que las personas puedan distinguir con facilidad entre los extremos del suelo y las paredes que las rodean. Para medir el contraste tonal dentro del edificio o entorno, se utilizan los valores de reflectancia luminosa (LRV). Entre dos elementos próximos debe haber al menos 30 puntos de diferencia LRV entre ellos, especialmente en:

- Pared y suelo.
- Pared y puerta.
- Suelo y zócalos.
- Pared/puerta y cartel.
- Pared y pasamanos.

El suelo debe parecer una superficie continua. Es esencial elegir materiales de suelo para zonas adyacentes que tengan VRL próximos entre sí (3 LRV cuando son tonos similares) y con tonos complementarios.

Es importante que el diseño del suelo no presente colores ni dibujos que contrasten. Los suelos lisos son más adecuados, ya que los otros pueden percibirse como cambios de nivel o parecer obstáculos que hay que evitar y pueden provocar tropiezos y caídas.

Es importante seleccionar opciones de suelos sin brillos ni destellos en su diseño, ya que pueden ser percibidos como una superficie mojada y producen reflejos que entorpecen la percepción del entorno, alterando la forma de andar de la persona usuaria y aumentando la posibilidad de un resbalón.

La luz influye mucho en nuestras emociones, condicionándolas positiva o negativamente. Instalar sistemas que permitan regular la intensidad de la luz según la actividad a realizar o el estado de ánimo imperante ayudará a controlar nuestras emociones.

La iluminación juega un papel fundamental en la humanización de los espacios, al proporcionar un ambiente que contribuye al bienestar de las personas usuarias mediante el confort sensitivo y el apoyo al ritmo circadiano. Los deslumbramientos, el

exceso de sol en una estancia, o una clara falta de luz en otras, serían muestras de la ausencia de confort visual.

Los espacios como habitaciones, salas de espera o de recuperación —y, en general, cualquier lugar donde la persona usuaria o sus acompañantes deban permanecer durante largos periodos— deben estar concebidos para ofrecer un entorno más cálido y hogareño. En este sentido, una iluminación menos técnica, pero igualmente eficaz, que resulte más cercana y acogedora, contribuye significativamente a generar la sensación de confort que se busca.

- Disposición del **mobiliario** (circular, en L, ...), que no entorpezca el paso y garantice paso accesible, de acercamiento y uso, de tal forma que fomente la interacción entre las personas usuarias. Situarlos en áreas amplias, con suficiente luz natural y asientos cómodos, invita a la reunión, la conversación y la participación en actividades grupales.
- Tipo de **mobiliario** (silla, mesa, sofá, ...). Junto a la ergonomía del mobiliario, es importante considerar el vínculo especial que sentimos respecto a ciertos objetos, como puede ser un cuadro de herencia familiar, un mueble adquirido en un viaje o los objetos artesanales que hemos creado o personalizado. Todos ellos nos brindan sensación de pertenencia y pueden integrarse en nuestro espacio más cercano.
- **Decoración** acogedora: diseñar estos espacios con una decoración cálida y atractiva que invite a su uso, creando un ambiente que promueva la interacción y el descanso.

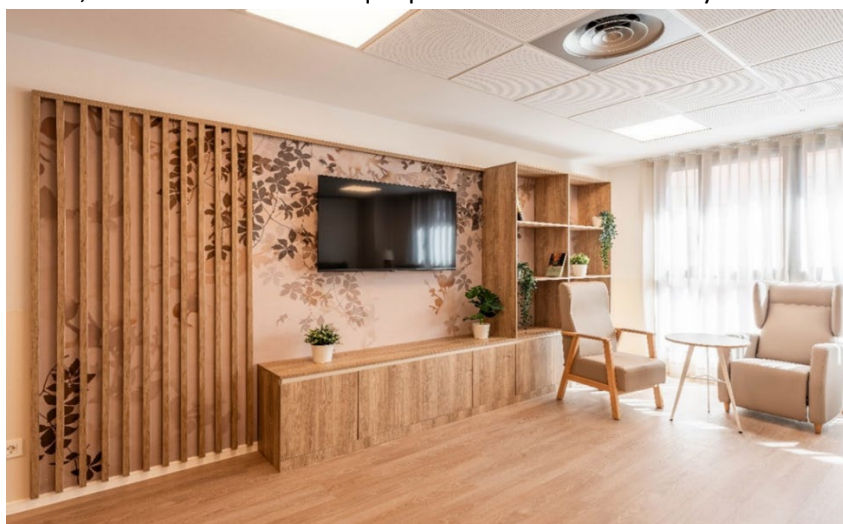


Foto: Residencia asistida y centro de día para mayores en Badalona, Casa Badina.

- Elementos para **juego en grupo** (fútbolín, diana), así como contar con zonas específicas separadas de las zonas estanciales, pero con comunicación visual con ellas, puede invitar a cualquier persona a acercarse e integrarse con los grupos que están utilizando los juegos.
- **Confort higrotérmico** es imprescindible para conseguir un espacio multisensorial y saludable: condiciones de temperatura, humedad relativa y ventilación adecuados.
- El nivel **auditivo** influye en nuestro estado de ánimo y concentración. Un aspecto a tener en cuenta es el sonido que produce el suelo al caminar en cada zona. Un entorno ruidoso puede dificultar mucho las interacciones sociales e intensificar el riesgo de caídas. Para evitarlo, es recomendable utilizar acabados en suelos, techos y/o paredes con propiedades acústicas para minimizar el ruido.

Las músicas suaves y armoniosas o sonidos de la naturaleza pueden generar emociones positivas de serenidad y calma. También hay otros tipos de sonidos y frecuencias que se suelen utilizar con fines terapéuticos (sonoterapia). Hay que evitar los ruidos fuertes o

constantes que pueden generar dolor de cabeza o malestar, llegando a producir agitación, estresar o dificultar la atención y concentración y la actividad que se esté realizando.

Espacios para soledad buscada: definir algún espacio donde se sientan cómodas y puedan leer o les permita la introspección. Para ello, es deseable un buen aislamiento acústico. Hay gran cantidad de opciones de origen natural o paneles 3D decorativos que se pueden añadir en las paredes para ayudarnos a conseguir este objetivo.

- Fomentar zonas donde se puedan **experimentar sensaciones** mediante el **sentido del tacto** —que a menudo pasa más desapercibido que otros—, utilizando diferentes texturas, formas, durezas, presiones, temperaturas o vibraciones. Son más apreciadas las texturas suaves y mullidas y los textiles que parece que nos acarician o que nos arrojan. Es recomendable que los materiales sean naturales como la piedra, el corcho, la arcilla, así como usar tejidos naturales como el algodón, lino, lana, ratán, cuerda de yute, etc.
- **El olfato** es un sentido muy especial pues está relacionado directamente con la memoria, debido a su conexión con el sistema límbico. Los olores nos provocan recuerdos con gran facilidad e intensidad por esta relación directa a diferencia de otros sentidos que pasan primero por el tálamo antes de llegar a otras áreas del cerebro. *El estudio “Olfactory stimulate for people with dementia: A rapid review” (D'andrea, 2022)* habla de los beneficios de la utilización de ciertos olores en personas con demencia considerando la capacidad de los aromas para evocar recuerdos y emociones. Algunos de los aromas más favorables en el estudio fueron la lavanda, la naranja, la bergamota, el café y el romero.
- Mejor utilización de **salas** (almacenes improvisados, orden...)

La **flexibilidad** en el uso de los espacios facilitará una mayor participación en actividades diversas, promoviendo la interacción social y reduciendo la soledad. Contar con espacios multifuncionales que permitan:

- Flexibilidad en el uso: adaptables para diferentes actividades y propósitos, como reuniones, talleres, clases o eventos.
- Mobiliario adaptable: incorporar mobiliario modular que se pueda reconfigurar fácilmente para diferentes actividades, facilitando así el uso según las necesidades del momento.

#### **Espacio exterior.**

- Creación de senderos y áreas de descanso que faciliten la exploración y el disfrute del espacio exterior. Es importante tener en cuenta los beneficios de la exposición solar, tanto físicos como anímicos. Permitir que disfruten del jardín en diferentes momentos del día sin los riesgos asociados a la radiación solar excesiva o sobreexposición en horas de mayor calor.

La capacidad de utilizar el espacio exterior durante todo el día puede mejorar su bienestar físico y mental, ya que la exposición controlada a la luz natural se ha vinculado con la regulación de los ritmos circadianos y la mejora del sueño, factores cruciales en la prevención y el manejo del deterioro cognitivo.

Hay que tener en cuenta la elección de la vegetación como elemento generador de microclimas, zonas de sombra y cortavientos en ámbitos sobreexpuestos y la dotación de arbolado según su proyección vertical de sombra, seleccionando aquellos árboles que se ajusten mejor a la climatología existente y que faciliten la habitabilidad térmica en

estos espacios. Garantizando la exposición a la radiación solar con seguridad, acondicionando zonas para cada una de las estaciones con temperatura y humedad diferentes: zonas de sombra en verano y áreas suficientemente protegidas en invierno.

- **Mantenimiento** (aspecto cuidado y seguridad). Es importante el aspecto del lugar, el confort visual o bienestar generado por el equilibrio de distintas variables dentro de un espacio, desde la naturaleza y la estabilidad de la construcción hasta la cantidad de luz que obtenemos en cada estancia. Todo ello debe atender a las necesidades de las personas usuarias o actividades a realizar.



Foto: Usuarios tomando el aire en zona ajardinada del CRMF de Salamanca

- En el ámbito general de los estudios de psicología ambiental, un creciente número de trabajos ha planteado que el bienestar general de las personas puede verse incrementado significativamente por el contacto de estas con ambientes considerados de alto **valor estético**. (Galindo P. y Corraliza J.L. 2012)

Adoptar la comodidad como un elemento clave de la estética, permite incluir elementos que provocan felicidad y bienestar emocional. Esto puede significar utilizar accesorios o arte que despierte la nostalgia o los recuerdos.

La apreciación de la belleza visual activa áreas específicas del cerebro, que están implicadas en la evaluación emocional y la toma de decisiones. Una vez que se percibe la belleza, se desencadena una respuesta emocional que involucra la activación del sistema de recompensa del cerebro, así como la modulación de neurotransmisores asociados con el afecto positivo, como la dopamina y la serotonina. Tiene un impacto positivo en nuestro estado mental, reduce el estrés, mejora el estado de ánimo y promueve la creatividad.

Debe ser compatible potenciar la visibilidad y transparencia en los entornos físicos y sociales con la sensación de seguridad.

- Mobiliario urbano (bancos, fuentes, zonas de sombra) ergonómico y accesible.
- Posibilidad de estar con mascotas, habilitándose espacios adecuados para su cuidado.

- Pistas deportivas. Si se cuenta con instalaciones propias o municipales a disposición de las personas, se deberá garantizar que los recorridos hasta ellas, sus instalaciones y servicios son accesibles y se ajustan a las necesidades de las personas usuarias del centro.
- Parques de actividades (aparatos). Como en las anteriores, hay que asegurar su accesibilidad y adecuación durante todo el recorrido.



Foto superior: celebración del Carnaval al aire libre en CAMF de Leganés (Madrid)



Foto CRMF de Salamanca. Fiesta de disfraces en el gimnasio

## Buenas prácticas.

Se ha buscado profundizar no solo en el diseño o rediseño de espacios arquitectónicos o al aire libre del centro, sino también el uso de los espacios por el centro y su entorno. La apertura y accesibilidad con familiares o con la propia comunidad donde se encuentra el centro abre numerosas posibilidades de interacción o de beneficio bidireccional con otros grupos o personas.

Sala intergeneracional (Centro Polivalente Melilla)

Esta sala ha sido posible gracias al replanteo del uso de una de las salas del centro infrautilizada acoplándola a la realidad de las visitas de menores que acuden al centro para ver a sus familiares. Dichas visitas se tornaban poco atractivas para las personas menores por la ubicación y el ambiente donde se realizaban. Desde el centro se hizo la previsión y propuesta de incorporar productos infantiles para mejorar el bienestar de las personas que visitan o hacen uso del centro, viendo un cambio significativo en la frecuencia y duración de dichas visitas tras ese pequeño cambio, lo que ha impulsado la propuesta de incorporar más mobiliario y juguetes. Se han creado vínculos entre las personas usuarias que son visitadas en base a esta dinámica. El diseño de la sala se personaliza participando personas usuarias en esa tarea de adornos que conduce a que se sientan más útiles y parte de ese cambio.

#### El cambio causado por nuevos elementos comunes (CAMF de Pozoblanco).

Las personas usuarias habían solicitado un espacio para encuentro entre ellas y sus familiares en una cafetería, que había cerrado tras la pandemia. Como la reapertura no era planteable por varias razones, se decidió habilitar un espacio de encuentro para este fin y comprar una cafetera. Rápidamente, el espacio habilitado se convirtió en muy visitado, generando muchos intercambios sociales que antes no existían. En este caso, se demuestra que no es imprescindible un esfuerzo económico grande. Una solución imaginativa y de bajo coste ha ampliado las posibilidades de encuentro y descanso en el día a día.

#### Uso de instalaciones del centro para Mesa provincial o encuentros institucionales (CRMF de Madrid).

Poner al servicio de la comunidad e instituciones del entorno la sede del centro para reflexionar y poner en común experiencias sobre soledad es un ejemplo de utilizar el espacio con fines de sensibilización social e institucional, formación e integración del propio centro en su contexto comunitario. Este CRMF puso las instalaciones del centro a disposición comunitaria para ubicar esta Mesa de trabajo proponiendo incluir una parte sobre soledad.

#### Nuevo uso de habitaciones disponibles en el centro (CAMF Pozoblanco, Córdoba y CREDYD en León)).

Las habitaciones han sido sometidas a un completo uso diferente teniendo en cuentas las posibilidades que tiene el contar con el espacio como elemento facilitador de relaciones significativas en el contexto de los centros del Imsero. Teniendo en cuenta que gran parte de las personas usuarias provienen de provincias y comunidades autónomas distintas, el encuentro con familiares o allegados se dificulta debido a la distancia y al coste de pasar unos días para los miembros de una familia que visitan. Por ello, se facilita el alojamiento como se indica en el capítulo de personas institucionalizadas con un protocolo.

#### Unidades de convivencia.

Se puede encontrar conceptualizaciones sobre esta propuesta de convivencia en centros desde 2014 (Mattia, 2014; Reixach 2024). A continuación, se propone otra conceptualización desde el CEAPAT.

La Unidad de convivencia en grupos reducidos está orientada a garantizar que grupos de entre 6-8-10 personas residentes en el centro, dispongan de un espacio de convivencia en el que pueden realizar actividades cotidianas, de relación social, de ocio o educativas, etc.; con la

máxima autonomía, confort, accesibilidad y seguridad. A menudo, suelen tener entre 10 y 25 residentes, con el fin de hacerlo sostenible y rentable económicamente.



Foto: zona común de una unidad de convivencia del CREA (Salamanca)

La Unidad de convivencia debe ubicarse garantizando una relación adecuada con el acceso al centro desde el exterior; así como entre esta unidad y otras zonas del centro, como pueden ser el área residencial (habitaciones) o el área técnica (unidades de trabajo social psicología, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermería, etc.):

- Debe ser accesible desde las habitaciones de las personas residentes en el centro.
- Debe ser accesible para familiares / visitantes.
- No debe permitirse su acceso como circulación de paso hacia otras unidades.
- Debe garantizarse una circulación ágil para que las personas residentes se desplacen desde esta unidad al área técnica o a dependencias del centro, de uso habitual para ellos.
- Es recomendable que desde las zonas comunes de la Unidad de convivencia se facilite el acceso cómodo a una terraza o espacio exterior, que disponga también de mobiliarios que facilite la socialización y la realización de actividades de ocio, deporte o educativas (huerto / jardín), etc.

La circulación de las personas usuarias debe tener en cuenta que las características de las personas usuarias de los centros les condicionan algunas capacidades como son las de identificar los espacios y orientarse, tomar decisiones o identificar la información relevante de la accesoria. Por ello, el diseño del centro se revela clave para simplificar la conexión entre zonas de mayor uso por las personas residentes y limitar el acceso y circulación por aquellas zonas de servicio del centro (cocina, lavandería, almacenes, instalaciones, vestuarios de personal, etc.).

Las zonas comunes de la Unidad de convivencia deben ubicarse garantizando las mejores condiciones de calidad ambiental, como la iluminación natural y vistas hacia el exterior, siempre que sea posible hacia paisajes naturales.

Rediseño de espacios como hall de entrada: Estos espacios son el primer contacto de la persona usuaria al llegar y su familia, así como de cualquier visita. En este sentido, se recoge la

experiencia manifestada por el CREDEF. La aportación que trasladan es que la reforma de este espacio de acogida a personas usuarias y familiares, una vez modificado con un diseño más cercano, fue capaz de desarrollar dinámicas socializadoras de manera espontánea de manera observable y significativa.

Cesión de espacios deportivos para uso comunitario: CRME.

Varios CRME comparten su actividad en esta dirección que, sin duda es un ejemplo de uso de espacios del centro con posibles resultados de mayor bienestar, interacción e integración en el entorno comunitario. Este tipo de iniciativas forman parte de una línea de acción en los centros, que une a sus beneficios en salud física y mental beneficios en prevención y reducción de vivencia de soledad y sus consecuencias negativas.

## Referencias.

Augé 2017 Los no lugares. Editorial Gedisa.

Barreda, G. [“Cómo combatir la soledad con la arquitectura”](#). *LinkedIn*.

Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). [Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network](#). *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 977–991.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública, (2021). [Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud](#).

D'Andrea F, Tischler V, Denning T, Churchill 2022 A. [Olfactory stimulation for people with dementia: A rapid review](#). *Dementia (London)*. Jul;21(5):1800-1824.

Delgado, C., Larraz, C., Pérez-Castilla, L., Regatos, R., Vázquez, I. y Vígara, A. (2023). 10 fichas sobre la accesibilidad cognitiva por derecho. Madrid: Ceapat – Imsero.

Fundación Matia, (2014). [Modelos de atención centrada en la persona. Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda](#). *Cuadernos prácticos, Volumen 6*.

Galindo Galindo, M. P., & Corraliza Rodríguez J. A. (2012). [Estética ambiental y bienestar psicológico: algunas relaciones existentes entre los juicios de preferencia por paisajes urbanos y otras respuestas afectivas relevantes](#). *Apuntes De Psicología*, 30(1-3), 289-303.

Harvey David, 2018 Justicia, naturaleza y geografía de la diferencia. Traficantes de sueños.

Kwon OH, Hong I, Yang J, Wohn DY, Jung WS, Cha M. (2021). [Urban green space and happiness in developed countries](#). *EPJ Data Sci.* 2021;10(1):28.

Lebrusan Irene, 2025 ¿Nos condena la ciudad a la soledad? La importancia del espacio público en la construcción de comunidades inclusivas y sostenibles. CENIE blog febrero 2025. [¿Nos condena la ciudad a la soledad? La importancia del espacio público en la construcción de comunidades inclusivas y sostenibles | Cenie](#).

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, (2024). [Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización](#).

Oldenburg, R. (1989). The great good place: Cafés, coffee shops, community centers, beauty parlors, general stores, bars, hangouts, and how they get you through the day. Paragon House.

Pasca, L., & Aragonés, J. I. (2020). [Contacto con la naturaleza: favoreciendo la conectividad con la naturaleza y el bienestar](#). *Revista CES Psicología*, 14(1), 100–111.

Reixach, C. (2024). [Qué son las unidades de convivencia en las residencias](#).

Silvestre, E. (2019). [La biohabitabilidad como modelo de salutogénesis](#). *Revista Gea, Volumen 106*, 26-33.

White MP, Elliott LR, Grellier J, Economou T, Bell S, Bratman GN, Cirach M, Gascon M, Lima ML, Löhmus M, Nieuwenhuijsen M, Ojala A, Roiko A, Schultz PW, van den Bosch M, Fleming LE. (2019) [Associations between green/blue spaces and mental health across 18 countries](#). Sci Rep. 2021 Apr 26;11(1):8903.



Foto: Grupo de personas usuarias del CREDyD (S Andrés de Rabanedo, León) en jardín

## 8. Otras situaciones vitales: prevención y abordaje.

Un enfoque de ciclo de vida debería incluir todo tipo de vivencias que cualquier persona puede encontrar a lo largo de su vida. En anteriores capítulos hemos revisado las situaciones que cuantitativamente son más frecuentes en los centros del Imsero. Pero también se ofrecen recursos para promover la autonomía de personas con diverso estado funcional en formato de centro de día y atención ambulatoria.

La soledad no es un estado permanente, sino que puede variar significativamente en función de factores personales, sociales y contextuales. Esta es una de las conclusiones de un metaanálisis de estudios longitudinales sobre la soledad a lo largo de la vida, con el objetivo de analizar su estabilidad y sus cambios a lo largo del ciclo vital (Mund et al. 2020). Los autores identifican que **la soledad tiende a ser relativamente estable en el corto plazo**, pero presenta **fluctuaciones importantes a lo largo de los años**, especialmente durante transiciones vitales como la adolescencia, el ingreso en la vida adulta o la jubilación. El estudio también destaca que **los periodos críticos de aumento de soledad** suelen producirse en la juventud temprana y en la vejez, coincidiendo con cambios importantes en las redes sociales o en las funciones vitales. Esta investigación aporta **evidencia sólida basada en múltiples estudios longitudinales**, mostrando que la soledad es **un fenómeno dinámico** que puede ser objeto de intervención. Además, subraya la importancia de considerar factores psicológicos individuales, como la personalidad o las habilidades sociales, así como factores estructurales del entorno, para comprender y abordar la soledad en distintas etapas de la vida (Mund et al. 2020).

Por último, una institución que adopta un enfoque de ciclo de vida puede acoger todas las etapas vitales de una persona. Después de años de institucionalización, es posible encontrar personas que se encuentran en su etapa de final de vida, y esta debe ser atendida y acompañada facilitando esta transición final.

En este capítulo, se recogen algunas cuestiones sobre la prevención y el abordaje de la soledad en dos situaciones muy diferentes: una es la de personas que no están institucionalizadas y acceden a programas o recursos para la mejora de su autonomía y la otra es la etapa final de vida.

### Prevención de soledad en régimen de centro de día y atención ambulatoria.

El apoyo social que puede suponer acudir a un centro de día o en el caso de los centros del Imsero a un programa de fomento de su autonomía ha sido objeto de evaluación. Un estudio examinó la relación entre la intensidad del uso de apoyo formal y la soledad en adultos mayores, controlando el apoyo familiar y otras covariables (Khalaila, 2021). Intentó examinar el efecto moderador de la frecuencia de contacto con la familia en esta relación. Se extrajeron datos transversales recogidos entre septiembre de 2016 y abril de 2017 mediante entrevistas estructuradas con 360 adultos mayores que asistían a centros de día para adultos, representaban tres grupos étnicos diferentes en Israel. La soledad se evaluó con la Escala de Soledad de la UCLA.

La soledad se relacionó negativamente con la frecuencia de contacto con la red familiar, la frecuencia de asistencia a los centros de día para adultos y una mayor participación en actividades sociales en los centros. Se observó una correlación negativa significativa entre la frecuencia de asistencia a los centros de día y la soledad solo cuando la frecuencia de contacto familiar era baja o media, pero no en los casos de alta frecuencia de contacto. Es decir, que el uso frecuente de estos centros de día es un factor relevante junto al apoyo familiar para reducir soledad en la vejez, especialmente en los que tienen escaso contacto familiar. Los proveedores de servicios deben mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios comunitarios formales para la población mayor. (Khalaila et Vitman-Schorr, 2021) (Ayalon et al. 2021).

Cabría pensar que los recursos sociales alivian la frecuencia de visitas a servicios sanitarios y mejora el estado de ánimo y vivencia de soledad en ocasiones. Este fue el contexto de una investigación reciente realizada por servicios de salud de dos municipios de Alicante, desarrollada con un enfoque de garantizar calidad de vida durante todo el ciclo vital. La investigación se realizó con mayores de 65 años, divididas en dos grupos en función de la frecuencia de uso de servicios sanitarios: hiperfrecuentadores (más de 16 visitas anuales) y no hiperfrecuentadores, excluyendo a pacientes con un nivel 3 de cronicidad. Se administraron la escala ESTE II de soledad social, la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario Duke-UNC de apoyo social (Cuadrado et al, 2025). Concretamente participaron profesionales del centro de salud de Torreveja y profesionales bioestadísticos del Hospital General Universitario de Elche.

Los resultados revelaron que la soledad, junto con la baja autoestima y la falta de apoyo social, está estrechamente relacionada con una mayor utilización de los servicios de atención primaria. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones psicosociales y comunitarias para reducir tanto el impacto de la soledad en la salud como la carga sobre los recursos sanitarios. Crearon un **mapa interactivo de recursos** (pozos, centros de ocio, transporte, asociaciones) mediante:

- Paseos exploratorios.
- Entrevistas.
- Dinámicas participativas: mayores, asociaciones y delegados de barrio colaboraron en la elaboración

El mapa de recursos no solo informa, sino que también fomenta la conexión entre las personas mayores y su entorno, fortaleciendo la cohesión social y el sentido de pertenencia (Cuadrado et al. 2025).

## Experiencia en los centros y buenas prácticas.

Fomentar un envejecimiento saludable y activo forma parte de los objetivos del Imsero. Gran parte de los centros del Imsero tienen implementado un programa de carácter temporal que fomenta la autonomía en las personas. Se trata del **Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal o PIPAP**, en el que grupos de alrededor de 10 personas, realizan actividades diversas de tipo físico e intelectual. Surge de la necesidad de actuaciones para prevenir dependencia en las Actividades de la vida diaria como reto permanente en los servicios públicos. Si bien nació como un programa de terapia ocupacional que promueve la autonomía sus aplicaciones e impactos en la prevención y reducción de la soledad son innegables.

El **Programa Integral de Promoción de la Autonomía Personal (PIPAP)** fue diseñado en 2014 por las terapeutas ocupacionales del CREA, Mireia Tofiño y Rocío Molás, con el apoyo de la neuropsicóloga Elena Cabrero. Su objetivo principal es preservar la autonomía y la capacidad funcional de las personas con demencia en fases iniciales durante el mayor tiempo posible, facilitando su permanencia en el hogar con los apoyos necesarios y contribuyendo así a retrasar su institucionalización. Las tres primeras ediciones del programa (2014–2016) fueron objeto de un estudio prospectivo de intervención, orientado a evaluar la eficacia de una intervención de terapia ocupacional centrada en las actividades de la vida diaria. Esta intervención se desarrolló desde un enfoque de atención centrada en la persona y basada en el Modelo de Ocupación Humana, e incluyó formación para cuidadores e intervención domiciliaria. Los resultados del estudio demostraron que este tipo de programas puede mejorar significativamente la autonomía, cuyos beneficios permiten a la persona con demencia permanecer durante más tiempo en su entorno sociofamiliar, respetando su autonomía y valores, y manteniendo la calidad de vida de la persona con demencia y su cuidador/a (Tofiño-García et al., 2021).

A lo largo de sus ocho ediciones, el programa PIPAP, impulsado por el CREA, ha demostrado ser mucho más que un entorno de cuidado y estimulación. Se ha consolidado como un espacio que favorece las relaciones interpersonales, promueve el desarrollo personal, facilita el desempeño de roles significativos y permite la realización de actividades con sentido y propósito para las personas participantes.

Como Centro de Referencia Estatal, el CREA tiene entre sus principales objetivos la transferencia de conocimiento para la mejora de la calidad de vida, en este caso, de las personas con demencia y sus familiares. En este marco, ha publicado el PIPAP como una guía de orientación, disponible para consulta y descarga en su [sitio web](#) (Tofiño García et al., 2024). Asimismo, el CREA ha ofrecido asesoramiento y asistencia técnica a equipos profesionales de otros centros de la Red del Imsero, con el propósito de apoyar la implementación del programa.



Foto de usuarias en un PIPAP en el centro de Salamanca

Son varios los CRE que han incorporado un programa PIPAP replicando el modelo inicial, con una duración que oscila entre 3 meses y un año dando servicio a grupos entre 10 y 20 personas según los casos, desde un equipo multidisciplinar y desde el enfoque del Modelo de Atención Centrada en la Persona. Así, hay PIPAP para personas con demencia en el CREA de Salamanca, para personas mayores en CREDEI en León, para personas con situación de discapacidad física en el CREDEF de Soria, para personas con discapacidad neurológica en el CREDINE de Langreo, para personas con enfermedades raras en CREEER de Burgos o con trastorno mental grave en CREAP de Valencia.

El objetivo común del programa es evaluar si las personas participantes mejoran y mantienen la autonomía personal y la independencia en el desenvolvimiento tanto de las actividades de la vida diaria (AVD) como en aquellas otras actividades recreativas, culturales, de ocio, etc. que resulten significativas para cada persona usuaria, favoreciendo las relaciones interpersonales, la participación e integración social y comunitaria, para, así, mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas y de su entorno, evitar y/o retrasar la institucionalización y prevenir situaciones de aislamiento y soledad.

El programa se adapta a las especificidades de la atención de las personas usuarias estableciendo con y para cada una de ellas un plan de atención individualizado (PAI). Entre las actuaciones que se llevan a cabo son bastante comunes las de mantenimiento y entrenamiento en AVD, de estimulación cognitiva, de ejercicio físico, las de intervención en el entorno y las de mantenimiento y activación del ocio y la participación social. Dado que la persona no es una unidad aislada, sino que se relaciona con el entorno en el que se desenvuelve, en muchos casos también se realizan intervenciones en los domicilios y con las familias y personas cuidadoras fortaleciendo así las relaciones familiares y la adaptación, accesibilidad y adecuación de los propios entornos.

El programa PIPAP permite identificar buenas prácticas orientadas a mejorar la adaptación de las personas usuarias e incorpora aspectos de coordinación de la atención en la proximidad de sus lugares de residencia buscando acercar a las personas usuarias a recursos e iniciativas en el entorno próximo que les permitan continuar con sus proyectos de vida e identificando de posibles apoyos.

El abordaje de la soledad es específicamente también un objetivo de los Pipap de algunos de estos centros, como en el CREDEF y CREDEI, por lo que se fomentan actividades para mantener e incentivar el interés por el ocio saludable, la mejora las habilidades comunicativas y sociales y con la idea de potenciar y consolidar los vínculos significativos en las personas usuarias. Se realizan encuentros y actividades entre las personas que formaron parte de alguna de las ediciones del Pipap con otras que están participando actualmente o siguen en fase de seguimiento para sostener esos vínculos y evaluar el impacto en sus vidas. Por tanto, muchas de las actuaciones del Pipap se realizan en grupo y, al tiempo que se fomenta la autonomía personal, se favorece la cohesión grupal, el desarrollo de vínculos emocionales y que se relacionen según sus afinidades, permitiendo que a medida que avanza el programa establezcan sus propias sinergias con el objetivo de aumentar la red de apoyo y mantener estas relaciones y el sentimiento de pertenencia al grupo una vez finalice el mismo.

Ante situaciones específicas, las áreas de Trabajo Social y Psicología, junto con el profesional de referencia y la persona participante llevan a cabo acciones encaminadas a la dotación de habilidades sociales, desarrollo de competencias para la resolución de conflictos, proporcionan información y acceso a recursos comunitarios o sobre productos y tecnologías de apoyo que

faciliten su comunicación, así como intervenciones indirectas durante la participación en el Pipap, informando de planes para realizar de manera conjunta y fuera de los espacios habituales del centro.

Por otra parte, estos CRE tienen una clara vocación comunitaria, que se demuestra a través de la oferta de actividades abiertas a la comunidad: charlas, exposiciones o la colaboración en la organización de actos por ejemplo para la semana cultural del barrio. A través de la coordinación con diversas entidades, asociaciones y grupos informales, se van tejiendo redes que redunden en la atención a las personas participantes del programa Pipap, especialmente una vez que finalizan el programa.

A lo largo de sus numerosas ediciones, el programa PIPAP, impulsado por el CREA y replicado por otros CRE, ha demostrado ser mucho más que un entorno de cuidado y estimulación. Se ha consolidado como un espacio que favorece las relaciones interpersonales, promueve el desarrollo personal y la autoestima, facilita el desempeño de roles significativos y permite la realización de actividades con sentido y propósito para las personas participantes.

Además, en el informe de resultados analizados ya por algún centro como en el CREDEF, se refleja como las personas usuarias destacan el efecto positivo de las intervenciones grupales sobre su estado de ánimo evidenciando que el Pipap es eficaz para promover un buen estado anímico, aspecto esencial que repercute en la mejora de la calidad de vida. El CREDEI por su parte estima en que un 70% de las personas que pasan por sus programas se inscribieron en actividades externas al centro y un 50% se apuntan a actividades abiertas a la comunidad de diversa índole.

## **Etapas final de la vida.**

El acompañamiento a las personas que se encuentra en el final de vida y a los familiares que están con ellos es una condición ideal en sociedades solidarias que tienen transversalizada la soledad como parte del ciclo de la vida.

En la primera revisión realizada de literatura sobre soledad en la etapa final de vida (Hok et al. 2023), se usaron búsquedas en nueve bases de datos electrónicas entre enero de 2001 y julio de 2022 de 23 estudios sobre la soledad al final de la vida: 10 cuantitativos, 12 cualitativos y uno con diseño de método mixto. Su objetivo era mapear y sintetizar la literatura sobre soledad y final de vida identificando las lagunas de conocimiento clave en la investigación sobre soledad. No encontraron datos fiables des soledad en adultos al final de su vida a nivel internacional. Los factores de riesgo en esta situación incluyen el aislamiento pasivo y activo de las redes sociales, la incapacidad de compartir emociones y ser comprendido, y la falta de apoyo desde la espiritualidad. Se identificaron cuatro estrategias para aliviar la soledad, pero ninguna se ha comprobado en ensayos clínicos. Las intervenciones que facilitan la espiritualidad, las interacciones sociales y la conexión parecen eficaces para aliviar la soledad. Concluyen que esta soledad esta infra-investigada y que debe abordarse soledad existencial en la etapa final de la vida. Asimismo, propone que el personal de enfermería evalúe la soledad o el aislamiento social percibido en pacientes con enfermedades terminales, independientemente de sus redes sociales. Se requieren esfuerzos colaborativos (p. ej., colaboraciones sociosanitarias) para promover la autoestima, el compromiso social y la conexión con las personas significativas y las redes sociales (Hok et al. 2023).

La falta de estudios en este campo se evidencia también en Abedini et al. 2020. Este estudio se basa en un análisis secundario del Estudio de Salud y Jubilación de Estados Unidos. Los datos

eran 8.700 personas de más de 50 años que murieron entre 2004 y 2014, excluyendo a los que no eran elegibles para escalas de soledad o las respuestas eran incompletas. La Encuesta de Salud incluyó los 3 ítems de la escala UCLA a estas personas antes de su fallecimiento. Una tercera parte de estas personas se sentía sola. Después de ajustar los datos demográficos, el estado socioeconómico, la multimorbilidad, los síntomas depresivos, la familia y los amigos, y el apoyo social, la soledad se asoció con una mayor carga total de síntomas en el final de vida. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en otras medidas de cuidados intensivos (inscripción tardía en cuidados paliativos, número de hospitalizaciones o uso de diálisis) ni en la probabilidad de planificación anticipada de los cuidados. Concluyen que las personas mayores que se sienten solas pueden verse afectadas por más síntomas y estar expuestas a cuidados más intensivos al final de la vida en comparación con las personas que no se sienten solas. Es necesario implementar intervenciones para detectar, prevenir y mitigar la soledad durante el vulnerable período de fin de vida (Abedini et al. 2020).

Los cuidados de larga duración y paliativos afectan no solo a la persona que está en esa situación sino también a los cuidadores. Algunos autores han comparado los aspectos cualitativos de la experiencia de soledad de los pacientes terminales, sus cuidadores y la población general (Rockach A. et al. 2007). Compararon en un hospital de cuidados paliativos de Israel con personas en fase terminal que voluntariamente participaron. La muestra estaba compuesta por 37 pacientes oncológicos, 78 cuidadores y 128 personas de la población general, quienes completaron de forma anónima un cuestionario compuesto por 30 ítems, seleccionando aquellos que mejor reflejaban su vivencia de la soledad.

Se identificaron diferencias significativas entre los tres grupos en relación con su experiencia de soledad. Los pacientes en situación terminal y sus cuidadores mostraron puntuaciones notablemente más elevadas en las dimensiones de Crecimiento y Descubrimiento personal, así como en Autoalienación, en comparación con la población general. Además, se observó que, a mayor duración de la hospitalización, menor era la puntuación en Angustia Emocional y Autoalienación, indicando una correlación negativa.

Estos hallazgos destacan que la percepción de la soledad varía considerablemente entre quienes se encuentran en un entorno hospitalario y quienes no, así como entre pacientes, cuidadores y personas externas al proceso de final de vida. Este estudio tiene interés por su contribución en explorar las dimensiones cualitativas de la soledad en el contexto del cuidado paliativo, y subraya la necesidad de futuras investigaciones con muestras más amplias para validar sus conclusiones.

Hay organizaciones que enfocan su trabajo de apoyo en este momento de la vida de las personas. En España, y fundamentalmente en enfermedades crónicas, existen protocolos desde cuidados paliativos tanto para familiares como para personas en etapa final. La Fundación Mémora lleva años preocupándose por la soledad en las personas al final de la vida. En “Soledad, envejecimiento y final de vida (2020) describe la soledad al final de la vida como un problema multifacético que no puede dejarse solo en manos del ámbito clínico; exige una visión poliédrica donde el entorno comunitario, las políticas públicas y la cultura social asuman un papel activo. Se apoyan en el modelo de comunidades compasivas que propone [New Health Foundation](#) que han demostrado que el acompañamiento social, el empoderamiento comunitario y la sensibilización colectiva mejoran la calidad del final de vida, asegurando respeto por los valores y preferencias de las personas mayores.

Fundación Mémora estudia el impacto en los medios de comunicación de la soledad en general y en el final de la vida en particular (Rodríguez et al., 2021), que analiza 1.300 noticias publicadas

en 2023. Destacan la escasez de datos oficiales sobre la cantidad de personas que mueren en soledad que no son identificados por los registros. También asocia a la soledad con el aumento de la muerte prematura en un 26% sobre todo en mayores, pero también en personas jóvenes.

En este enfoque de ciclo de vida proponen un modelo creado por esta Fundación: “Ciudades que cuidan” para ciudades amigables, compasivas, inteligentes y saludables, en cuyo núcleo de este modelo integrador late con fuerza **el concepto de cuidar**, como el alma de la nueva urbe. Fruto de esta misión ha desarrollado acciones de sensibilización, foros de debate e intercambio de conocimiento. Especialmente innovadora fue su publicación “sellos de calidad. Ciudades que cuidan” (Fundación Mémora, 2023) en el que mediante 78 indicadores dentro de nueve categorías evalúan la excelencia de un municipio como ciudad cuidadora. Configuran un modelo que integra las diferentes políticas dentro de un municipio. El cuidado se encuentra de manera transversal en todos ellos, previniendo la vulnerabilidad y la soledad en la etapa final.

Las nueve categorías pretenden dar una visión de como esa ciudad se implica. Los indicadores se comparan asimismo con los ODS y con indicadores de la Agenda Urbana de la UE y la Agenda Urbana española y con ciudades amigables.



El desglose de cada indicador en su categoría puede ver se en el [Anexos, Tabla 7](#)

## Experiencia de los centros en la etapa final de vida.

En la mayor parte de los centros no se encuentran esta situación, pero algunos de ellos si han gestionado este tipo de situaciones con algunas personas usuarias.

En algunos casos como refiere el CAMF de Pozoblanco en Córdoba, se contacta desde el área médica del Centro con la Unidad de paliativos del área sanitaria correspondiente. Esta unidad se desplaza al Centro y da las indicaciones al área médica del Centro. Se establece comunicación directa para la modificación de medicación y las visitas se programan cuando se establecen por parte de paliativos. Adicionalmente a esta coordinación dentro de su comunidad, disponen de un protocolo de cuidados de larga duración y final de vida.



Foto de banco de imágenes.

En otros como en el CREDYD en el año y medio anterior a este documento (2024 y 2025) acompañaron a dos personas en esta situación provocada por ELA. Ambas personas usuarias del centro tenían un acompañamiento específico. Accedieron a un seguimiento desde el hospital, desde el centro de salud y desde la unidad de cuidados paliativos. Esta última les visitaba en coordinación con el equipo de enfermería del CREDYD. Sus familiares estuvieron con ellos cuando lo deseaban, incluso con la opción de pernoctar en su habitación. Se respetó en todo momento sus decisiones y se les brindaba una atención personalizada. Informan asimismo del acompañamiento por familiares en otros casos, ofreciendo espacios 24hs., de convivencia e intimidad para la familia en los últimos días.

Por su parte en el CREA disponen de un protocolo específico de actuación para el acompañamiento al final de la vida. Si bien este tipo de situaciones son poco frecuentes ya que, ante cualquier complicación médica, las personas usuarias son derivadas al hospital, en los casos en que regresan al Centro y se encuentran en una fase final, activan dicho protocolo. Asimismo, cuentan con un procedimiento complementario que establece las pautas a seguir para las bajas en el servicio en caso de fallecimiento y acompañamiento al duelo. Este Protocolo va a ser actualizado como uno de los retos pendientes.

## Referencias.

- Abedini, N. C., Choi, H., Wei, M. Y., Langa, K. M., & Chopra, V. (2020). [The relationship of loneliness to end-of-life experience in older Americans: A cohort study](#). *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 1064–1071.
- Ayalon, L., & Vitman-Schorr, A. (2021). Social support and loneliness among frail older adults attending daycare centers: A multicultural study in Israel. Publicado en *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Cuadrado Zaplana, R., Martínez Gómez, A., Paredes Boj, M. D., Montesinos Butrón, M. J., Berna García, R., & Moya Martínez, A. (2025). *La Soledad que duele: estudio sobre soledad no deseada en personas mayores, su repercusión en la hiperfrecuentación de Atención*

- Primaria y mapa de activos comunitarios*. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (Fisabio).
- Fundación Mémora. 2020. Soledad, envejecimiento y final de vida.
- Fundación Mémora. 2023. [Sello de calidad. Ciudades que cuidan](#).
- HoK. H. M., Yang, C., Ng, M. S. N., Tao, A., & Chan, H. Y. L. (2023). [Loneliness at end-of-life: A scoping review](#). *Journal of Clinical Nursing*, 32, 6179–6195.
- Khalaila, R., & Vitman-Schorr, A. (2021). [Social support and loneliness among frail older adults attending daycare centers: A multicultural study in Israel](#). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 97, 104486.
- Mund M, Freudling MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. (2020) The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. En *Personality and social psychology review*, Vol. 24(1).
- Rodríguez Arjona M.D., de Rillo González F. y Berenguer Maimo J. (2021) La soledad en el final de vida. Impacto en los medios de comunicación. Fundación Mémora.
- Rokach A, Matalon R., Safarov A., Bercovitch M. The loneliness experience of the dying and of those who care for them. *Palliative and Supportive Care*. 2007;5(2):153-159. doi:10.1017/S1478951507070228.
- Tofiño-García, M., Molás-Robles, R., Pérez-Sáez, E. y López-Tatis, M. (2021). [PIPAP: efectos de un programa de intervención para promoción de la autonomía personal en demencias](#). *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87.
- Tofiño García, M., Rosillo Carretero, N. y Mateos González, A. M. (2024). [Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal en personas con demencia](#). Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso.

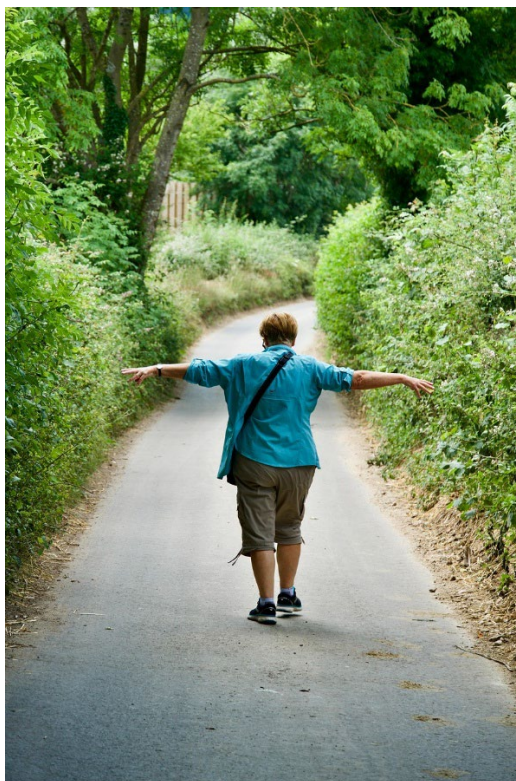


Foto: Banco de imágenes

## 9. Conclusiones y propuestas.

Este trabajo se ha llevado a cabo gracias al esfuerzo coordinado de centros de diversa tipología, que atienden a personas de todas las edades con vulnerabilidades múltiples y grados diversos. Se ha incluido en todo momento como afecta a las familias y como puede ayudarse desde los centros a los familiares, sobre todo los que adoptan un rol de cuidador. El enfoque de ciclo de la vida ha estado presente en todo momento, así como la visión inclusiva y transversal de la soledad. Ha sido muy enriquecedor el espacio compartido generado entre los directores y técnicos con experiencias complementarias. A menudo encontraban situaciones idénticas o proponían soluciones similares y en otras ocasiones era preciso matizar las características diferenciadoras de las situaciones que afrontaban. Un conjunto de centros reflexionando y aprendiendo durante un tiempo permite que la sensibilización permee en los equipos, en la adaptación de herramientas del día a día o en diseño de formas de actuar más inclusivas quizá. Algunas ideas que han quedado claras:

Para ser eficaces en prevención o reducción de la soledad en las personas usuarias o en familiares cuidadores, es clave una buena detección. La medición debe usarse solo para aquellas situaciones que la detección haya filtrado previamente o con fines de valoración de eficacia o de investigación. Debe llevarse a cabo por profesionales preparados para el uso de escalas y en condiciones de preservar su intimidad y objetividad. Definir indicadores indirectos puede ser una información complementaria y de gran ayuda en este sentido.

Los procesos personales por los que una persona transita al formar parte de una institución tienen elementos específicos debidos a menudo al desarraigo de su entorno próximo en sentido amplio. A ello se añade la distancia de sus lugares de origen en muchos casos, lo que dificulta aún más mantener lazos familiares y sociales. Profundizar en la existencia de capacitismo y edadismo puede reducir las posibilidades de soledad y de aislamiento social.

Las situaciones de pérdida y duelo provocado por fallecimiento de familiares, por la aparición de una o varias discapacidades, por el desarraigo de su vida anterior al institucionalizarse o por la pérdida de sentido de identidad como en deterioros cognitivos avanzados o demencias son posible causa de soledad emocional y social. Estas deberían ser abordadas nada más detectarse.

Los centros del Imsero son factores de protección para buena parte de personas usuarias, donde se relacionan con personas en similares situaciones y donde se ofrecen actividades acordes a sus nuevas posibilidades. Los equipos de estos centros trabajan desde el modelo de ACP y pueden ofrecer oportunidades que en los domicilios no es posible.

En centros como los CRMFs se comprueba de manera unánime que los beneficios y la satisfacción obtenida por personas usuarias es tan positiva que lleva a querer seguir vinculados al centro, lo que equivale a preferir la institución que volver a su entorno. Este ambiente acogedor y facilitador que proveen provoca la resistencia a volver a sus hogares en fines de semana y eligen quedarse en las actividades que organiza su centro. A pesar de lo positiva que es esta situación positiva desde un cierto prisma, no favorece la integración en su entorno comunitario. Hay que manejar algunas medidas que fortalezcan o promuevan esa conexión con su entorno. Proponen por todo ello, que estos centros deberían añadir o dar prioridad a una nueva función o enfoque, que consistiría en dar a conocer lo que se hace en estos centros, el

cómo y el porqué. Fomentar que las personas usuarias realicen las actividades en sus entornos de origen que se llevan a cabo en los centros para dar sostenibilidad a todo el trabajo de años. Una manera puede ser poner en contacto o dar a conocer los recursos que están funcionando en la misma u otra Comunidad. Adicionalmente, el trabajo con la familia se revela imprescindible.

Recuperar un proyecto vital o definirlo en el caso de personas jóvenes con discapacidad contribuye a minimizar su vivencia de soledad. Todos los acuerdos institucionales con terceros, las actividades vinculadas al deporte, al ocio y, sobre todo, a reintegrar al sistema educativo o laboral de estas personas favorecen su socialización y un proyecto de vida. Para comprobar la eficacia de estas sería interesante evaluar de manera comparada como afecta la participación de estas personas en los distintos programas o iniciativas.

Las personas que cursan con deterioro cognitivo moderado o severo o con demencias pueden buscar la soledad o el aislamiento, ya que les aporta cierta tranquilidad. Se trataría por un lado de respetando su tendencia, procurar que el aislamiento no se cronifique porque probablemente afecte a agravar su deterioro por un lado y por otro lado se debería garantizar su calidad de vida o grado de bienestar como medida de éxito.

La importancia del espacio en estos contextos es especialmente relevante. Para muchas personas usuarias los edificios o los jardines o espacios abiertos son su universo diario y bien usados pueden ayudar a socializar, fortaleciendo relaciones existentes o favoreciendo que aparezcan nuevas. Planificar iniciativas en estos espacios que promuevan deporte, vida saludable, formación u ocio en conexión con otros actores puede ser a juicio de los expertos una magnífica estrategia de salida que permita dar continuidad.

El hecho de que las personas con gran dependencia tengan un aislamiento considerable debería poder ser minimizado de alguna manera. La constatación de barreras invisibles relacionales nos debe movilizar hacia su eliminación. Este es un reto que necesita de soluciones imaginativas y empáticas.

Un trabajo con enfoque de ciclo de vida debe contemplar situaciones, contextos e interrelaciones a lo largo de la vida de una persona. Tiene cabida desde la vivencia de salud y sin pérdidas familiares en la que por alguna razón aparece la soledad hasta la etapa final de vida por la que todos pasaremos. En esta última etapa debemos poder ofrecer si se presenta algún apoyo que minimice la soledad tanto de la persona que se encuentra en ese tránsito último como del familiar que le acompaña.

La evidencia empírica sobre muchos de las situaciones que se encuentran en los centros es escasa. Conviene aportar más estudios rigurosos que ayuden a los profesionales de centros sociosanitarios. Como apunta la propia evidencia encontrada es necesario hacer estudios longitudinales ya que son prácticamente inexistentes.

# Anexos.

## Tipos de centros: normativa, objetivos y características.

El Inmerso, como Entidad Gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, tiene competencia en el establecimiento y gestión de centros de atención especializada. Cuenta con una red de centros en diversos municipios españoles, agrupados fundamental en estas tipologías, cuyos datos se refieren a 2024.

- Orden Ministerial de 7 de septiembre de 1982: regula la naturaleza, objetivos y ámbito de actuación de los CRMF, definiéndolos como centros destinados a la recuperación médico-funcional, psico-social, cultural y profesional de las personas con discapacidad física o sensorial. Establece que actúan a nivel nacional y enumera los centros constituidos inicialmente (Albacete, Lardero, Salamanca y San Fernando)
- Orden Ministerial de 13 de noviembre de 1984 (BOE 19-nov-1984): establece la naturaleza, objetivos y ámbito de actuación de los Centros de Asistencia a Personas con Discapacidad Física, identificando a los CAMF como centros destinados a la atención integral de personas con grave discapacidad física que no pueden recibir cuidados en el domicilio o acceder a empleo.
- Orden de 4 de junio de 1992 (BOE 16 de junio): Aprueba el Estatuto Básico de los Centros Residenciales de personas con discapacidad del INSERSO, aplicable también a los CRMF, estableciendo sus normas de organización, funcionamiento, admisión y derechos de usuarios.
- Resolución de 18 de enero de 1993 (BOE 23 de abril): Regula los ingresos y traslados de personas en los Centros de Recuperación de personas con discapacidad física, estableciendo procedimientos y criterios para su acceso y movilidad dentro del sistema.
- Orden de 30 de septiembre de 1994 (BOE 11 de octubre): Modifica aspectos específicos del Estatuto Básico de 1992, extendiendo su aplicación a los CRMF y CAMF, ajustando los artículos sobre admisión, traslado, régimen interno y tipos de plazas disponibles.

### **Centros de atención a personas con discapacidad física (CAMF)**

Son centros de ámbito estatal destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física que, carecen de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, y necesitan ser atendidos en sus necesidades básicas de las actividades de la vida diaria en régimen familiar o domiciliario.

Se encuentran en Alcuéscar (Cáceres), Ferrol (A Coruña), Guadalajara, Leganés (Madrid) y Pozoblanco (Córdoba).

Los objetivos de los CAMF son los siguientes:

- ✓ La atención asistencial de las personas con discapacidad integradas en los centros.
- ✓ La conservación, y en su caso, potenciación de sus capacidades a través de las técnicas adecuadas.

- ✓ La habilitación personal y social para su autocuidado en los aspectos en que ello sea posible.
- ✓ La prestación de ayuda de tercera persona para suplir la carencia o insuficiencia de su capacidad funcional.
- ✓ El fomento de sus relaciones personales y sociales a través del ocio y tiempo libre y de otras actividades que se estimen idóneas.

### **Centros de recuperación de personas con discapacidad física (CRMF)**

Son centros de ámbito estatal que partiendo de un enfoque integrado de la rehabilitación prestan un conjunto de servicios recuperadores de contenido médico-funcional, psico-social y de orientación y formación profesional ocupacional para personas con discapacidad física o sensorial en edad laboral. Dichos servicios se ofrecen en régimen de internado, media pensión o ambulatorio, de acuerdo con las circunstancias personales y necesidades e intereses de las personas usuarias.

Se ubican en Albacete, Bergondo (A Coruña), Lardero (La Rioja), Madrid, Salamanca y San Fernando (Cádiz).

Su objetivo general consiste en ofrecer a las personas con discapacidad física y/o sensorial en edad laboral todas aquellas medidas que hagan posible su recuperación personal y profesional que faciliten su integración laboral. Para ello, elabora programas individuales de recuperación, orientación y ejecución de la recuperación profesional, lo que comprende:

- ✓ La capacitación y reconversión profesional en cursos de enseñanza ocupacional.
- ✓ La nivelación cultural necesaria para una adecuada formación profesional.
- ✓ La recuperación médico-funcional y psicosocial de las personas con discapacidad física y/o sensorial que lo requieran.
- ✓ La readaptación o reeducación profesional, según proceda, de las personas con discapacidad que lo precisen.
- ✓ La asistencia técnica en materia de autonomía personal, accesibilidad y tecnologías aplicadas a la integración de las personas con discapacidad.
- ✓ Desarrollar metodologías y nuevas tecnologías para personas con discapacidad gravemente afectadas que les permitan manifestar o potenciar su capacidad razonable de recuperación profesional.
- ✓ Preparación para el empleo e integración social y personal de la persona con discapacidad.

### **Centros de Referencia Estatal (CRE)**

Los CRE son dispositivos de servicios sociales creados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), con el fin de promover la innovación y mejora de la calidad de los recursos dirigidos a un sector determinado de personas en situación de dependencia.

Están integrados en la red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y actúan como instrumentos de la Administración General del Estado para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas a fin de optimizar los recursos públicos y privados disponibles. Son recursos que desarrollan acciones supracomunitarias, que complementan y refuerzan las acciones de las administraciones públicas autonómicas, sin interferir en sus competencias, en los ámbitos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Pueden disponer de servicios de atención directa o dedicarse exclusivamente a la gestión del conocimiento. Sus cometidos pueden ser:

- Centro especializado en la gestión del conocimiento a efectos de la promoción, desarrollo y difusión de datos, informaciones y conocimiento sobre una materia o sobre algún sector de personas en situación de dependencia.
- Centro de alta especialización en la prestación de programas de prevención y de atención directa, con el objeto de desarrollar experiencias innovadoras o buenas prácticas en la implantación o mejora de los servicios de atención a personas mayores y/o a personas con discapacidad en situación o en riesgo de dependencia.

Los objetivos de un CRE son los siguientes:

- Generar, recopilar, analizar y difundir datos, informaciones y conocimiento sobre el colectivo o materia en la que están especializados.
- Fomentar y desarrollar estudios e investigaciones sobre materias de su especialización.
- Impulsar, programar e impartir acciones de formación y de cualificación para profesionales y personal cuidador.
- Desarrollar o validar, desde el enfoque de la innovación permanente, nuevos modelos, programas, métodos y técnicas de intervención.
- Promocionar o desarrollar experiencias innovadoras y buenas prácticas en materia de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, atención integral, inserción e inclusión sociales de personas en situación de dependencia, a partir de la atención especializada directa.
- Colaborar con familias, grupos, entidades no lucrativas y tejidos sociales a través de acciones de información, asesoramiento, formación y apoyo.
- Impulsar la utilización de los productos de apoyo y la accesibilidad universal y diseño para todas las personas como medios de equiparación de oportunidades.
- Impulsar planes de mejora de la calidad y desarrollar criterios comunes de acreditación y de evaluación de centros, programas y servicios.
- Establecer cauces de cooperación y colaboración con entidades públicas y privadas, preferentemente de iniciativa social, que trabajen en el sector o materia de su especialidad.

El Imsero cuenta con 1 un CRE especializado en Autonomía Personal y Ayudas Técnicas CEAPAT en Madrid y 8 CRE especializados en diferentes grupos de población:

- CREDINE, para personas con Discapacidades Neurológicas en Langreo, Asturias.
- CREDEI: de Atención a Personas en Situación de Dependencia en León.
- CREDYD para la Atención a personas con grave discapacidad y promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia en San Andrés del Rabanedo, León.
- CREER de atención a personas con enfermedades Raras y sus familias en Burgos.
- CREDEF de Atención Sociosanitaria para Personas en Situación de Dependencia en Soria.
- CREA de Atención de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Salamanca.
- CEADAC centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral en Madrid.
- CRE de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave en Valencia.

**Centro Polivalente de Servicios para Personas Mayores de Melilla:**

El Centro Polivalente de Servicios para Personas Mayores de Melilla, dependiente a través de la Dirección Territorial del Imsero, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, es un establecimiento público cuyo objetivo es servir de vivienda permanente a las personas mayores, desde el que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pueden satisfacer sus necesidades por otros medios.

## Escala social ESTE II.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador ( <i>consola, juegos de la memoria</i> )?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.</b>			

## Escala Lubben.

Granero, M., Perman, G., Peña, F. V., Barbaro, C. A., Zozaya, M. E., Infantino, V. S. M., ... & Terrasa, S. A. (2020). [Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6](#). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(4), 296-300.

## Escala de apoyo social Oslo.

Faris, L.H., Gabarrell-Pascuet, A., Felez-Nobrega, M. et al. [The Association Between Substance Use Disorder and Depression During the COVID-19 Lockdown in Spain and the Moderating Role of Social Support: a Cross-Sectional Study](#). *Int J Ment Health Addiction* 21, 1157–1167 (2023).

## Escala Zimet.

Pinto Santuber, C., Lara Jaque, R., Espinoza Lavo, E., & Montoya Cáceres, P. (2014). [Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud](#). *Index de enfermería*, 23(1-2), 85-89.

## Escala Gijón.

García González, J. V.; Díaz Palacios, M. E.; Salamea García, A.; Cabrera González, D.; Menéndez Caicoya, A.; Fernández Sánchez, A. et al. (1999). "Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano". *Atención Primaria*, 23 (7), 434-440.

## Indicadores de riesgo de aislamiento social de Junta de Castilla y León.

Indicadores de riesgo que pueden ayudar a identificar el aislamiento social		
Relacionados con los contactos sociales	Relacionados con la salud	Relacionados con la vivienda y el entorno
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de contactos sociales con personas significativas o, si existen, son muy esporádicos y no tiene control para que ocurran.</li> <li>- No hay disponibilidad de medios tecnológicos que faciliten el mantenimiento de contactos sociales o la persona cuenta con esos medios, pero carece de competencia para manejarlos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema de salud que impide mantener relaciones sociales a iniciativa propia y no tiene una respuesta social por parte de su entorno.</li> <li>- Riesgo de afecciones de salud mental, malestar emocional o diagnóstico de depresión o ansiedad.</li> <li>- Limitaciones en la capacidad de autonomía que reducen las posibilidades de mantener contacto social aun teniendo la posibilidad de hacerlo.</li> <li>- Sobreprotección por parte de familiares o cuidadores que limitan sus relaciones sociales o la participación en actividades de su interés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivienda en un entorno deshabitado o con pocas personas con las que mantener vínculos o solicitar o recibir apoyos.</li> <li>- Vivienda o entorno cercano con barreras que impiden o dificultan la entrada y salida, lo que genera una limitación de las salidas y, por lo tanto, de los contactos sociales, aun teniendo la posibilidad de hacerlo.</li> <li>- Dificultades de acceso al transporte que facilite el contacto social.</li> <li>- Entorno con escasas o nulas oportunidades de participación en actividades significativas.</li> </ul>

## Indicadores de riesgo de soledad de Junta de Castilla y León.

Indicadores de riesgo que pueden ayudar a identificar de soledad no deseada		
ÁMBITOS	Indicadores Objetivables	Indicadores de percepción
<b>Personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de convivencia: viviendo solo</li> <li>- Limitada capacidad económica</li> <li>- Bajo nivel educativo</li> <li>- Escaso o nulo manejo de TIC's</li> <li>- Escasas habilidades relacionales</li> <li>- Limitaciones funcionales para las actividades diarias</li> <li>- Diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad.</li> <li>- Estigmatización por enfermedad u otras situaciones personales.</li> <li>- Demencia o limitación en la capacidad cognitiva</li> <li>- Acontecimientos vitales: viudedad, jubilación, separación, cambio de domicilio, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mala salud auto percibida</li> <li>- Baja autoestima y sentimientos de culpa o inutilidad</li> <li>- Escasa capacidad de adaptación a los cambios</li> <li>- Cambios significativos en el estilo de vida (compras, rutinas habituales, participación en actividades, cuidado de la imagen, alimentación, patrones de sueño...)</li> <li>- Malestar emocional y cambios en el estado de ánimo (tristeza, desesperanza, ansiedad, pensamientos de muerte...)</li> </ul>
<b>Interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios en la estructura familiar</li> <li>- Escasa relación con los hijos u otros familiares</li> <li>- Falta de conexiones sociales o escasa relación con otras personas, tanto de forma presencial como telefónica u otros medios telemáticos</li> <li>- Dedicación al cuidado de otra persona</li> <li>- Limitada red de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción con el tamaño de su red social</li> <li>- Insatisfacción con la calidad de sus relaciones sociales</li> <li>- Insatisfacción con la vida derivada del rol de cuidador/a.</li> </ul>

### Indicadores de riesgo que pueden ayudar a identificar de soledad no deseada

<b>Contextuales o del entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dificultades de accesibilidad en el domicilio</li><li>- Dificultades de accesibilidad en el entorno</li><li>- Dificultades de accesibilidad a servicios básicos de proximidad</li><li>- Escasez de medios de transporte</li><li>- Problemas y limitaciones de cobertura telefónica y de acceso a internet</li><li>- Pocas alternativas de participación comunitaria</li><li>- Estigma asociado a cualquier tipo de discriminación (problemas de salud mental...)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inadecuación entre los deseos de la persona y lo que ofrece el contexto</li></ul>
-----------------------------------	--	---

## Factores asociados a la aparición o mantenimiento de la soledad no deseada (en personas mayores). Fuente Comunidad de Madrid.



## Indicadores por categorías de Ciudades que cuidan

Categorías	Indicadores
Cat.1 HOGAR	7
Cat.2 SERVICIOS DE PROXIMIDAD	18
Cat.3 MOVILIDAD	9
Cat.4 AMBIENTE	6
Cat.5 SALUD	13
Cat.6 PARTICIPACIÓN	7
Cat.7 COMUNICACIÓN	5
Cat.8 IGUALDAD DE OPORTUNIDADES	9
Cat.9 FINAL DE VIDA	4
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>

1	1.1. Porcentaje de edificios plurifamiliares con servicio de ascensor	41	5.1. Plan de salud comunitaria
2	1.2. Valor medio de compra por m <sup>2</sup>	42	5.2. Prevalencia del consumo de tabaco en población de 16 y más años
3	1.3. Valor medio de alquiler por m <sup>2</sup>	43	5.3. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en población de 16 y más años
4	1.4. Porcentaje de gasto destinado a vivienda, agua, electricidad,...	44	5.4. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de 14-18 años
5	1.5. Porcentaje de población con gasto elevado en vivienda	45	5.5. Prevalencia de sobrepeso, por sexo, en población de 18 años o más
6	1.6. VPO global	46	5.6. Prevalencia de sobrepeso, por sexo, en población de 2 a 17 años
7	1.7. VPO alquiler (% sobre VPO global)	47	5.7. Prevalencia de obesidad, por sexo, en población de 18 años o más
8	2.1. Ratio de comercios al por menor por 1000 habitantes	48	5.8. Prevalencia de obesidad, por sexo, en población de 2 a 17 años
9	2.2. Centros de AP por 10.000 h	49	5.9. Mortalidad global
10	2.3. Oficinas de Farmacias por 10.000 h	50	5.10. Mortalidad infantil y perinatal
11	2.4. Camas hospitalarias por 1.000 h en la CCAA	51	5.11. Mortalidad por accidentes
12	2.5. Centros de Servicios Sociales	52	5.12. Mortalidad por suicidio
13	2.6. SAD	53	5.13. Satisfacción global con el sistema sanitario
14	2.7. ST	54	6.1. Planes de formación
15	2.8. Centros Servicios Sociales para personas mayores	55	6.2. Tasa de seguimiento de la formación
16	2.9. Centros de Día	56	6.3. Planes de participación
17	2.10. Servicios de Atención Residencial	57	6.4. Procesos participativos
18	2.11. Gasto Promedio en Atención Social por h	58	6.5. Tasa de participación ciudadana
19	2.12. Bibliotecas por 100.000h	59	6.6. Tasa de participación en las elecciones locales
20	2.13. Gasto promedio en Cultura por h	60	6.7. Asociaciones, organismos y entidades de carácter social
21	2.14. Areas verdes m2 por habitante	61	7.1. Disponibilidad de información
22	2.15. Itinerarios transitables	62	7.2. Facilidad de uso del material informativo
23	2.16. Edificios publicos accesibles	63	7.3. Información accesible del municipio y servicios básicos
24	2.17. Tasa de siniestrabilidad vial urbana	64	7.4. Usuarios de 65 a 74 años han utilizado teléfono móvil últimos 3 meses
25	2.18. Tasa de delitos	65	7.5. Usuarios de 65 a 74 años han utilizado Internet últimos 3 meses
26	3.1. N° Viajes en transporte público	66	8.1. Esperanza de vida al nacer
27	3.2. Plazas ofertadas de transporte públicos (BUS) N° plazas-km/Habitante/año	67	8.2. Índice de renta familiar disponible (IRFD)
28	3.3. Taxis en activo	68	8.3. Población en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Tasa AROPE
29	3.4. Densidad de paradas en líneas de autobus x Km2	69	8.4. Tasa de paro / porcentaje de parados
30	3.5. Coste del título del viaje	70	8.5. Tasa de paro juvenil
31	3.6. Vías para las bicicletas	71	8.6. Índice de envejecimiento
32	3.7. Vías para la movilidad a pie	72	8.7. Índice de sobre-envejecimiento
33	3.8. Autobuses no contaminantes	73	8.8. Porcentaje de población entre 25 y 64 años, por nivel de estudios compl.
34	3.9. Taxis no contaminantes	74	8.9. Tasa de inmigración regularizada
35	4.1. Plan de Mejora y Gestión Medioambiental	75	9.1. Cobertura de la atención paliativa
36	4.2. Índice Nacional de Calidad del Aire	76	9.2. Porcentaje de personas con documento de voluntades anticipadas (DVA)
37	4.3. Índices de la Calidad del Agua (Valores paramétricos)	77	9.3. Registro de personas que viven solas
38	4.4. Sistema Evaluación Niveles Sonoros	78	9.4. Registro de las muertes en soledad
39	4.5. Residuos sólidos urbanos		
40	4.6. Recogida selectiva (%)		

”

## Cuestionario impacto social o emocional post actividad o taller

(facilitado por CRMF de Albacete)

**Cumplimente cada uno de los ítems, puntuándolos desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.**

Edad:

Sexo:

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me he sentido integrado/a con el grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me he sentido respetado/a por las demás personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me he sentido escuchado/a cuando he querido participar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me he sentido en compañía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Las diferentes actividades propuestas han tenido un impacto positivo en mi estado de ánimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mis sensaciones de vacío han disminuido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gustaría participar en otro taller como este.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El taller en general me ha ayudado a mejorar mi sensación de soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fotos de las Jornadas del Inmerso sobre soledad en el CREDEI León en 2024.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES

