



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Trabajo social y mediación con mayores en situación de aislamiento social y/o soledad en las actuaciones del programa europeo sobre envejecimiento activo y saludable

Dña. Rosa Raquel Ruiz Trascastro

2022



Facultad de Trabajo Social

TESIS DOCTORAL

Trabajo social y mediación con mayores en situación de aislamiento social y/o soledad en las actuaciones del programa europeo sobre envejecimiento activo y saludable

ROSA RAQUEL RUIZ TRASCASTRO

Director:

LUIS MIGUEL RONDÓN GARCÍA

Murcia 2022

¡A mi madre!

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN.....	11
I. Interés de esta investigación.	11
II. Articulación de esta investigación.....	14
III. Agradecimientos	16
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO I: LA COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO	19
I.1. Introducción.....	19
I.2. Complejidad metodológica de los fenómenos ligados al envejecimiento	21
I.3. Patologías de la percepción social del envejecimiento	27
I.3.1. Estereotipos negativos hacia la vejez.....	27
I.3.2. Edadismo: Las personas de tercera edad como colectivo en riesgo de exclusión.....	30
I.3.3. Repercusión del edadismo sobre la salud de las personas mayores	33
I.3.4. Arquetipos existenciales para las personas mayores y edadismo.....	35
I.4. Tipología ideal weberiana de la persona mayor en el contexto Europeo: el proyecto «Blueprint personas».....	37
I.4.1. Tipo ideal 1: menor de 80 con buen estado de salud: Blueprint «Randolph»	39
I.4.2. Tipo ideal 2: mayor de 80 en buen estado de salud: Blueprint «Theresa».....	40
I.4.3. Tipo ideal 3: Menor de 80 años con problemas moderados de salud: Blueprint «Eleni»	40
I.4.4. Tipo ideal 4: Mayor de 80 años con problemas de salud: Blueprint «María»	41
I.4.5. Tipo ideal 5: Menor de 80 años con necesidades complejas: Blueprint «Procolo»	42
I.4.6. Tipo ideal 6: Mayor de 80 años con necesidades complejas: Blueprint «Jacqueline».....	43
I.5. Ventajas y desventajas de la metodología de tipos ideales weberianos.....	44
I.6. Envejecimiento y calidad de vida de las personas mayores.....	45

I.7. La complejidad de ámbitos y actuaciones con personas mayores	48
1.7.1. El envejecimiento como ámbito de acción para el soporte familiar	49
1.7.2. El envejecimiento como ámbito de acción para el soporte social.....	55
1.7.3. El envejecimiento como ámbito de acción para el soporte formal.....	56
CAPITULO II: LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES, PERSPECTIVAS Y CONFLICTOS SOCIALES	63
II.1. Introducción	63
II.1.1. Aislamiento social (<i>Social Isolation</i>) y vivencia de soledad (<i>Loneliness</i>).....	64
II.1.2. Soledad y género	67
II.2. Algunos datos sobre la soledad de las personas mayores en España.....	68
II.3. Perspectivas teóricas sobre el fenómeno de la soledad	70
II.3.1. Perspectiva existencialista sobre la soledad.....	73
II.3.2. Perspectiva psicodinámica sobre la soledad	73
II.3.3. Perspectiva interaccionista sobre la soledad	74
II.3.4. Perspectiva cognitiva sobre la soledad	75
II.4. Tipologías de la soledad en personas mayores	77
II.4.1. Soledad existencial	77
II.4.2. Soledad emocional.....	79
II.4.3. Soledad social	79
II.5. Factores que predisponen al aislamiento y la soledad en los mayores	80
II.5.1. Factores ambientales.....	80
II.5.2. Factores socioculturales.....	83
II.5.3. Factores físicos	83
II.5.4. Factores psicológicos.....	85
II.6. Factores sociales que protegen frente al aislamiento y la soledad en los mayores.....	88
II.7. Efectos del aislamiento y la soledad en las personas mayores	89
II.7.1. Efectos de la soledad sobre la salud física	89
II.7.2. Efectos de la soledad sobre la salud psíquica	91
II.7.3. Efectos de la soledad sobre las relaciones sociales.....	94

II.8. Problemáticas de las personas mayores en situación de aislamiento y/o soledad distribuida según los tipos ideales weberianos.....	98
II.8.1. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «Randolph» en situación de soledad	98
II.8.2. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «Theresa» en situación de soledad	98
II.8.3. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «Eleni» en situación de soledad	99
II.8.4. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «María» en situación de soledad	100
II.8.5. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «Procolo» en situación de soledad	100
II.8.6. Problemáticas sociales del tipo ideal weberiano «Jacqueline» en situación de soledad	101
CAPITULO III: LA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD Y/O AISLAMIENTO SOCIAL.....	107
III.1. Introducción: La intervención social y la mediación	107
III.1.1. La intervención social	107
III.1.2. El surgimiento de conflictos y la mediación social	108
III.1.3. Relaciones entre intervención social y mediación.....	110
III.2. Las Intervenciones sociales en nuestro contexto.....	112
III.2.1. Contexto europeo	112
III.2.2. Contexto español.....	113
III.3. Tipología de las intervenciones realizadas con mayores en situación de aislamiento y/o soledad	115
III.4. Necesidades de la población mayor en situación de aislamiento y soledad que justifican intervenciones sociales.....	120
III.4.1. Necesidades e intervenciones relativas a las prescripciones y recomendaciones sanitarias	122
III.4.2. Necesidades e intervenciones relativas a la gestión personalizada de la salud y la prevención de las caídas.....	123
III.4.3. Necesidades e intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad	125
III.4.4. Necesidades e intervenciones educativas para un envejecimiento activo y saludable y nuevas necesidades de entrenamiento y protocolos para el personal sanitario.....	126
III.4.5. Necesidades e intervenciones para la gestión personal e institucional de la multimorbilidad	127
III.4.6. Necesidades e intervenciones relativas a la gestión integral de los cuidados y de las enfermedades crónicas	128

III.4.7. Necesidades e intervenciones relativas a la asistencia en la vida cotidiana de las personas ancianas con deterioro cognitivo	130
III.4.8. Necesidades e intervenciones relativas a la extensión de la vida activa e independiente y de soluciones abiertas y personalizadas	131
III.4.9. Necesidades e intervenciones relativas a la inclusión social de las personas mayores	133
III.4.10. Necesidades e intervenciones arquitectónicas y de urbanismo de las personas mayores: edificios, ciudades y ambientes age-friendly (European Commssion).....	134
III.5. Intervenciones con los tipos ideales weberianos en situación de soledad.....	136
III.5.1. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «Randolph» en situación de soledad....	138
III.5.2. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «Theresa» en situación de soledad.....	139
III.5.3. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «Eleni» en situación de soledad	140
III.5.4. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «María» en situación de soledad.....	141
III.5.5. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «Procolo» en situación de soledad.....	141
III.5.6. Intervenciones sociales del tipo ideal weberiano «Jacqueline» en situación de soledad...	142
CAPITULO IV: LA MEDIACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD	145
IV.1. La mediación y sus ámbitos.....	145
IV.1.1. Origen histórico y concepto de la mediación: el influjo del confucianismo	145
IV.1.2. Alternativas no judiciales para la resolución de conflictos: arbitraje, conciliación, defensor del pueblo y mediación.	146
IV.2. Modelos teóricos sobre la mediación.....	149
IV.2.1. Modelo de la escuela tradicional-lineal (Harvard) o Mediación Facilitativa	150
IV.2.2. Modelo de la escuela circular-narrativa (Sara Cobb).....	152
IV.2.3. Modelo de la escuela transformativa (Lederach, Folger, Busch).....	154
IV.3. El trabajador social y la mediación: el problema de la legitimación. La tesis Rondón-Munuera	156
IV.4. El trabajo social y la mediación de segundo orden para consolidar y mejorar las políticas de la Unión Europea respecto al envejecimiento activo y saludable	158
IV.4.1. La mediación como técnica integrada de intervención social	158
IV.4.2. La integración del trabajo social en la consolidación de las actuaciones europeas en materia de envejecimiento activo y saludable.....	159
IV.5. Idoneidad de las herramientas de mediación para la intervención integrativa en programas europeos de envejecimiento activo y saludable	162

IV.6. Búsqueda de soluciones a conflictos de las actuaciones del proyecto con tipos sociales weberianos de personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad.....	164
IV.6.1. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «Randolph» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	164
IV.6.2. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «Theresa» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	165
IV.6.3. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «Eleni» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	166
IV.6.4. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «María» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	168
IV.6.5. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «Procolo» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	168
IV.6.6. Mediación para resolución de problemas con el tipo ideal «Jacqueline» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	169
IV.7. Mejora de la comunicación con los tipos sociales weberianos de personas mayores.....	171
IV.7.1. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «Randolph» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	171
IV.7.2. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «Theresa» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	171
IV.7.3. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «Eleni» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	172
IV.7.4. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «María» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	173
IV.7.5. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «Procolo» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	173
IV.7.6. Mediación para mejora de la comunicación con el tipo ideal «Jacqueline» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	174
IV.8. Transformación de las relaciones con los tipos ideales weberianos de personas mayores.	174
IV.8.1. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «Randolph» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	174
IV.8.2. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «Theresa» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	175
IV.8.3. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «Eleni» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	175
IV.8.4. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «María» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	176
IV.8.5. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «Procolo» en situación de aislamiento social y/o soledad.....	176

IV.8.6. Mediación para mejora de la transformación de las relaciones con el tipo ideal «Jacqueline» en situación de aislamiento social y/o soledad	176
SEGUNDA PARTE: PARTE EMPÍRICA.....	179
CAPÍTULO V. LA CRUZ ROJA DE ARAGÓN Y LOS PROYECTOS EUROPEOS DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.....	181
V.1. La Red Cross European Union Office.....	181
V.2. La Cruz Roja y sus proyectos para personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad.	182
V.3. Los proyectos regionales de la Cruz Roja con personas mayores: la Cruz Roja de Aragón	183
V.4. La Cruz Roja de Aragón y sus intervenciones con personas mayores	184
CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA EMPÍRICA.....	191
VI.1. Contexto justificativo del marco temporal de la investigación empírica	191
VI.2. Objetivos de la investigación empírica	192
VI.3. Universo y muestra de la investigación empírica	193
VI.3.1 Unidades de muestreo y análisis, marco de la muestra y muestra.....	196
VI.3.2. Error muestral y nivel de confianza de la muestra	198
VI.3.3. Tipo de muestreo.....	200
VI.4. Herramientas (cuestionario) de esta investigación empírica.....	201
VI.4.1. Estructura y adecuación del cuestionario a los temas de la investigación.....	201
VI.4.2. Aspectos de la realidad social objetos de registro y medición	202
VI.4.3. Operacionalización de variables.....	215
CAPÍTULO VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS DIFICULTADES Y CONFLICTOS SURGIDOS EN EL CURSO DE INTERVENCIONES CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD.....	221
VII.1. Variables e indicadores sociodemográficas.....	221
VII.2. Distribución de la muestra por los tipos ideales weberianos del programa «Blueprint to innovate health and care in Europe».....	237
VII.2.1. Determinación algorítmica de las personas de la muestra subsumibles bajo los tipos ideales «Randolph» y «Theresa».....	239
VII.2.2. Dependencia entre variables edad y enfermedad crónica en los tipos ideales «Randolph» y «Theresa». Problemas que surgen en las intervenciones.....	241
VII.2.3. Determinación algorítmica de las personas de la muestra subsumibles bajo los tipos ideales «Eleni» y «María».....	244

VII.2.4. Dependencia entre variables edad y enfermedad crónica en los tipos ideales «Eleni» y «María». Problemas que surgen en las intervenciones con estos tipos	250
VII.2.5. Determinación algorítmica de las personas de la muestra subsumibles bajo los tipos ideales «Procolo» y «Jacqueline».....	251
VII.3. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a las prescripciones y recomendaciones sanitarias	255
VII.3.1. Análisis y discusión de los resultados globales	255
VII.4. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la gestión personalizada de la salud y la prevención de las caídas	264
VII.4.1. Análisis y discusión de los resultados globales	264
VII.4.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	267
VII.5. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad	271
VII.5.1. Análisis y discusión de los resultados globales	271
VII.5.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	273
VII.6. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones educativas para un envejecimiento activo y saludable y nuevas necesidades de entrenamiento y protocolos para el personal sanitario	278
VII.6.1. Análisis y discusión de los resultados globales	278
VII.6.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	281
VII.7. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones para la gestión personal e institucional de la multimorbilidad.....	286
VII.7.1. Análisis y discusión de los resultados globales	286
VII.7.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	289
VII.8. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la gestión integral de los cuidados y de las enfermedades crónicas.....	291
VII.8.1. Análisis y discusión de los resultados globales	291
VII.8.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	294
VII.9. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la asistencia en la vida cotidiana de las personas ancianas con deterioro cognitivo	298
VII.9.1. Análisis y discusión de los resultados globales	298
VII.9.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	301

VII.10. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la extensión de la vida activa e independiente y de soluciones abiertas y personalizadas.....	309
VII.10.1. Análisis y discusión de los resultados globales	309
VII.10.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	315
VII.11. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones relativas a la inclusión social de las personas mayores.....	324
VII.11.1. Análisis y discusión de los resultados globales	324
VII.11.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	327
VII.12. Análisis y discusión de los resultados de indicadores y variables sobre las necesidades e intervenciones arquitectónicas y de urbanismo de las personas mayores: edificios, ciudades y ambientes age-friendly.....	331
VII.12.1. Análisis y discusión de los resultados globales	331
VII.12.2. Análisis y discusión de los resultados por tipos ideales.....	333
CONCLUSIONES.....	335
ÍNDICE DE TABLAS.....	347
ÍNDICE DE FIGURAS	349
ÍNDICE DE ECUACIONES	357
BIBLIOGRAFÍA.....	359

INTRODUCCIÓN

I. INTERÉS DE ESTA INVESTIGACIÓN.

La práctica de las herramientas de mediación en Trabajo Social se ejerce, como señalan García-Longoria y Sánchez en una doble dimensión: la de la intervención social y la del profesional que atiende a clientes particulares. Son:

«Dos acepciones en el concepto de mediación en función del contexto donde se aplica, la mediación como técnica integrada en la intervención social y la mediación como acción profesional específica. En el primer caso, la mediación como parte de la intervención social pretende una forma de intervención vinculada con otra serie de actuaciones para la resolución de problemas». (García-Longoria y Sánchez, 2004, 262, pág. 33).

En esta tesis doctoral se intenta explorar el alcance de la mediación social como técnica de intervención social que se integra en otras intervenciones muy necesarias en nuestro contexto, occidental y europeo del primer tercio del siglo XXI, y que constituyen la punta de lanza política y económica de las intervenciones sociales con las personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Esta tesis doctoral no trata pues de la mediación que un profesional del trabajo social puede llevar a título propio entre dos partes que recurren a su servicio. Trata sin embargo de las potencialidades que las herramientas y aparato teórico de la mediación ofrecen para la implementación efectiva, consolidación y mejora continua de las intervenciones sociales que la Unión Europea ofrece a fin de remediar la muy posiblemente venidera pandemia de aislamiento social y/o soledad de las próximas décadas. Se trata pues de una exploración de los alcances y límites de las técnicas de mediación para alcanzar y mejorar determinadas políticas sociales a nivel europeo.

El objetivo pues de esta tesis radica, como explica Munuera (2013, pág. 33) en «identificar las razones del conflicto entre los grupos o partes, a través de la intersección comunicativa entre la persuasión y la comunicación». Esto nos obligará a estudiar el contexto general de la persona mayor (capítulo I) en situación de aislamiento social y/o soledad (capítulo II). Al hacerlo veremos que no existe algo así como «la» persona mayor, sino que esta realidad es muy rica y polifacética. Por eso recurrimos a una tipología ideal weberiana de la persona mayor, que coincide con la elaborada por el *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging* como tipos ideales de personas a los que dirigir particularizada y diferenciadamente las políticas sociales de la Unión Europea en materias que van desde la salud hasta el urbanismo (capítulo III). Es decir, esos tipos sociales weberianos constituyen los sujetos diana de las intervenciones sociales propuestas para las próximas décadas, o actualmente en curso en la Unión Europea. Pues bien, sería ingenuo pensar que estas

intervenciones sociales se van a implementar o consolidar sin roces ni conflictos con las personas a las que van dirigidas. Y por ello, y siguiendo el razonamiento de Munuera-Gómez, esta tesis intentará «identificar las razones del conflicto entre los grupos o partes». Es decir, entre los actores de estas intervenciones (políticos, burócratas, oenegés, asociaciones, instituciones, empresas) y las personas mayores a las que van dirigidas (capítulo IV). La parte empírica de esta tesis trata consecuentemente, de la efectividad de un tipo de intervenciones sociales llevadas a cabo por la Cruz Roja de Aragón sobre el aislamiento social y/o la soledad. Se trata de intervenciones centradas en personas, que habitan sus domicilios, es decir no extraídas de su medio y alojadas en instituciones asistenciales. Se ha evaluado empíricamente el grado de satisfacción de los usuarios de estas intervenciones sociales, y se ha investigado intensivamente la relación entre las variables «soledad», «relaciones sociales/contactos» (para explorar el grado de aislamiento social), con las variables «calidad de vida», «salud y bienestar social» y la «calidad de la atención y servicios ofrecidos por la Cruz Roja de Aragón» a estas personas. En esta evaluación surgen quejas y conflictos de usuarios, que se reseñan, y que habilitarían la metaintervención social de la mediación.

Esta investigación intenta elevar al plano reflexivo la novedosa y actual práctica de la *mediación con personas mayores* —*elder mediation*—. Esta mediación se establece entre las personas mayores y otros miembros de su familia, o entre aquella y terceras partes, como actuaciones institucionales. En concreto, nosotros abordamos una serie de intervenciones promovidas a nivel de las instituciones de la Unión Europea, y que desarrollan numerosos agentes sociales. En nuestro caso, por la parte empírica, la Cruz Roja Española. La finalidad de la mediación con mayores, como el de cualquier tipo de mediación estriba en llegar a acuerdos, reflexivos y voluntarios, que afectan a cada una de las partes (Model Standards of Conduct for Mediators, 2005). Este acuerdo, al que conduce la actividad del mediador es el que resuelve los conflictos, o por lo menos mejora la comunicación, o incluso puede transformar las relaciones entre las partes.

Esta praxis está demostrándose muy efectiva y poderosa en la resolución de una multitud de conflictos que surgen en relación con la vida, y la calidad de vida, de las personas mayores. Se trata de una praxis muy idónea para los profesionales del trabajo social.

Reflexionar sobre este instrumento es muy necesario, puesto que en cuanto instrumento se puede usar convenientemente o no, es decir, metódica o arbitrariamente. Además, la reflexión sobre este útil permite establecer sus relaciones e implicaciones sociales y jurídicas.

Los profesionales del trabajo social que utilizan la *mediación con personas mayores* suelen perseguir diversos objetivos como «proporcionar a las partes una oportunidad para definir y clarificar los temas que las enfrentan, comprender las diferentes perspectivas, identificar sus intereses, explorar y evaluar las posibles soluciones y alcanzar acuerdos mutuamente satisfactorios, si se desea» (Model Standards of Conduct for Mediators, 2005). Así el profesional de la mediación y las partes, han de alcanzar claridad sobre el trinomio posiciones-intereses-necesidades.

Los profesionales de la *mediación con personas mayores* son, en España, actualmente psicólogos, abogados, educadores y trabajadores sociales. Esta tesis doctoral trata de algunos problemas específicos a los que se enfrentan los trabajadores sociales en la mediación con personas mayores, y en concreto los derivados del aislamiento social y/o la soledad en esta etapa vital, difícil por muchos factores. La mediación con personas mayores es un ámbito novedoso de intervención, muy demandando por profesionales de diversos ámbitos, como por ejemplo los interesados, o los profesionales de la medicina.

El *Canadian Centre for Elder Law* hizo pública una lista, no exhaustiva de temas en los que es frecuente recurrir a la mediación con personas mayores, y en los que esta metodología se ha mostrado especialmente eficaz. En esta lista figuran:

Los cuidados familiares, los compromisos sobre la salud y el cuidado personal, la planificación de sucesión y herencias, las decisiones acerca de los cuidados al final de la vida, la planificación de la jubilación, quién y cuándo ha de tomar las decisiones acerca la salud y el cuidado personal, quién y cuándo ha de tomar decisiones financieras, las elecciones personales sobre la vida diaria, las normas de atención en las instalaciones de un proveedor de cuidados, los problemas con otros residentes en las instalaciones en que habitan, las expectativas generadas por la herencia, los problemas derivados de compartir una vivienda y los generados por los arreglos de la misma, la tutela sobre los adultos y sus alternativas menos restrictivas, la enfermedad mental y la demencia, los problemas que atañen a la seguridad *versus* independencia y autodeterminación o seguridad *versus* autonomía para asumir riesgos, los conflictos con los proveedores de cuidados, los abusos y negligencias, los problemas que podrían implicar sus deseos de conducir vehículos, los que pueden presentarse por matrimonios y divorcios, los derechos de los adultos mayores que son abuelos, los que presentan las relaciones familiares y disputas intergeneracionales, los conflictos que presentan las vacaciones y visitas, los que pueden derivarse por seguros contratados, o por beneficios obtenidos, los que derivan de los cuidado a largo plazo, o los que pueden afectar a empleo (Mediation, Elder and Guardianship; The Canadian Center for Elder Law, 2012, pp. 24-25).

Ya se ha señalado que esta lista no es exhaustiva. Se trata de una lista abierta, también a las variaciones históricas y culturales en que habitan nuestros mayores. Por ejemplo y por citar un tema muy candente, en esta lista no están incluidos los mil y un problemas que la reciente pandemia de COVID-19 ha planteado al cuidado de nuestras personas mayores. En cualquier caso, esta lista, es indicativa de los problemas que han sido abordados con las herramientas de «mediación con personas mayores». De todos estos problemas, nuestra investigación tratará los retos que plantea el aislamiento social y/o la soledad a las personas mayores, su entorno y los profesionales del trabajo social.

II. ARTICULACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN

Esta tesis doctoral se titula «Trabajo social y mediación con mayores en situación de aislamiento social y/o soledad en las actuaciones del programa europeo sobre envejecimiento activo y saludable». Consta de dos partes. En la primera se establece el marco teórico de la investigación, que se desarrolla empíricamente, como una concreción de lo visto en la parte teórica, en la segunda parte.

Para abordar la primera parte se comienza determinando los retos que suponen el incremento en edad de una masa cada vez más numerosa de la población europea. Para ello se ha de abordar este fenómeno en toda su complejidad (capítulo I), tanto en su repercusión sobre la subjetividad de los individuos, como por la complejidad objetiva inherente al fenómeno del envejecimiento. Se trata de un fenómeno muy plural y diferenciado. «La persona mayor» es una abstracción. Existen diversas maneras de ser mayor. Por ello es necesario describir esos modos diferenciadamente. Y para ello recurro a una tipología ideal como las propuestas por Max Weber. Esta tipología, elaborada en el proyecto de la Unión Europea *Blueprint Personas* distingue seis tipos, muy diferentes, de vida en la tercera y en la cuarta edad. Estos tipos se elaboran identificando si la persona jubilada es mayor o menor de 80 años, y si presenta problemas serios y graves de salud, problemas crónicos, o solo problemas derivados de la edad que tiene. Una vez expuesta, a grandes rasgos, la tipología ideal de personas mayores que se utilizará como hilo conductor de esta investigación, se prosigue tratando cómo viven las personas mayores y cómo se actúa con ellas en los ámbitos familiar, social y formal.

El capítulo segundo da un paso más. Una vez que se ha tratado de la persona mayor, prosigue tratando de caracterizar a las personas mayores que viven en situación de aislamiento social y/o soledad. Se aborda teóricamente estas realidades desde diferentes perspectivas, se tipifican las diferentes clases de soledad, y se abordan los factores a los que obedecen. Por último, se conecta la problemática del aislamiento social y/o la soledad con las diferentes maneras de vivir el proceso de envejecimiento que hemos identificado como tipos sociales weberianos.

El tercer capítulo de esta tesis doctoral trata, en general, de las intervenciones que se suelen llevar a cabo con las personas mayores. Y en concreto trata de las intervenciones que el *Consortio Europeo para el envejecimiento activo y saludable —European Partnership on Active and Healthy Aging—* está promoviendo para subvenir a las necesidades más urgentes de los ciudadanos europeos en materia de envejecimiento y salud. Estas intervenciones son objeto de esta tesis doctoral en tanto que la investigación realizada está orientada al éxito de estas. Éxito que sólo es posible si se logran solventar los conflictos que surgen con sus usuarios o sujetos diana de las mismas: las personas mayores que habitan las diferentes regiones de Europa.

Para afrontar esos conflictos entendemos, y proponemos, que la mediación ofrece un conjunto de herramientas y metodologías sumamente eficaces. Por ello, pensamos que el futuro de las actuaciones promovidas institucionalmente desde las altas esferas del legislador europeo está asociado al uso de la mediación por profesionales, en este caso del Trabajo

Social, que trabajan a nivel de campo entre los usuarios y sujetos diana de las intervenciones, y los responsables de las actuaciones que se promueven. Para ello, el capítulo IV de la primera parte de esta tesis doctoral, explora el valor de la mediación con mayores —*elder mediation*— para resolver diferenciadamente problemas, mejorar la comunicación y mejorar las relaciones entre los diferentes tipos de personas mayores europeas y las intervenciones en las que se integra la mediación.

Por último, la parte empírica de esta tesis doctoral aborda las problemáticas de las personas mayores usuarias de una actuación de la Cruz Roja Aragonesa. Se trata de una ejemplificación de lo elaborado en la parte teórica de la tesis, y se explora prospectivamente el alcance y los límites que podría tener el profesional del Trabajo Social que se integrara en la actuación diseñada por la Cruz Roja Española, para solventar la problemática que tienen estas personas mayores.

III. AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar esta tesis a Doña Rosa Trascastro, mi madre, que, a pesar de no haber tenido la oportunidad de ir a la escuela, supo educarme y transmitirme los valores y la importancia de ser responsable, solidaria y comprometida con quienes más lo necesitan.

A mi familia, Enrique y Marco, por vuestra paciencia y generosa complicidad durante mis largas horas de trabajo y a mi sobrino Mario por sus aportaciones en las fórmulas.

A mi amigo Quique puesto que sin su asesoramiento hubiera sido imposible poder realizar la parte empírica de la tesis

A mi querida amiga Marcia, por su ayuda incondicional por no dejarme sola y prestarme su apoyo en los momentos más complicados.

A mi marido, por impulsarme a salvar los miedos a lo largo de esta aventura y acompañarme en todo momento

A Nani, por su inestimable ayuda y asesoramiento en el área médica.

Y a todas las personas que me han acompañado, asesorado u orientado ayudándome a comprender mejor la naturaleza humana y cómo afrontar situaciones de soledad.

Y a todas las personas que me han acompañado, asesorado u orientado ayudándome a comprender mejor la naturaleza humana y cómo afrontar situaciones de soledad.

No hubiese sido posible presentar este trabajo, sin el empeño, guía, orientación y sabios consejos de don Luis Miguel Rondón García, director de esta tesis, que me hizo comprender la necesidad de la mediación como vía para la solución de problemas que afectan a las personas mayores.

Con esta tesis intento hacer una llamada a la constancia, a la superación, a la victoria personal y a la belleza que como dijo Alejandro Casona: «Es otra forma de entender la verdad».

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

I.1. INTRODUCCIÓN

En 2019 nuestro planeta acogió a 703 millones de personas mayores de 65 años (United Nations, 2019). Se trata del 9% de la población mundial. Las *Naciones Unidas* estiman que para 2050 esa cifra se duplicará. Tendremos entonces 1500 millones de personas mayores: el 16% de la población que se estima vivirá para entonces en nuestro planeta.

Table 1.
Number of persons aged 65 years or over by geographic region, 2019 and 2050

Region	Number of persons aged 65 or over in 2019 (millions)	Number of persons aged 65 or over in 2050 (millions)	Percentage change between 2019 and 2050
World	702.9	1548.9	120
Sub-Saharan Africa	31.9	101.4	218
Northern Africa and Western Asia	29.4	95.8	226
Central and Southern Asia	119.0	328.1	176
Eastern and South-Eastern Asia	260.6	572.5	120
Latin America and the Caribbean	56.4	144.6	156
Australia and New Zealand	4.8	8.8	84
Oceania, excluding Australia and New Zealand	0.5	1.5	190
Europe and Northern America	200.4	296.2	48

Tabla 1. Número de personas con más de 65 años en 2019 y proyección para el 2050. Fuentes: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División: población

Ante estas cifras, tenemos que confesar que los diferentes estados en los que se subdivide la Tierra no están preparados para hacer frente a este reto. Tampoco lo están los individuos particulares. Investigadores como Maderna, Ianni y Membrino han insistido en que los cambios físicos, psíquicos y sociales asociados a la tercera edad son tan rápidos que el individuo no suele estar preparado para esta edad involutiva (Maderna, Ianni y Membrino, 1987). Por eso, se hace acuciante el tema de esta tesis: la mediación en algunas de las transformaciones más vertiginosas y graves que sufren las personas que alcanzan la tercera y cuarta edad: el aislamiento, la soledad y los conflictos a ella anejos.

La condición de la persona de la tercera o cuarta edad exige preguntarnos cómo debemos protegerla, cómo debemos adecuar las estructuras sociales que hemos diseñado para su cuidado, para el mantenimiento de su salud y de todos los demás factores que inciden en que su vida sea una vida efectivamente lograda. La intervención social, y en general los estudios

sociales, han de abrirse a los contextos del tratamiento geriátrico y a sus diversas dimensiones, persiguiendo la calidad de vida de nuestras personas mayores. Los estudios sociales han de identificar, y controlar en la medida de lo posible, los factores y problemáticas asociadas a la condición del envejecimiento. Además, nuestra disciplina ha de delimitar las situaciones de riesgo en este grupo etario, así como establecer los correctivos necesarios, o presentar alternativas posibles de mejora. También hay que tener en cuenta la indefensión que, con frecuencia, acompaña a determinados sectores de este colectivo.

En el manejo de las condiciones de vida de las personas de la tercera edad, la presencia de factores emocionales es fundamental. Con frecuencia se generan conflictos afectivos por la indefensión señalada en el párrafo anterior. Así se crean situaciones de incomodidad y de baja autoestima, que limitan la acción positiva de los centros de tratamiento y la acción social de los profesionales.

En muchos de estos casos, la intervención es exclusivamente médica y farmacológica, produciéndose con frecuencia una sobremedicación, que trata los síntomas, pero olvida intervenir sobre las causas familiares y sociales de fondo. La intervención sobre las causas y el ambiente intersubjetivo resolvería efectivamente, en gran medida, el problema real, así como las consecuencias en el psiquismo de estas personas. Incluso en personas con demencia senil, la medicación se revela tan sólo como un factor, y no el principal. Una intervención social con personas dementes recurrirá, por ejemplo, a los centros de día que mejoran sensiblemente el ambiente familiar. Por otra parte, el recurso, en centros de salud y determinadas asociaciones, a los talleres de memoria, prueba que mucha de la medicación suministrada era excesiva, pues estas intervenciones sociales tienen igual o mejor resultado que la farmacológica.

Otro de los problemas asociados al factor emocional se relaciona con la participación de la familia en las actividades que son necesarias a las personas de este grupo de edad. Participación que si se limita a las necesidades funcionales es acusada negativamente por las personas mayores, que sienten que sus necesidades afectivas no están cubiertas, precisamente cuando más desamparados se sienten.

Por otra parte, no hemos de ser ingenuos sobre el efecto poderoso del lenguaje y las formas en que nos referimos a las cosas. Como señaló Foucault, las palabras son artefactos y constructos cargados de poder. Resulta obvio que, al hablar de tercera edad, nos referimos a un período impreciso en la vida del ser humano, en el que disminuyen las habilidades y capacidades para el desarrollo de acciones productivas. Por ello, se suele asumir que estas personas se encuentran en un estrato diferenciado del adulto productivo. El sesgo de esta calificación viene dado por el enfoque reduccionista impuesto a la actividad social y con ello se mienta y difunde la convicción socialmente compartida de que ésta es una etapa de declive, mengua, deterioro y empobrecimiento en la vida de las personas.

La amplia difusión y aceptación de estos significados asociados a la tercera edad, y el modelaje social que efectúan, provoca el rechazo de algunas familias hacia los cuidados básicos que requieren sus mayores, una vez que estos ya no proporcionan ninguna utilidad al resto de la familia. Aquí tiene su génesis el problema de la soledad de los mayores, que no es explicable sin la desvinculación de los demás integrantes de la familia respecto de aquel

mayor que ya no resulta útil, sino absolutamente necesitado. Sin herramientas como la mediación social estas situaciones resultan altamente conflictivas, y al enquistarse se alejan progresivamente de cualquier tipo de solución. He aquí la necesidad de este estudio sobre la mediación social en relación con la soledad de las personas mayores.

Nuestra investigación usa una metodología cualitativa a fin de establecer las coordenadas individuales, familiares, sociales, jurídicas, económicas, culturales, institucionales y legislativas en la que se desarrolla la última etapa de nuestras vidas. Sólo desde aquí será posible identificar adecuadamente las situaciones de riesgo relacionadas con la soledad.

La tendencia al aislamiento y la soledad en nuestras sociedades es sólo una *megatrend*. No se quiere decir que este fenómeno aparezca en todas las familias de nuestra sociedad. Es evidente que existen familias cuyos miembros con más edad siguen siendo productivos y en modo alguno abandonados por la sociedad, sino demandados por ella.

La productividad social de las personas de la tercera edad constituye un semillero de problemas teóricos y jurídicos: ¿Resulta ético prolongar la edad de la jubilación, dada las tasas elevadas de desempleo? ¿Se puede establecer una edad homogénea para todos los grupos profesionales? Es decir, ¿se puede igualar el sector de servicios en hostelería con el sector académico, por ejemplo? ¿Bastan los mínimos económicos de las pensiones, establecidos por el legislador, para el transcurso de una tercera edad lograda afectiva y efectivamente?

Es evidente que esta investigación no puede abordar la totalidad de estos problemas. Se centra en cambio en uno, que no es precisamente pequeño o menor: el problema de la soledad de las personas mayores. Lo hacemos desde una perspectiva que no es ni médica ni psicológica. No nos incumben abordar los problemas derivados de la geriatría, la psicología evolutiva o la psicología social, aunque tendremos en cuenta sus resultados y las principales teorías e hipótesis en disputa en estos campos. Nuestra perspectiva es la del trabajo social, y planteamos la idoneidad de estrategias de mediación familiar para solventar los problemas derivados de la soledad en la tercera edad.

I.2. COMPLEJIDAD METODOLÓGICA DE LOS FENÓMENOS LIGADOS AL ENVEJECIMIENTO

Para aproximarnos a un concepto suficiente de «persona mayor» es necesario no caer en las trampas de los reduccionismos. Nuestro saber ha de sintetizar lo logrado desde múltiples ciencias que tratan de este sector de la población en el que deseamos intervenir socialmente. Por eso, es necesario tener en cuenta los logros de diversos saberes, sin desconocer las perspectivas metodológicas de los que dependen tales logros.

a) Perspectiva semántica

Para delimitar el concepto de tercera edad conviene comenzar acercándonos a la expresión o expresiones usadas en nuestro contexto social y en la literatura científica pertinente. Es preciso hacerlo porque muchos de los términos usados están cargados de

valoraciones minusvalorantes, de prejuicios sociales, de extensión semántica insuficiente o simplemente no se ajustan a los cambios sociales del mundo actual.

Así podemos prescindir de términos como «abuelos» o «pensionistas». Parece obvio, pero debemos recordar que no todas las personas mayores han tenido descendencia o viven del sistema de seguridad social de su país. Los hay que siguen viviendo de su trabajo, de sus inversiones, o de sus rentas. Otros términos como «viejo» están muy teñidos de prejuicios negativos, como lo gastado o inservible. Por otra parte, tercera edad es un término obsoleto a partir de la *Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Vejez* que se celebró en Madrid en el año 2002, a partir de este momento se opta por hablar de «personas de edad» (Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, 13 y ss.).

Lo primero que salta a la vista es el carácter peyorativo de nuestras denominaciones: viejo, anciano, octogenario, entrado en años, abuelo, todo esto parece tener un sentido despectivo o al menos negativo, como cuando hablamos de lo deteriorado, roto, gastado, cansado, ajado, marchito, consumido, o envejecido. Las palabras no son inocentes, con ellas se inoculan valoraciones éticas y sociales, incluso biológicas. Apreciaciones que impactan en la autoestima de la persona de tercera edad.

b) Perspectiva biopsicológica

Al hablar de tercera edad, se hace referencia a un período impreciso en la vida del ser humano en el cual disminuyen las habilidades y capacidades para el desarrollo de acciones productivas tradicionales y por ello, se asume que las personas, se encuentran en un estrato diferente al del adulto productivo. Se suele estimar que la vejez comienza alrededor de los 65 años. Por otra parte, se acostumbra a hablar de viejos o ancianos a partir de los 75 años. El sesgo de esta calificación viene dado por un enfoque reduccionista, basado en la disminución de las cotizaciones a los sistemas contributivos. Este hecho hace considerar a muchos, incluidos los interesados, que esta es la última etapa de la vida de una persona.

García Hoz describe la tercera edad como aquel «período de la vida en que el hombre se encuentra en regresión fisiológica, social y psicológica» (Morón, 2016, pág. 4). Actualmente se prefiere hablar de *edad involutiva* en lo que se refiere a los aspectos biopsicológicos. Y es que «regresión» es un término muy cargado de connotaciones psiquiátricas, como cuando se habla del complejo de Edipo o de Electra como regresiones a estadios primitivos en el desarrollo del psiquismo y de la personalidad. Por eso, nosotros, en lo que sigue, hablaremos de edad involutiva.

Considero que el aspecto psicofisiológico —lo que se denomina edad fisiológica—, es determinante. Pero este aspecto no ilumina la totalidad de factores que es necesario considerar integralmente respecto de las personas mayores. La edad fisiológica, su normalidad y sus patologías son, ante todo, objeto de estudio y trabajo en el ámbito de la medicina y el manejo de dolencias típicas de la edad, en las cuales entran precisamente conceptos como las casas especializadas en el manejo geriátrico o las actividades asistenciales y hospitalarias para las personas en este contexto etario. Se hace referencia a un

contexto eminentemente asistencialista, con el cual, se ha manejado el problema desde épocas pasadas.

La perspectiva biopsicológica recoge todas las aportaciones realizadas a la edad involutiva desde las ciencias empíricas de la salud. En concreto, es necesario atender a tres grandes ciencias: la biológica, la psicológica y las psiquiátrica. En el interior de cada una de estas ciencias hay profundos debates teóricos que no podemos exponer aquí. No obstante, mencionaremos aquellos que son pertinentes para lograr un concepto suficiente de la tercera edad útil para los mediadores sociales.

En lo que respecta a las ciencias biológicas es importante la investigación sobre las condiciones de vida y el envejecimiento. En lo que respecta a las ciencias psicológicas, el debate biológico sobre las condiciones de vida se traslada a las disposiciones psicológicas de las personas que envejecen. Las investigaciones psicológicas sobre la vejez también han de abordar el tema de la repercusión en el psiquismo de las modificaciones biológicas que se van experimentando, algunas de las cuales, y no precisamente menores por su repercusión son la modificación del aspecto externo, las alteraciones en la locomoción, en las habilidades corporales, o en la agilidad mental y amplitud de la memoria. Todos estos problemas son estudiados bajo la rúbrica de *senilidad psicofísica*, y la *senilidad psíquica*. Estos últimos trabajos serán especialmente interesantes para nuestra investigación, pues abordan directamente la relación entre el carácter de este grupo etario, la soledad y el tipo de depresión psicológica con el que estas personas responden a su situación de soledad.

c) Perspectiva sociocultural

Max Weber ha señalado la causa última de la desazón que experimentan nuestros mayores al llegar a la vida adulta. Es entonces cuando todos los esfuerzos profesionales, y toda la *carrera* profesional se torna inane y absurda. Nuestros mayores, a diferencia de los mayores de otras culturas y civilizaciones ya no pueden morir «viejos y satisfechos de la vida». Parece que estamos condenados a vivir perpetuamente insatisfechos, y a morir viejos, cansados de haber vivido, y también insatisfechos:

La vida individual civilizada, instalada en el «progreso», en lo infinito, es incapaz, según su propio sentido, de término alguno. Siempre hay un progreso más allá de lo ya conseguido, y ningún mortal puede llegar a las cimas situadas en el infinito. Abraham o cualquier campesino de los viejos tiempos moría «viejo y saciado de vivir» porque estaba dentro del círculo orgánico de la vida; porque, de acuerdo con su sentido inmanente, su vida le había ya dado al término de sus días cuanto la vida podía ofrecer; porque no quedaba ante él ningún enigma que quisiera descifrar y podía así sentirse «satisfecho». Por el contrario, un hombre civilizado, inmerso en un mundo que constantemente se enriquece con nuevos saberes, ideas y problemas, puede sentirse «cansado de vivir», pero no «saciado». Nunca habrá podido captar más que una porción mínima de lo que la vida del espíritu continuamente alumbra, que será, además, algo provisional, jamás definitivo. (Weber, 1967, pp. 201-202).

Resulta difícil morir satisfecho cuando se viven tantas alteraciones en el aspecto externo, tanta disolución de los lazos afectivos, tanta pérdida de otros significativos. Pero además de estas alteraciones, disoluciones y pérdidas, la tercera edad debuta con cambios no

menores en los aspectos sociales. En concreto con un cambio en la condición laboral: la jubilación, y los cambios económicos que este cambio jurídico trae consigo.

El ingreso en la tercera edad es fuente de no pocos trastornos en las diferentes esferas sociales. Ya en la esfera familiar, el alejamiento de los hijos, la muerte de seres queridos y de conocidos, erosionan algunos de los lazos y vínculos afectivos determinantes en la vida de la persona que logra alcanzar esta edad.

La edad fisiológica es uno de los factores que hemos de tener en cuenta al estudiar a las personas mayores y trabajar con ellas. Pero la perspectiva de la antropología sociocultural nos desvela otros factores, que no coinciden con el de la edad fisiológica, y que marcan profundamente la autoconciencia aneja a la edad, y el sistema de valoraciones que se realizan sobre este grupo etario.

En otras culturas, sobre todo las asiáticas, se considera un valor agregado la ancianidad. La valoración de las personas en este estado está determinada por la experiencia. Experiencia que es considerada un elemento insustituible para el desarrollo efectivo de la colectividad. No son pocas las sociedades, en las que la vejez se venera como un periodo de máxima sabiduría y de apreciación real de las cosas materiales. En este aspecto, dicha valoración establece un índice para la valoración de la tercera edad, pues estas personas se sienten aún capaces de colaborar en ámbitos determinados por el conocimiento que manejan dichas personas en relación con eventos y situaciones particulares.

Esta perspectiva, y estos modos de valorar socialmente las personas mayores, nos plantean la cuestión sobre cómo definir la calidad de vida de los individuos en relación con su capacidad de producir bienes o servicios demandados por los colectivos a los que pertenecen. La experiencia hace útiles a algunos individuos para sus sociedades. En cambio, en Occidente, sucede al revés. Su experiencia generalmente es sobreesfuerzo. Para las personas de la tercera edad, esto se convierte en una fuente de desasosiego, dado que si su capacidad productiva —entendida en términos económicos— se ve mermada, su consideración social es inferior, según los estándares de la sociedad occidental.

El periodo de vida de la tercera edad se caracteriza fundamentalmente por una involuación a varios niveles fundamentales. Pero la vida de nuestros mayores involuciona también socialmente. Los estudios sobre *senilidad social* han de abordar cuestiones relacionadas con el cese laboral. Hasta cuándo es uno productivo en términos sociales o laborales es algo no fácilmente determinable, dada su variabilidad sociohistórica. Incluso a nivel de agrupaciones sociales más básicas, como la familia, resulta sumamente cuestionable, puesto que los mayores, en no pocas culturas, son muy demandados por el resto de la familia, o por otras instancias sociales. Quizá por ello haya que complementar el concepto de «tercera edad» con el de la «cuarta edad». La regresión de la que habla García Hoz, efectivamente comienza con la tercera edad, pero en el momento en que aparecen signos de dependencia, y deterioro físico y cognitivo, podemos hablar de cuarta edad. Así el concepto de «tercera edad» puede reservarse para todos los casos de una regresión desde la plenitud de la madurez, en los que aún hay productividad social, y un grado de salud psíquica y corporal que hace de estas personas sujetos bien activos también en términos económicos, aunque pudieran estar o no jubilados.

Para apoyar esta distinción entre tercera y cuarta edad, nos parece oportuno citar a la Comisión Europea. Efectivamente, (Eurostats, 2022) señaló que anteriormente a la pandemia de SARS-CoV-2 se produjo un incremento en la esperanza de vida saludable de 9,4 años tanto en los hombres como las mujeres mayores de 65 años. Es decir, que aproximadamente la mayor parte de nuestros mayores en la Unión Europea vivirán de forma saludable y como personas económicamente activas hasta los 74,4 años aproximadamente. Si recurrimos a esta cuantificación estadística, entonces podemos afirmar que la cuarta edad comienza aproximadamente a los 75 años, y que esta cuarta edad se prolonga hasta los 86 años para las mujeres y los 84 años para los varones. Hecho no baladí, sino que exige una despaciosa reflexión, pues pone de manifiesto cuán necesitadas están o pueden estar las personas de género femenino, y cuánto han de prolongarse los cuidados con el tiempo (Eurostat, 2017).

Según la misma fuente, la pandemia tuvo efectos negativos sobre la expectativa de vida al nacer, que se redujo de forma generalizada en Europa. Se estima que el descenso global es de más de dos años.

d) Perspectiva jurídica

Uno de los cambios jurídicos más importantes que sufren las personas en el mismo ingreso en la tercera edad es, como hemos dicho ya, la jubilación. Se trata de un cambio radical. La actividad a la que consagró la mayor parte de su vida cesa, desaparece. También se disuelven gran parte de las redes de contactos sociales que el individuo tenía, y que eran en su mayor parte laborales. Generalmente a este cese le siguen una disminución sensible en sus ingresos. Estos dos aspectos: la condición de la persona jubilada, y la disminución de los ingresos económicos son fuente indudable de muchos conflictos en los que se puede intervenir gracias a la mediación.

El concepto de persona mayor tiene suma importancia en la esfera jurídica. Bismarck, quien instauró por primera vez en la historia —1889— los sistemas públicos de pensiones, determinó que el prusiano que llegase a los 70 años podría cobrar una pensión (Administration, s.f.), a pesar de que en aquel momento la esperanza de vida al nacer en Prusia se situaba en los 40 años (GRIN, s.f.). Pocas décadas después —en 1916— esa edad se rebajó hasta los actuales —en sentido amplio— 65 años.

Se trata de una situación difícil de evaluar de forma genérica u homogénea estableciendo un tope o límite en la edad laboral. Límites que dan derecho, de suyo, a la jubilación o la pensión por vejez, si se cumplen otras condiciones como un mínimo de años cotizados al sistema de seguridad social. Así para algunos departamentos estatales importantes —Seguridad Social, Hacienda o Economía— una persona mayor es aquella que cumple los requisitos exigidos en la legislación laboral vigente.

Aquí aparece el problema de la desincronización entre las diferentes edades que puede tener una persona. No sólo existe una edad cronológica. También existe una edad fisiológica, sincronizada o no con la cronológica. El sistema de pensiones atiende esta desincronización con una evaluación de la posibilidad para una persona de desarrollar su trabajo. Por otra parte, hay una edad social, o mejor jurídica. Y tampoco tiene por qué estar en sincronía con las otras dos edades. Una persona mayor puede tener una edad cronológica de 74 años. Pero si está sana, y lejos de cualquier atisbo de senilidad, su edad fisiológica no coincide con la

cronológica. Esta persona suele estar, por supuesto, jubilada, por lo que su edad jurídica se sincroniza con la cronológica, pero no con la fisiológica.

García Hoz llamó la atención sobre un dilema al que las sociedades actuales han de hacer frente. Y es que:

La civilización multiplica y agrava los problemas de la vida porque da origen a una discordancia entre el alargamiento de la vida logrado por la medicina y las posibilidades de una sociedad necesitada de juventud para alcanzar el adecuado rendimiento. (Morón, 2016, pág. 5).

Este dilema llega con frecuencia al extremo de un conflicto social soterrado. Conflicto social que enfrenta a las nuevas generaciones con las de aquellos mayores que han logrado una pericia, madurez y sabiduría de lo que está en juego no alcanzable con facilidad por los jóvenes. En efecto, este conflicto social plantea interrogantes acerca de cómo evalúan el rendimiento laboral de las personas y cómo conciben los mecanismos de contratación de personas para el trabajo.

En el aspecto jurídico, lo que está en juego esencialmente es la capacidad productiva del individuo, y los derechos derivados de su vida laboral. Estimamos que la correcta resolución del dilema detectado por García Hoz, y al que hacíamos referencia con el problema de sincronización de las diferentes edades del individuo, debe partir del principio básico de que la jubilación, pensión y demás elementos de la seguridad social, se deben considerar, desde la perspectiva de una persona que ya aportó a la sociedad.

e) Posibilidad y necesidad de un saber de síntesis acerca del envejecimiento

Jean Woo en un artículo publicado en *Advances in Geriatric Medicine and Research* ha sintetizado, a nuestro juicio magistralmente, los elementos que hemos considerado en este epígrafe. Según este autor: «El envejecimiento suele ir acompañado de una disminución del estatus social, los ingresos, las redes sociales, las funciones físicas y cognitivas, el bienestar psicológico y la soledad» (Woo, 2020, pág.1). Como vemos, el ingreso en la tercera edad es el ingreso en una situación pluridimensional, multifacética. Esta complejidad de la tercera y cuarta edad, es la que hemos analizado. Precisamente por esta complejidad, unos factores pueden no articularse bien con otros, o con el ambiente que rodea a nuestros mayores, y ser así fuentes potenciales de conflictos. Problemas, que proponemos abordar con herramientas de mediación.

Por lo que hemos visto, establecer un concepto suficiente de tercera edad es algo complejo pues ha de conjugar o articular —realizando una síntesis— las diversas perspectivas metodológicas desde las que se aborda y trata de este sector poblacional. Además, y como hemos visto, incluso dentro de una misma perspectiva aparece el fenómeno de la complejidad. Desde la perspectiva biológica, las personas envejecen a ritmos diferentes, que no siempre son similares. Sucede lo mismo en la perspectiva sociocultural. El envejecimiento varía de cultura a cultura y en ocasiones, de familia en familia. Las diferencias culturales implican que los sistemas sociales de cada cultura son relativos a esa cultura, y por ello no universalizables. En el contexto de lo psicológico, la edad, es un término

relativo, en el que la motivación, el estímulo, la caracterización familiar y los diferentes grados de afecto, generan un contexto que puede ser cambiante en relación con las condiciones para acceder al tratamiento de tercera edad.

Acabamos de tratar de las diferentes perspectivas que hemos de articular para tener un saber suficiente sobre la tercera edad. Todas esas perspectivas son necesarias, pero suyo ninguna es suficiente. Todo el saber que tenemos sobre las personas mayores no se agota en ninguna de ellas. Así, por ejemplo, las ciencias biopsicológicas no nos dicen todo lo que debemos saber sobre las personas mayores para poder intervenir y mediar exitosamente con ellas. Tampoco nos basta con tener todo el conocimiento derivado de la jurisprudencia y los marcos legales que tratan de ellas. La mediación se haría insuficientemente si poseyendo este saber, se ignorasen aquellas características psicológicas que presenta esta etapa. Del mismo modo, todos los conocimientos que pudiéramos alcanzar sobre las vivencias de la vejez en una cultura particular no suplen los conocimientos que nos aportan médicos, biólogos y psicólogos. Por eso, una vez tratadas las perspectivas metodológicas a sintetizar hemos de proceder a la síntesis en cuanto tal, a lograr ese saber suficiente, no ilimitado, pero el saber suficiente para una intervención y mediación social exitosas.

I.3. PATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

De los métodos pasamos a los temas. En este epígrafe nos proponemos eliminar, en lo posible, otro obstáculo que se interpone en el camino que conduce a un concepto suficiente de tercera y cuarta edad. Si el primer obstáculo era el reduccionismo epistémico, el segundo obstáculo lo constituyen la suma de prejuicios y estereotipos que se condensan en nuestras prácticas lingüísticas e impregnan nuestras actitudes cotidianas y habituales hacia las personas mayores. Actitudes que también orientan las prácticas científicas, y que influyen negativamente en las personas de este colectivo social. Además, estos prejuicios y estereotipos son, en no pocas ocasiones, fuentes de conflictos a los que atiende, como dijimos en su momento, la mediación social con mayores —*elder mediation*—.

I.3.1. ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ

Numerosas investigaciones han versado sobre los estereotipos que genera la sociedad alrededor de la vejez, y cómo estos influyen directamente a las personas de la tercera edad. Estas investigaciones también tratan de comprender las características y huellas que dejan dichos influjos del entorno social. No obstante, el volumen de estos trabajos es muy inferior a los que se han hecho con respecto a otro tipo de estereotipos, como los sexuales o raciales. Por ello, si nos circunscribimos a las investigaciones sobre las creencias negativas que se sostienen sobre las personas de este colectivo, encontramos que las mismas son, en comparación, muy escasas o limitadas.

Comencemos con la definición de estereotipo. El *Diccionario de Psicología* de Galimberti (2002) define «estereotipo» como aquella:

Opinión preconstruida acerca de una clase de individuos, grupos u objetos, que reproduce formas esquemáticas de percepción y de juicio. Se demostró que la opinión sobre un grupo de población influye en el comportamiento del mismo provocando conductas acordes con el estereotipo. Aunque se los valora negativamente en cuanto tienden a mantener los prejuicios sociales, los estereotipos contienen verdades suficientes para predecir el comportamiento de individuos y de grupos. (Galimberti, 2002, pág. 449)

Los estereotipos dirigen nuestro modo de ver y juzgar a determinados individuos o colectivos. Se constituyen como preconcepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto, en este caso las personas de la tercera y cuarta edad. Pero la fuerza del estereotipo no sólo influye nuestro comportamiento hacia esas personas, sino a las mismas personas que son objeto del estereotipo. En el fondo, el ser humano es aquel ser que necesita de interpretaciones de su ser y su existir, que no sabe vivir sin esas interpretaciones, y que vive de modo acorde a esas interpretaciones.

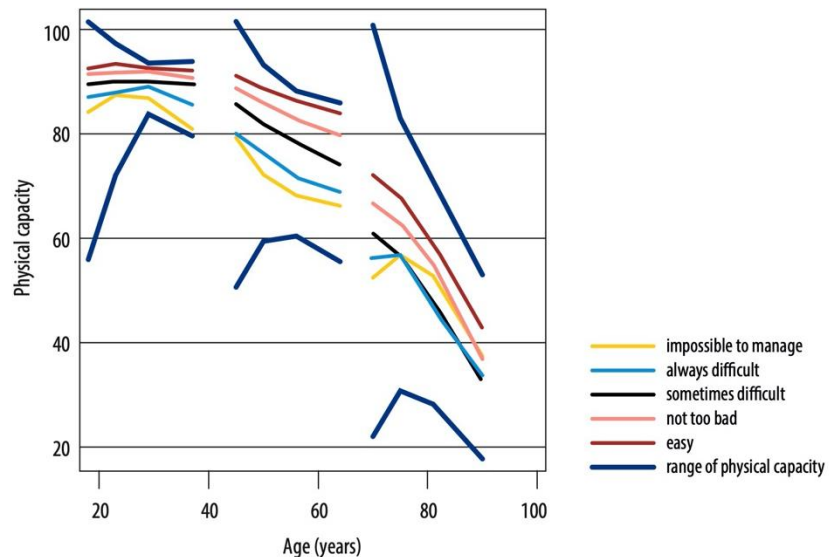
Estos modelos arquetípicos de conducta que imbuyen al individuo de desprecio, por su carácter generalizante, difuso, y vago, promueven la aparición de conductas discriminatorias colectivas en la sociedad y son el resultado de la sobresimplificación y los sesgos cognitivos acerca de la realidad de una persona de la tercera edad.

El sector de población objeto de este trabajo de investigación se enfrenta, en nuestra sociedad occidental, a un conjunto de estereotipos negativos e incluso despectivos. Abundan en nuestra sociedad este conjunto de creencias y modo de valorar a las personas mayores, más que los estereotipos positivos. Estos estereotipos impregnan afectivamente cierta visión de la persona mayor en la que se enfatiza una supuesta «inutilidad», se margina su experiencia vivida, y apreciamos a las personas mayores como «un problema». Problema en el ámbito familiar, por los cuidados que requieren, problemas en el ámbito estatal por la carga contributiva que suponen el incremento de pensionistas, etc. A su vez la interpretación que hacen muchas personas mayores de sí mismas se contagia de este modo generalizado de valorarlas. Se sienten que «ya no valen para nada», «que son un estorbo», «que necesitan cuidados», etc. Las interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez, que son las más comunes, inciden en el deterioro de la persona mayor desde diversas perspectivas como la cronológica, la biológica o de salud, la psicológica o personal y la sociológica o comunitaria (Rodríguez, 1989). En definitiva, y según la psicóloga Quiroga Méndez, los estereotipos «en el último tramo de la vida son especialmente negativos ya que contradicen el que podría ser un objetivo para la vejez: subvertir el orden materialista establecido, emprendiendo un camino hacia el espíritu» (Quiroga, 2013, pág. 398).

Según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) la mayor parte de estos estereotipos están desfasados. En su *World Report on Ageing and Health* de 2015, expone que no existe una única realidad a la que se pueda denominar «la persona mayor». La persona mayor no constituye un tipo social, sino que hay una gran diversidad en el modo en que se vive y se encarna la condición humana del envejecimiento. Este informe muestra que la variabilidad en la condición física y psicológica con que se llega a la vejez no es aleatoria,

sino que depende del nivel de ingresos de que se ha disfrutado en las etapas previas de la vida. La salud no es algo meramente genético, sino que también es un hecho construido socialmente.

En la siguiente figura, extraída del estudio que estamos comentando, se aprecia que el nivel de adecuación de los ingresos en las etapas previas a la vejez determina diferencias sustanciales en los niveles de salud de los años posteriores:



Source: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; unpublished analysis from the Australian Longitudinal Study on Women's Health.

Figura 1. Capacidad física a lo largo de la vida estratificadas por destrezas. Fuente: Peeters, G., et al., análisis longitudinal sobre la salud femenina en Australia. No publicado

Por otra parte, el envejecimiento no implica siempre dependencia ni carga. Tampoco social. Solemos pensar en los pensionistas como clases no productivas, pero olvidamos que consumen, ahorran, invierten y tributan, es decir que realizan toda clase de actividad económica y financiera. El informe que estamos comentando de la OMS recuerda que en el Reino Unido las personas mayores aportaron a la economía un montante neto de 40.000 millones de libras en el año 2011, y que se esperaba un incremento de casi el 90% para 2030, con unos 77.000 millones de libras netas.

El último estereotipo que este estudio combate es el del incremento del gasto sanitario que implica una población que envejece. Según el mismo estudio, este estereotipo es parcialmente verdadero. El incremento en gasto sanitario no es tan elevado como se cree, ni mucho menos. Y sobre todo se concentra, a nivel mundial, en los dos últimos años de vida. Incluso en estas circunstancias el gasto es menor, también a nivel mundial, que el que implica atender a las personas más jóvenes.

Vamos a detenernos sobre los que consideramos los cuatro estereotipos sobre las personas mayores más influyentes en nuestro momento social. Se trata de los estereotipos cronológico, biológico, psicológico y sociológico.

El estereotipo «cronológico» equipara el envejecimiento con el número de años vividos, a pesar de que muchas personas mayores se encuentran aceptablemente bien tanto física como psíquicamente mientras que sujetos de menor edad presentan evidentes deterioros. Esto produce una discriminación por la edad que puede impedir a las personas mayores alcanzar un grado aceptable de bienestar y productividad total.

El estereotipo «biológico» o consideración médica sobre la vejez ha incidido en la concepción del envejecimiento como involución y senilidad. La equiparación de vejez y persona mayor con senilidad contribuye injustamente a concebir la vejez como etapa vital cargada de achaques físicos, con abundancia de enfermedades y trastornos psicofisiológicos y, por lo tanto, como etapa necesitada de permanente asistencia médica en hospitales y residencias de personas mayores, desde la perspectiva de la cercanía de la muerte. Pero, no son infrecuentes ni excepcionales las personas mayores sanas y con energías físicas. Aunque sí que es verdad que la salud subjetiva u objetivamente medida se va deteriorando con la edad, no se deteriora brusca y dramáticamente. Y es totalmente falso que a partir de los 65 años se produzca un deterioro fuerte de la salud que lleve directamente a la incapacidad.

El estereotipo «psicológico» de la vejez ha acentuado el concepto de deterioro y declive de los procesos psicológicos sensoriales, atencionales, memorísticos, cognoscitivos, aptitudinales o de habilidades, de personalidad, de carácter, etc., potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de aislamiento intimista, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas. Es decir, parece centrarse ante todo en la evolución del proceso de envejecimiento en algunas personas mayores. Pero tampoco es infrecuente ni excepcional encontrar a personas mayores creativas, activas y bien adaptadas personal y socialmente.

El estereotipo «sociológico» o social negativista de la vejez ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales comunitarios. Más recientemente, la equiparación de vejez con etapa de la jubilación, generalmente deficitaria en recursos económicos, ha acentuado la imagen peyorativa que suele rodear a la figura de la persona mayor. La corrección de este falso estereotipo que pretende igualar la vejez con pobreza, asilo, abandono y soledad es una exigencia en aras de la verdad que resulta inexcusable para el científico social y legislador.

1.3.2. EDADISMO: LAS PERSONAS DE TERCERA EDAD COMO COLECTIVO EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

El edadismo, o en inglés *ageism*, a veces denominado también viejismo, es un término desarrollado por Robert Butler, gerontólogo y psiquiatra, director del *Instituto Nacional sobre el envejecimiento* de los Estados Unidos, y premio Pulitzer. Butler fue quien, en 1969, advirtió que «es posible que pronto tengamos que considerar muy seriamente una forma de

fanatismo que ahora tendemos a pasar por alto: la discriminación por edad o *ageism*, el prejuicio de un grupo de edad hacia otros grupos de edad». Como se puede observar por el título del texto, enormemente influyente de Butler, el edadismo, o viejismo, son formas de intolerancia y fanatismo (*bigotry*). Según la *Organización Mundial de la Salud* el edadismo (*ageism*) es una fuente de estereotipos, prejuicios, y discriminación que afecta gravemente a las personas mayores. Según la *American Psychological Association*, cerca del 80 % de las personas mayores han sufrido experiencias de edadismo. La forma más frecuente de edadismo son las bromas que causan hilaridad sobre las personas mayores. Alrededor del 58% de éstas han vivido estas situaciones. La tercera parte de las personas mayores, según un estudio de *The Gerontologist* se han sentido ignoradas o no tomadas en serio a causa de su edad (Dittmann, 2003, pág. 50).

En el estudio de Hannah J. Swift sobre la «prevalencia del edadismo alrededor del mundo», se recolectaron datos de unos 21000 adultos entre los 16 y los 64 años en 30 países. El 60% informó sobre la falta de respeto a las personas adultas.

El edadismo es pues una forma de discriminación. Ya no por género, raza, tendencia sexual, o discapacidad, sino por edad. La edad es algo que no puede modificarse, lo mismo que los rasgos de las otras discriminaciones aludidas. Precisamente porque el edadismo es discriminatorio es una fuente potencial y efectiva de conflictos. Y, por lo tanto, la atención del profesional del trabajo social que utiliza la mediación como herramienta, puede y debe estar volcada hacia las discriminaciones edadistas.

El edadismo, por tanto, es un modo sociocultural de valorar la conducta y a los otros. Lo que los antropólogos denominan un *ethos*. No es el modo generalizado en una cultura, pero sí que puede serlo y, por otra parte, puede estar muy vigente y difundido en amplios sectores de la población. El edadismo, como modo de valorar la conducta es una realidad dinámica. Cada vez se generan nuevos conceptos negativos, que refuerzan este modo de proceder, y que a su vez influyen —deformando— la mentalidad de aquellos que se inculcizan, en los procesos de socialización primario y secundario.

El edadismo es obviamente discriminatorio. Discrimina socialmente ya desde el momento de la jubilación. De hecho, resulta sorprendente la ambigüedad del término «jubilado» o «pensionista». Suelen relacionarse con personas en una etapa de decrepitud y fragilidad, ligada a mala salud, y a pérdida de vigor sexual, lo que genera aislamiento social en el individuo.

El edadismo asigna al envejecimiento y la vejez una connotación intrínsecamente negativa, la cual necesariamente debe ser eliminada para evitar la segregación social y la discriminación en este grupo etario.

Edadismo y viejismo enfatizan lingüísticamente con expresiones como «¡Estás hecho un viejo!» la incapacidad de llevar a cabo ciertas actividades diarias independientemente. Se trata de la percepción y la visión propia del envejecimiento asociado a la pérdida de capacidades y la fragilidad. Un ejemplo más claro de esto lo proporciona el hecho de que una dolencia, pérdida de fuerza muscular o capacidad cognitiva se suele asociar a la vejez sin considerar la edad y en desconocimiento de las afecciones que pueden estar provocándolas.

Al entender el viejismo como un prejuicio se tiene claro que, la extendida idea de la fragilidad de los mayores es una construcción propia de la cultura y consecuencia de los prejuicios sociales negativos sobre la vejez. En realidad, hablamos de individuos fuertes que pueden tolerar pérdidas y frustraciones que los más jóvenes no podrían soportar. Si la fragilidad les afecta no es por su edad, sino por otras razones.

El edadismo llegó, recientemente, a tener extensiones cuasi globales. Al respecto, ya en el año de 1970 Simone De Beauvoir en su libro *La Vejez* exponía los matices de este problema en una sociedad en la que los efectos de la postguerra y los llamados «baby boomers» (personas que nacieron en el *Baby Boom* período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial, entre 1946 y 1964) desvelaban el problema del reemplazo generacional debido al diezmo de jóvenes que habían muerto en los campos de batalla. Las personas se estaban haciendo mayores sin una generación de relevo consistente. La perspectiva marxista de Beauvoir deja ver cómo la sociedad capitalista que surgió percibía de manera estigmatizada a las personas mayores provocando que quedaran marginados y relegados, como si se tratase de una especie inferior.

Asimismo, esta autora analizaba la forma como los individuos, pero especialmente las mujeres, abordaban y sentían su proceso de envejecimiento. Tanto hombres como mujeres pasan a formar parte de una ciudadanía pasiva al llegar a la jubilación. Dejan entonces de ser productivos para convertirse en una carga directa para las arcas del estado, no solo por la improductividad, sino también por la llegada de enfermedades y comorbilidades propias del proceso degenerativo que se inicia con avanzada edad.

La discriminación por edad respecto de la mujer da lugar a problemas especialmente complejos. Por una parte, como han mostrado Joan Chriler *et al.*, (2016) ellas pueden, y suelen interiorizar los estereotipos edadistas, haciéndose así más vulnerables, dependientes y débiles. La vivencia de la menopausia, y los síntomas a ella anejos, agudizan aún más este sentimiento de fragilidad y debilidad. Máxime cuando expresiones como «ser menopáusicas» refieren a todo el ser de esas mujeres, los desajustes somáticos que están experimentando. Se trata entonces de un tremendo insulto. Más aún, esas percepciones sociales llegan a calar tanto, que como señalan los mismos autores, los sistemas sanitarios y el personal de salud, se plantean si un determinado tratamiento es demasiado agresivo para ser aplicado a mujeres. Por otra parte, y es especialmente significativo para el tema de esta tesis doctoral, el edadismo respecto de las mujeres, se presenta en el área asistencial, según estos autores, en determinadas formas lingüísticas infantilizadas, tratando como niños a personas que no han hecho sino cumplir años. Por último, estos autores hablan del edadismo respecto de la mujer como una marginación que se puede sumar a otras ya vividas por esa persona. Fue menospreciada por ser mujer (sexismo), también por el color de su piel (racismo), también por sus inclinaciones sexuales, su religión, su país de procedencia. El edadismo entonces aparece como la marginación última, que llega al menos en un momento ya de hartazgo y cansancio de tanta discriminación. (Chriler, Barney y Palatino, 2016).

El edadismo está siendo combatido, quizá insuficientemente, a diversos niveles, y desde diversas culturas. Es el caso por ejemplo de la cultura japonesa quienes cuentan inclusive con un día festivo al que denominan «Día del Respeto a los Adultos Mayores» (*Keirō No Hi*). La intención de la celebración es concienciar a los más jóvenes en torno a la

importancia de respetar y venerar a los ancianos pues son el símbolo de la experiencia y de una vida al servicio de la sociedad.

La *Organización Mundial de la Salud* (2018) tiene en marcha una «campana global para combatir la discriminación por edad». Las líneas de trabajo de esta campana son:

«Recolectar evidencias de edadismo (es decir, sobre cómo es vivido, cómo es medido, sus consecuencias y estrategias para abordarlo), y además sobre cómo enfrentarse al edadismo (es decir, qué funciona y qué no es efectivo).

«Construir una coalición global de interesados en un mundo no edadista, e incrementar la conciencia acerca de la necesidad de combatir el edadismo».

I.3.3. REPERCUSIÓN DEL EDADISMO SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

El tema del edadismo influye, como hemos visto, en la salud de las personas mayores. La prestigiosa revista científica *Plos one* ha publicado un artículo titulado «Alcance global del edadismo sobre la salud de las personas mayores. Una revisión sistemática» (Chang, 2020). Sus autores analizaron una muestra de 7 millones de participantes. Parten de la necesidad de interrelacionar dos niveles del edadismo que influyen sobre la salud: el estructural —propio de instituciones sesgadas contra las personas mayores—, y el individual —en el que los individuos asumen, a veces inconscientemente, los sesgos promovidos socialmente. El estudio concluye que el edadismo tiene efectos nefastos sobre la salud de los individuos que la sufren, al menos la empeoran en el 95.5% de los casos.

Los autores evalúan el impacto del edadismo sobre los siguientes ámbitos relacionados con la salud: el acceso a los servicios sanitarios, la falta de ofertas de empleo, la enfermedad mental, la enfermedad física, la exclusión en la investigación relacionada con la salud, la pobreza de los estándares de calidad de vida y bienestar, los comportamientos de riesgo relacionados con la salud, la pobreza de las interacciones sociales, la disminución de la longevidad, la discapacidad cognitiva, y la devaluación de la vida de las personas mayores. Los resultados se pueden ver cuantificados en la siguiente gráfica:

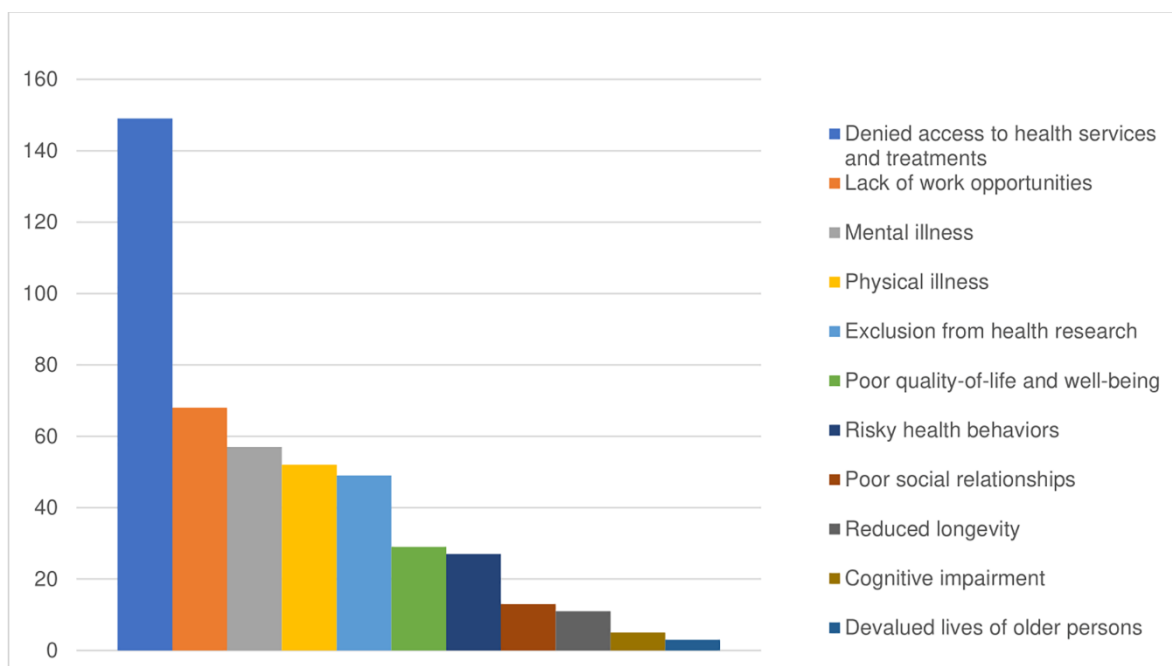


Figura 2. Evaluación de las consecuencias del edadismo. Fuente: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857.g002>

Así parece que el edadismo es especialmente operante en lo que concierne al acceso a los servicios sanitarios. Los análisis llevados a cabo arrojaban como resultado que:

Los 49 estudios y el 94,4% de las 74 asociaciones mostraban evidencia de edadismo. Esos estudios muestran que las personas mayores eran excluidas de ensayos en cardiología, medicina interna, nefrología, neurología, medicina preventiva, psiquiatría, reumatología, oncología y urología (Chang, 2020, pág. 7).

Podría pensarse que la causa de estas discriminaciones y marginaciones se debe a la escasez de recursos sanitarios. Pero como señalan los autores en la discusión del trabajo, «De hecho, entre los países es menos desarrollados, como Nepal, existen con frecuencia tradiciones culturales que promueven puntos de vista positivos con el envejecimiento» (Chang, 2020, pág.13). Entre estas tradiciones citan al confucianismo y los valores de piedad filial. Estos autores también subrayan que las investigaciones de lingüística computacional muestran un aumento significativo de edadismo con el tiempo. Particularmente en los momentos de crisis —financieras, etc.,— los prejuicios y la discriminación edadista parecen reverdecer. Además, el estudio «revela la práctica creciente de edadismo estructural por parte de los profesionales encargados de la atención sanitaria» (Chang, 2020, pág. 14). Este hecho es particularmente alarmante, y a juicio de los autores puede deberse a la burocratización y racionalización de nuestras sociedades. En efecto, tareas que sobrecargan el sistema sanitario, como el incremento en número de pacientes a atender, o la informatización del historial de salud conducen a la estereotipación de los pacientes.

Los impactos del edadismo sobre la salud, concluyen los autores, es tan fuerte que se ha acortado la esperanza de vida en Australia, China, Alemania y Estados Unidos. Por otra

parte, comentan los autores, hay países en que no sólo los médicos, sino los estudiantes de medicina pueden tomar decisiones que limiten el acceso de las personas mayores a determinados servicios de salud.

El mismo estudio concluye que «aproximadamente 6,33 millones de personas mayores experimentan depresión a causa del edadismo» (Chang, 2020, pág. 15). Combatir estos prejuicios y formas de discriminación ahorrarían a las arcas públicas, consecuentemente, una cantidad verdaderamente astronómica de dinero.

1.3.4. ARQUETIPOS EXISTENCIALES PARA LAS PERSONAS MAYORES Y EDADISMO

Hemos tratado de los estereotipos. Estos desvitalizan las energías vitales, no las encauzan y les dan forma. En palabras de Quiroga Méndez (2013, pág. 398): «el estereotipo es capaz de abducir a las personas y encarcelarlas en unos tópicos de los que no pueden salir». Ahora hemos de tratar de los arquetipos, es decir, de los modelos en los que vehicular una existencia humana plena y digna. Los modelos, mitos y significados, que pueden y desean seguir nuestras personas mayores para conducir su existencia en esta última etapa.

Existe un fenómeno contrario que también puede ser nocivo para la valoración de la persona mayor: los mitos optimistas e idealizados sobre la vejez han sobrevalorado esta etapa vital como edad de oro, en la que la persona mayor queda liberada de pasiones e impulsos juveniles irracionales, alcanzando plena libertad, sosiego en el ocio y paz, y la experiencia acumulada por los años aportan a la persona mayor suma discreción, prudencia y juicio.

Quizá uno de los males que aquejan a nuestra civilización en el momento presente sea la ausencia de arquetipos en que las personas mayores quieran vehicular su existencia en esta etapa de su vida. Jung (2006) habló del arquetipo del «anciano sabio», del hombre con experiencia, que puede guiar a las otras generaciones. Pero este arquetipo no parece encauzar las esperanzas de nuestros coetáneos, ni parece que las personas jóvenes o maduras se muestren prestas y deseosas de ser orientadas por los ancianos. Estos arquetipos de la vejez o la ancianidad los ha habido en muchas otras culturas, piénsese, por ejemplo, en Tiresias, el anciano adivino ciego que guía a Ulises en el ultramundo. Pero, envejecer es vivido por muchos de nuestros coetáneos como un drama sin héroe. La presencia de arquetipos de la vejez permitiría a muchas personas mayores envejecer heroicamente, de acuerdo con modelos que ellos desearían reproducir en esos últimos viajes de la vida.

Carl Gustav Jung, habla de la entrada en la ancianidad como «el punto de inflexión de la vida» y describe con vivos colores el dramatismo de unos arquetipos que guiaron la juventud y madurez, que no pueden ser reemplazados por otros, porque no los hay:

Entramos en el atardecer de la vida sin la menor preparación, o lo que es peor, lo hacemos bajo la falsa suposición de los ideales y las verdades que teníamos hasta entonces. No podemos vivir el atardecer de la vida con el mismo programa de la mañana, pues en lo que la mañana era mucho, en la tarde no será nada, y lo que en la mañana era verdadero en la tarde puede ser falso (Jung, 2006, pág.398).

En Occidente brilla por su ausencia, actualmente, una cultura de atención y veneración de los mayores. Más bien sucede al revés. La mentalidad consumista nos propone modelos y arquetipos de juventud incluso para las personas mayores. De ello se hace eco, el mantra tan reiterado en el mundo anglosajón que afirma que «los setenta son los nuevos cincuenta». Se trata de un lema discriminador, pues no tiene en cuenta a aquellas personas, que por el deterioro que sufren a diversos niveles, no son capaces de una vitalidad como la que se presenta como arquetipo de la existencia occidental (Baum, 2018).

La situación en Occidente difiere notablemente de la situación en otras culturas, donde se admira a las personas mayores, y el sistema cultural promueve inconscientemente actitudes no edadistas. Vaclair *et al.* (2017) han comparado las culturas asiáticas con las occidentales en lo que respecta al conocimiento, los afectos y el comportamiento hacia las personas mayores. Como se puede ver en la siguiente gráfica, se comparan 10 ítems sobre la percepción de las personas mayores entre las sociedades inglesa y taiwanesa. Los taiwaneses consideran significativamente mejor la competencia de los mayores, los admiran más, incluso les tienen más envidia. No obstante, también los desprecian —*contempt*— más, e incluso tienden a hacerles activamente más daño, que los ingleses. El cuadro resultante es pues abigarrado, mostrando una mezcla algo extraña de actitudes positivas y negativas hacia los mayores en la cultura taiwanesa.

Table 3
ANCOVA results for meta-perceptions about older people

Dependent variables	M (SD)		F(1, 426)	Partial η^2
	UK	Taiwan		
Competence	2.79 (.99)	3.76 (1.07)	79.57*	0.16
Warmth	4.78 (1.05)	5.03 (.95)	4.55	0.01
Admiration	4.41 (1.32)	5.06 (1.12)	24.67*	0.06
Envy	2.28 (1.10)	3.23 (1.18)	59.43*	0.12
Pity	4.93 (1.07)	4.89 (1.02)	0.04	0.00
Contempt	3.42 (1.32)	4.01 (1.33)	23.36*	0.05
Active harm	2.17 (1.06)	3.53 (1.08)	175.25*	0.29
Active facilitation	5.58 (0.75)	5.65 (0.81)	0.64	0.00
Passive harm	4.25 (.94)	3.74 (1.11)	18.50*	0.04
Passive facilitation	4.34 (1.07)	3.94 (.98)	17.76*	0.04

Note: Covariates are religiosity, gender and age. Mean scores in bold are those that are significantly higher or lower than the midpoint of the scale.

ANCOVA = analysis of covariance.

* $p < .005$.

Tabla 2. Metapercepciones sobre las personas mayores. Fuente: Vaclair 2017, pág. 141

En algunas culturas, existe un programa, efectivo, de envejecimiento. Tal cosa sucede por ejemplo en el área cultural de influencia confuciana. No sólo en China, sino también, por ejemplo, en Corea. Según Jiyeon Lee *et al.*, «el confucianismo asiático previene la manifestación de pensamientos edadistas y su trasvase a la acción, y muchos coreanos siguen las ideas tradicionales confucianas. Los valores confucianos promueven puntos de vista positivos de envejecer y enseñan a los jóvenes a respetar, obedecer y cuidar a los que envejecen. Los confucianos no actúan como piensan (incluso si tienen pensamientos significativamente edadistas), a causa de la vigilancia de su sistema social» (Lee J., 2020, pág. 48).

El confucianismo promueve la piedad filial, el cuidado adecuado de los mayores. Como ha puesto de relieve Jean Woo, el sistema cultural chino y la filosofía china tienden a la «veneración de los ancianos, el culto a los antepasados y el respeto a los mayores» Según el mismo autor, estas actitudes confucianas han informado «determinadas prácticas sanitarias como el consentimiento informado, la veracidad, y las decisiones sobre el cuidado en el final de la vida, contraviniendo así uno de los principios cardinales de la ética médica: el principio de autonomía» (Woo, 2020, pág. 2) al sustituir las decisiones individuales por los deberes de la familia hacia el que envejece.

Respecto a la tradicional visión de la cultura japonesa como respetuosa ante las personas mayores, merece la pena reparar en algunos estudios que desenmascaran estas interpretaciones y las actitudes rituales de respeto. Esta tesis es sostenida por Koyano (Koyano 1989) y matizadamente también por Levy (Levy 1999).

I.4. TIPOLOGÍA IDEAL WEBERIANA DE LA PERSONA MAYOR EN EL CONTEXTO EUROPEO: EL PROYECTO «BLUEPRINT PERSONAS»

La construcción de tipos ideales o de personas es una línea de investigación muy actual y muy prometedora. El proyecto de la Unión Europea «*Blueprint to innovate health and care in Europe*» o *Programa europeo para la innovación en la salud y los cuidados*, ha construido estadísticamente, y, de acuerdo con la metodología weberiana de los tipos ideales, los seis tipos ideales en los que categorizar a las personas mayores de las sociedades europeas. Según el proyecto, estos tipos permiten «comprender a las organizaciones y las empresas a sus usuarios potenciales, al considerar sus necesidades, aspiraciones, actitudes, sueños y otras características relevantes. Dentro del contexto de los trabajos del proyecto *Blueprint* y de sus objetivos, se han desarrollado una serie de *personas* [tipos ideales] que permitan al *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (EIP on AHA, s.f.) prever de manera realista las necesidades sanitarias y de cuidados de determinados grupos sociales».

Los objetivos de *EIP on AHA* (European Commission, 2022) son los siguientes:

- «Mejorar» la salud y la calidad de vida de los europeos, concentrándose en las personas mayores.

- Apoyar la sostenibilidad a largo plazo y la eficiencia de los sistemas de salud y de cuidados sociales.
- Mejorar la competitividad de la industria de la Unión Europea a través de los negocios y la expansión en nuevos mercados».

Los objetivos de este trabajo doctoral tienen mucho que ver con el primer y segundo objetivo, particularmente con el primero. Uno de los subproyectos de este gran proyecto europeo es el *Blueprint to innovate health and care in Europe*. Nos parece especialmente importante la segmentación que han realizado del espectro de personas mayores, lo que denominan *Blueprint personas*. Se trata de una división horizontal de la población europea que busca identificar las principales necesidades de cada grupo. En nuestro caso, el de las personas mayores, este proyecto atiende a seis *Blueprint personas*. Comienzan dividiendo la sociedad europea envejecida entre los mayores de 80 años, y las personas jubiladas menores de 80 años. Mayores y menores de 80 años se dividen a su vez en tres grupos: el de aquellos que independientemente de la edad se encuentran bien, los que tienen necesidades sociales y/o alguna condición crónica, y los que presentan necesidades y cuidados complejos.

Por ello, nos parece que el análisis de los tipos ideales o *Blueprint personas* que ha elaborado *EIP on AHA* son un poderoso instrumento para intervenir diferenciadamente sobre las seis categorías principales de personas mayores que habitan en Europa. Como hemos comentado insistentemente, una intervención es tanto más eficaz cuanto más concreta sea. Y la concreción de la intervención no está en el mero diseño de la misma, sino en su adecuación al grupo social con el que se interviene. Toda intervención es por ello finalística. Una herramienta adecuada a una tarea, una llave ante una cerradura. Y la finalidad, a los efectos de esta tesis doctoral, o del proyecto *EIP on AHA* es «mejorar la salud y la calidad de vida [...] de las personas mayores europeas» (European Commission, s.f.). Así formulado, «las personas mayores europeas», designa a un conjunto muy heterogéneo, abigarrado e indiferenciado de seres humanos, con necesidades muy dispares. Por eso, me parece acertadísimo que la Unión Europea, quisiera concretar ese conjunto, es decir, diferenciar dentro de él tipos de personas o de colectivos que comparten por ejemplo un conjunto de necesidades específicas. Y eso se logró construyendo los *Blueprint personas* o tipos ideales de colectivos sociales de personas mayores.

Estos tipos ideales son seis, como dijimos. El proyecto *Blueprint* les dio nombres propios. Hay que entender que estos nombres propios no son nombres de individuos reales, sino nombres de tipos ideales weberianos. Los tipos son Randolph, Eleni y Procolo para jubilados menores de 80 años, y Theresa, María y Jacqueline para mayores de 80 años. Como comentamos antes, en el eje de abscisas, se categorizan el bienestar general, la condición crónica y/o las necesidades sociales, y la aparición de necesidades complejas. El proyecto *EIP on AHA* lo resume en el siguiente cuadro, en el que se pueden visualizar los doce tipos ideales elaborados, de los que nosotros nos vamos a centrar en los seis que pertenecen a los tipos ideales de habitantes de personas retiradas de la vida laboral.

En la siguiente ilustración puede observarse panorámicamente la distribución de la totalidad de tipos ideales *Blueprint Persona* que propone el consorcio *EIP on AHA*:













Life course Needs	Children/ Young adults	Working age adults	Retired persons below 80	Persons aged 80+
Generally well/ good wellbeing	 Rose, 10	 Leila, 51	 Randolph, 65	 Teresa, 83
Chronic conditions and/or social needs	 Millie, 18	 Nikos, 50	 Eleni, 73	 Maria, 84
Complex needs	 Ben, 9	 Antonio, 33	 Procolo, 79	 Jacqueline, 87

Figura 3. Tipos ideales weberianos del proyecto Blueprint Personas. Fuente: https://ec.europa.eu/eip/ageing/news/12-personas-have-been-developed-enable-eip-aha-envision-realistic-health-and-care-needs-certain_en.html

1.4.1. TIPO IDEAL 1: MENOR DE 80 CON BUEN ESTADO DE SALUD: BLUEPRINT «RANDOLPH»

Para los propósitos de la intervención mediante mediación, cada uno de estos grupos presentan conflictos particulares. Los retirados menores de 80 años que se encuentran en buen estado de salud presentan por lo general, un alto grado de desenvolvimiento con internet, de habilidades con los dispositivos móviles, de afinidad con las nuevas tecnologías. Pero este grupo suele presentar una serie de *unmet needs*:

1. Por regla general suelen vivir en sus propios hogares, aunque estarían abiertos a mudarse a otro tipo de vivienda propia. Por ello, los conflictos que pueden presentárseles no tienen que ver con instituciones residenciales de acogida, sino los conflictos habituales de la vida ordinaria.
2. Sin embargo, sí que pueden estar interesados en servicios de ayuda con las tareas de la casa o con servicios de catering. Necesitan por tanto información acerca de las posibilidades que su barrio o lugar de residencia ofrece. Y necesitará solventar conflictos relacionados con los empleados del hogar o las empresas que les proveen de esos servicios.
3. Es posible que, en la pareja, uno se encuentre en perfecto estado de salud, y el otro comience a dar signos de declive, por ejemplo, ciertos indicios de una demencia. En ese caso, los problemas del cónyuge sano tienen que ver con aprender a tratar con la nueva situación, y con el soporte sanitario y legal que esta requiera (European Commission, Active and Healthy Living in the Digital World, 2021).

I.4.2. TIPO IDEAL 2: MAYOR DE 80 EN BUEN ESTADO DE SALUD: BLUEPRINT «THERESA».

Las cosas son muy distintas, según colegimos de este proyecto de la Unión Europea, cuando la persona sigue en perfecto estado de salud, pero tiene más de ochenta años. En estos casos, las habilidades con internet y con las nuevas tecnologías, no suelen ser tan buenas como las de los menores de 80 años sanos. Además, sus *unmet needs* varían. Ahora:

1. Ya no les resulta tan fácil como antes de los ochenta años cuidar a otras personas, por ejemplo, a sus cónyuges, ni siquiera les es fácil cuidar de su domicilio. Por otra parte, su buen estado de salud a esta edad tan avanzada les permite estar socialmente activas, pero no suelen encontrar en sus cónyuges las mismas disposiciones. Uno de los dos suele, por su salud, preferir quedarse en casa, aislarse socialmente. El otro en cambio, desea vivamente el contacto social. Esto es fuente de no pocos conflictos, que en muchos casos se viven en silencio.
2. La buena condición física de estas personas es compatible con pequeños achaques que dificultan la vida ordinaria. Por eso sus necesidades no están en cuidados sanitarios, sino en proveer a su vivienda de ascensores, elevadores, que la hagan más accesible. Pueden por ello generársele una serie de problemas o conflictos con su comunidad de vecinos, para que pongan un elevador, adapten los ascensores, etcétera.
3. Debido a su edad, pueden requerir de apoyo social para moverse con mayor facilidad, o para tratar con el cónyuge que no se encuentra en buen estado de salud.

I.4.3. TIPO IDEAL 3: MENOR DE 80 AÑOS CON PROBLEMAS MODERADOS DE SALUD: BLUEPRINT «ELENI»

Eleni pertenece a una generación que como Randolph es capaz de habitar el mundo tecnológico que nos rodea, tanto manejando dispositivos móviles como usando de las potencialidades que abre «internet». Esta generación evidentemente no es la de los nativos digitales, pero sí las de aquellas personas que protagonizaron las primeras oleadas de la revolución informática. Sin embargo, y a diferencia de Randolph, vive aquejada por una serie de patologías, que aun no impidiéndole una vida autónoma, e incluso sola (Eleni es presentada como una persona divorciada, que habita un hogar unifamiliar, y alejada de sus familiares), no dejan de ser o patologías crónicas (del tipo de la hipertensión —en el epígrafe III.5.6 trataremos de las intervenciones con personas que sufren enfermedades crónicas) o las primeras etapas de enfermedades graves y serias cuya evolución mermaría considerablemente su autonomía (Eleni, en la presentación del proyecto *Blueprint personas* es presentada como aquejada del primer estadio de la demencia. En el epígrafe III.5.7. trataremos de las intervenciones con mayores aquejados de demencia). Aunque vive en situación de soledad, la condición de Eleni es una amenaza potencial para ella misma. En el estudio se dice que olvida su medicación, que puede olvidar también citas médicas, y que está preocupada por posibles accidentes (en el hogar, por ejemplo) imputables a su creciente pérdida de memoria.

Eleni vive pues, a consecuencia de su condición, una encrucijada o contradicción. Por una parte, vive y desea vivir independientemente. No se encuentra en situación de aislamiento social, sino que, al contrario, goza de la amistad de muchas personas con las que desea compartir su tiempo. Vive también preocupada por los síntomas de su demencia, y ha de asumir la responsabilidad de realizar por sí misma las actividades y recomendaciones terapéuticas de un taller para personas con demencia, puesto que en su localidad no existe un centro especializado para ellas. Pero la pérdida de memoria afecta al seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas —en el epígrafe III.5.1. trataremos de las intervenciones para lograr el seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas entre nuestros mayores—.

En el epígrafe II.8.3. trataremos de la problemática social que tiene este tipo social cuando se encuentra además en situación de soledad y/o aislamiento social. En el epígrafe III.6.3. de posibles intervenciones a realizar individual o grupalmente con este tipo de personas. Y en los epígrafes IV.6, IV.7 y IV.8 trataremos del tipo de mediación que se puede realizar con estas personas.

1.4.4. TIPO IDEAL 4: MAYOR DE 80 AÑOS CON PROBLEMAS DE SALUD: BLUEPRINT «MARÍA»

El tipo ideal «María» corresponde a aquellas personas mayores de 80 años aquejadas de determinadas patologías que se han cronificado. Debido a su generación estas personas no tienen habilidades tecnológicas, por lo que tienen un uso más bien elemental del teléfono, más usado como un teléfono analógico que uno de la revolución digital, no usan internet, y se encuentran extrañadas ante el mundo tecnológico en que vivimos. En términos estadísticos estas personas, en su mayoría viven de una pensión baja (de viudedad o no contributiva). Estadísticamente también es muy probable que su pareja haya fallecido, por lo que suelen vivir o bien solas o bien en compañía de algún familiar (uno de sus hijos, una de sus hermanas, etc.). Además, y esto es lo definitorio de este tipo, está aquejada de una o varias enfermedades crónicas, que ha de gestionar por sí misma, o con la ayuda de las otras personas que habiten su hogar. Pero suele suceder que esas personas con las que habitan están a su cargo, bien por sufrir algún tipo de discapacidad, bien por carecer de ingresos, etc.

Entre las morbilidades que suelen afectar a este tipo ideal encontramos estadísticamente la diabetes (con sus complicaciones anejas: por ejemplo, la pérdida de visión), la enfermedad crónica de las articulaciones rotulianas, las arritmias y la insuficiencia cardiaca moderada y la osteoartritis. Generalmente, debido a sus comorbilidades se encuentran frecuentemente polimedicamentados, y experimentan dificultades (por falta de visión, etc.) para seguir las indicaciones y prescripciones médicas. Además, estas personas suelen sufrir miedo, temor o ansiedad por las consecuencias a corto plazo de su estado de salud, por su situación económica, o por los familiares de los que cuidan.

El estado de salud (y el económico) de las personas que entran en este tipo ideal weberiano deja sentir sus consecuencias en el manejo de la vida diaria. Estas personas son más incapaces de gestionar su hogar, su alimentación, su higiene, y sus hábitos de socialización. Además, debido al estado de las personas que aún están a su cargo no reciben ayuda de ellas

para las tareas del hogar o de la propia higiene. Además, el estado de las personas a las que cuidan (a pesar de su edad y condición sanitaria) les impide solicitar ayuda externa por miedo a que esas personas sean internadas en algún tipo de institución.

En Málaga la asociación ASPRODISIS (Asociación protectora de personas con discapacidad intelectual) suele trabajar con este tipo ideal. La mediación puede ser una excelente herramienta del profesional del trabajo social para gestionar los conflictos entre este tipo de instituciones y las personas interesadas, de modo que los diferentes componentes de la unidad familiar estén suficientemente atendidos en sus necesidades, y se alivie la carga de esta persona mayor.

I.4.5. TIPO IDEAL 5: MENOR DE 80 AÑOS CON NECESIDADES COMPLEJAS: BLUEPRINT «PROCOLO»

Lo definitorio de este tipo ideal es la presencia de necesidades complejas, generalmente derivadas de una multimorbilidad crónica, que afecta a otras áreas de su vida, como la nutrición, el ejercicio físico, la movilidad, etc. No obstante, y a diferencia del tipo ideal «Jacqueline» estas necesidades están atemperadas por la edad, que como hemos visto actúa como un factor relevante en muchas dimensiones (por ejemplo, la probabilidad de viudez).

Debido a su edad, este tipo aún no presenta —estadísticamente hablando— patologías cognitivas severas, por lo que puede encontrar importantes elementos de satisfacción y gratificación personales en el cultivo de algunas aficiones o de un trabajo al que aún no ha renunciado. No obstante, entre las patologías que este grupo presenta están los problemas de visión (cataratas), los dolores articulares (que hacen disminuir drásticamente el nivel necesario de ejercicio físico, y que conlleva pérdidas notables de masa muscular y de fuerza física), la diabetes, la hipertensión, patologías en la vejiga (que conducen frecuentemente a infecciones de las vías urinarias), problemas metabólicos y renales, y en los varones en la próstata. Estos padecimientos suelen ser un impedimento para la movilidad personal, que frecuentemente ha de realizarse en medios de transporte públicos. Además, estos problemas conducen a una severa polimedamentación, con los problemas aparejados a la misma, de los que trataremos en el epígrafe III.5.5. Las variaciones estacionales también suponen un problema (por ejemplo, los golpes de calor con las consiguientes deshidrataciones veraniegas).

También debido a su generación es capaz, por lo general, de algunas habilidades y destrezas digitales: email, banca electrónica, compra a través de internet, presencia en redes sociales, etcétera. Pero, aunque algunas de las necesidades habituales de estas personas pueden solventarse online, en nuestras sociedades el comercio electrónico se ha hecho mayoritario para determinados productos, pero no en lo que se refiere a los productos de alimentación, mucho más si estos son frescos. La visita al supermercado o a los comercios locales de proximidad suele ser una necesidad que solo puede ser atendida difícilmente, a causa de las dificultades que la movilidad personal tiene para estas personas, por lo que requieren de otros familiares que les ayuden en estas tareas de la vida cotidiana. Lo mismo

cabe decir de otras actividades de la vida cotidiana como la limpieza de la casa, la cocina, etc.

*I.4.6. TIPO IDEAL 6: MAYOR DE 80 AÑOS CON NECESIDADES COMPLEJAS: BLUEPRINT
«JACQUELINE»*

Llegamos al último de los tipos ideales weberianos que el proyecto *Blueprint personas. Digital Transformation of Health Care for the Aging Society* ha desarrollado. En este caso, y al igual que en el anterior engloba a aquellas personas que tienen necesidades complejas, derivadas principalmente de una multimorbilidad crónica. Pero recibe su especificidad del rango de edad. Es decir, con la construcción de este tipo ideal se quiere representar a efectos pragmáticos las necesidades y problemáticas —sumamente complejas— de personas que han ingresado en la cuarta edad, o se encuentran en fases muy avanzadas de ella. Por eso el criterio delimitativo es el haber cumplido los 80 años.

Por este criterio, puramente cronológico, la multimorbilidad crónica propia de la etapa anterior en el tipo ideal «Procolo», se agrava con algunas características gerontológicas de este grupo etario: los accidentes cerebrovasculares y sus consecuencias son estadísticamente más probables, lo mismo sucede con la demencia. Podría incluso pensarse que son consecuencia de la multimorbilidad crónica de la etapa etaria anterior. Es decir que Procolo desemboca en Jacqueline. Y es que algunas de las patologías de Procolo, como la hipertensión, o la hipercolesterolemia —mantenida con o sin control durante décadas— pueden evolucionar hacia las patologías características de Jacqueline, como los ictus. Pero, además, en esta etapa de la vida, nos encontramos con suma frecuencia con fenómenos del tipo círculo vicioso. La hipertensión se puede agravar por el dolor articular o por la dificultad respiratoria, o por los remedios farmacológicos para tratar las algesias y las inflamaciones, y esto redundar en una mayor probabilidad de desarrollo de accidentes cerebro vasculares. A su vez, la ansiedad derivada de su situación de suma fragilidad actúa a su vez como un poderoso vector de incremento de la hipertensión arterial.

Por otra parte, las dolencias articulares propias de Procolo, que disminuían su movilidad, se ven agravadas con el paso del tiempo por patologías como la osteoporosis. Estas dolencias óseas y articulares conllevan una pérdida de masa muscular subsiguiente a la falta de ejercitación, y por ello la debilidad muscular es una tónica. Es en este momento cuando los problemas derivados por las caídas manifiestan su mayor gravedad. Además, los problemas de movilidad se agravan por dificultades respiratorias. La capacidad pulmonar disminuye drásticamente. Y esto implica una demora y retraso temporal en la ejecución de casi cualquier actividad. Las personas entonces se inhiben de realizar actividades y suelen pasar los días sentadas, cobijadas por un sillón. Además, la incontinencia, la alteración de los ritmos circadianos y/o la de los ritmos, frecuencia y duración de los estados de vigilia y sueño, suele plantear serios problemas de caídas nocturnas, y la necesidad de una especial atención y vigilancia durante estos periodos del día.

Todo esto implica una limitación muy seria para realizar actividades de la vida cotidiana. Si las actividades de la vida cotidiana, que en el caso de Procolo estaban mermadas,

en el caso del tipo ideal Jacqueline son imposibles sin la asistencia de terceras personas. Debido a la multimorbilidad se eleva mucho el nivel de polimedamentación. Y por la pérdida de memoria y de capacidades cognitivas, el seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas es casi imposible si no es tutelado por terceros. Además, los círculos viciosos derivados de la polimedamentación se extienden a problemas en el sistema digestivo, que necesita ayudas —también farmacológicas— para poder metabolizar sin excesivos daños el nivel de analgésicos y todo tipo de medicamentos que se ingieren. Por no hablar de los problemas derivados de las interacciones entre fármacos.

Por otra parte, a esta edad el control de los esfínteres deja de ser voluntario en muchos casos. Lo mismo sucede con la capacidad de evocar voluntariamente, y sumergirse activamente en el pasado. Las pérdidas de memoria son frecuentes y además suele haber una conciencia dolorosa de este deterioro cognitivo.

La presencia de accidentes cerebro-vasculares suele ser la puntilla que remata la autonomía de estas personas, que se sienten completamente desamparadas para realizar por sí solas casi ninguna actividad imprescindible para poder seguir manteniéndose con vida. Por otra parte, los familiares generalmente no están preparados para los cambios que súbitamente implican los ictus y el deterioro físico, cognitivo y afectivo de estas personas. Estos profundos cambios alteran la estructura de la vida familiar, comenzando por un incremento en el nivel de estrés de los cuidadores informales, y de conflictos que pueden agudizar el desamparo y el aislamiento social y/o la soledad de estas personas.

Además, forma parte de esta generación actual, la de los que tienen más de ochenta años, un manejo pobre en el mundo digital, lo que disminuye las posibilidades de autonomía por parte de los cónyuges de estas personas, y la necesidad de asistencia (familiar o social).

I.5. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA METODOLOGÍA DE TIPOS IDEALES WEBERIANOS

Las ventajas del uso de la metodología de tipos ideales no requieren de ahondamiento, basta indicar que Max Weber la generó para aprehender determinados atributos o propiedades esenciales de fenómenos sociales. En este caso, los rasgos esenciales son las que consideraremos variables independientes en nuestra investigación: el estado de salud y el subgrupo etario de los individuos que alcanzan la ancianidad. Desde estas variables analizaremos y pensaremos que podemos lograr determinar la función y el alcance de la mediación para gestionar una serie de conflictos que se dan en áreas muy diversas de la intervención con personas mayores. La ventaja inicial de esta metodología es pues el ordenamiento primero de la muestra y del universo de discurso de nuestra investigación. La segunda ventaja estriba en el carácter heurístico que tiene esta metodología. Al ordenar la realidad inicialmente permite la génesis de nuevas ideas al diferenciar las realidades que pueblan el universo de discurso. Por último, permite la realización de intervenciones más eficientes.

El principal inconveniente de esa metodología reside, como se sabe, en la posibilidad de que encontremos individuos cuya clasificación en un tipo u otro sea borrosa, porque no pueda distinguirse bien si la ingesta de fármacos, o las enfermedades que tienen, hace que

sea clasificable en un tipo u otro. Hemos tratado de paliar esta dificultad generando unos algoritmos decisorios de los tipos.

I.6. ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

Uno de los factores que usualmente se utilizan para medir la calidad de vida en una sociedad es la esperanza de vida. Se trata de un indicador que es un reflejo de la aplicación de políticas sanitarias, económicas y sociales de una nación. Para el año 2020 (los últimos que el INE ha publicado) en España la esperanza de vida se situaba en 85.06 años para las mujeres y 79.59 años para el caso de los hombres, esto según las tablas de mortalidad del INE. Durante el siglo XX la esperanza de vida aumentó considerablemente y la tendencia es a la continuación en este avance.

	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Total Nacional									
Ambos sexos	83,59 ¹	83,19 ¹	83,09 ¹	83,11 ¹	82,70 ¹	82,92 ¹	82,78 ¹	82,27 ¹	82,25 ¹
Hombres	80,87 ¹	80,46 ¹	80,37 ¹	80,31 ¹	79,92 ¹	80,12 ¹	79,94 ¹	79,37 ¹	79,30 ¹
Mujeres	86,22 ¹	85,85 ¹	85,73 ¹	85,84 ¹	85,41 ¹	85,64 ¹	85,54 ¹	85,10 ¹	85,13 ¹

Tabla 3. Esperanza de vida por sexo al nacer hasta 2020. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de mortalidad. Resultados nacionales. Consultado el 14 de febrero de 2022

La esperanza de vida en personas mayores se incrementó hasta 2019 a partir de los 65 años en 19.1 años más en el caso de los hombres y en 23 años más para las mujeres y es un patrón que se refleja en todo el continente y el resto del planeta, con especial acentuación en la Unión Europea.

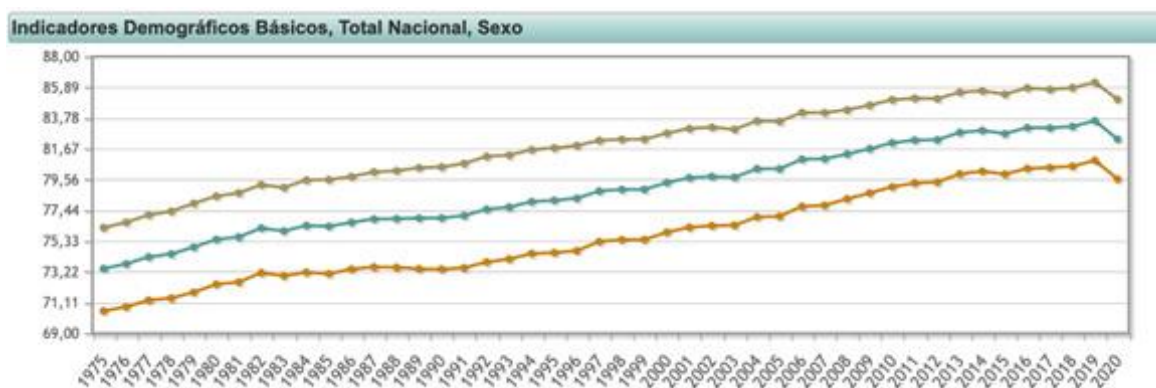


Figura 4. Esperanza de vida al nacer según sexo. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Consultado el 14 de febrero de 2022.

Tras la pandemia de SARS-CoV-2, se ha producido un significativo descenso de la esperanza de vida al nacer. En el caso de los hombres ha descendido en 1,27 años, y en el de las mujeres es de 1,16 años. Es previsible que cuando los datos de los años 2021 y 2022 se publiquen la esperanza de vida al nacer siga disminuyendo.

Ahora bien, si consideramos la esperanza de vida en condiciones óptimas de salud, entonces lo que advertimos es que la prolongación en esperanza de vida no se acopla a una mejora en las condiciones del estado de salud. Si la esperanza de vida ha aumentado en nuestras sociedades, también es verdad que no lo hace con una buena salud de nuestros mayores. Los datos que ofrecemos en la siguiente tabla son los últimos que ofrece el INE.

Tabla	Gráfico	Mapa									
			2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Total Nacional											
Ambos sexos			83,59 ¹	83,19 ¹	83,09 ¹	83,11 ¹	82,70 ¹	82,92 ¹	82,78 ¹	82,27 ¹	82,25 ¹
Hombres			80,87 ¹	80,46 ¹	80,37 ¹	80,31 ¹	79,92 ¹	80,12 ¹	79,94 ¹	79,37 ¹	79,30 ¹
Mujeres			86,22 ¹	85,85 ¹	85,73 ¹	85,84 ¹	85,41 ¹	85,64 ¹	85,54 ¹	85,10 ¹	85,13 ¹

Tabla 4. Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo y periodo. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Consultado el 14 de febrero de 2022

Si tenemos en cuenta que el Instituto Nacional de Estadística no ofrece a mediados del segundo mes del año 2022 los datos de los años 2020 y 2021, entonces podemos ver cierta tendencia al alza, quebrada en 2018, pero que repuntó en 2019:

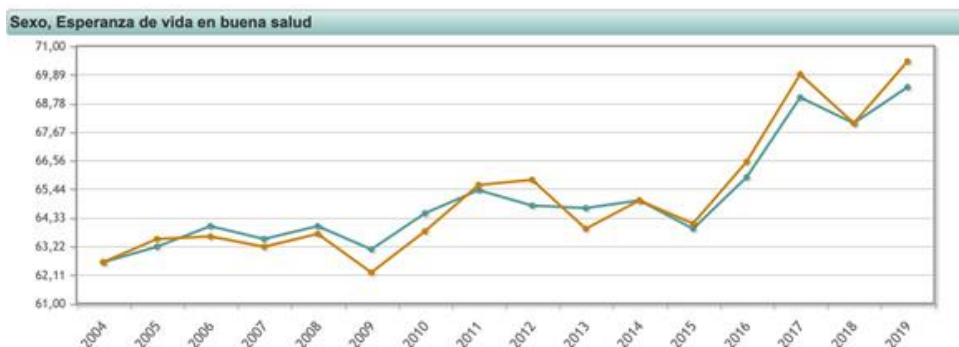


Figura 5. Esperanza de vida en buena salud. Distribución por años (2004-2019). Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Consultado el 14 de febrero de 2022

En lo que respecta a los países de nuestro entorno, la esperanza de vida media en la Unión Europea, con los datos más actualizados disponibles en este momento (2018), se ha situado en los 81,03 años. Para los varones en 78,5 años y para las mujeres en 84. No obstante, y como advierte Eurostat, en 2020 se ha producido un descenso en la esperanza de vida. Entre los países de la Unión Europea, el descenso más fuerte ha tenido lugar precisamente en España (-1,6 años) y en Bulgaria (-1,5), después seguirían Lituania, Polonia y Rumanía (-1,4). Estos datos pueden visualizarse en la siguiente tabla.

	Total										Males										Females									
	1980	1990	2000	2010	2015	2017	2018	2019	2020	1980	1990	2000	2010	2015	2017	2018	2019	2020	1980	1990	2000	2010	2015	2017	2018	2019	2020			
EU (*)	73.3	76.2	77.9	80.3	81.6	81.7	82.1	82.9	83.9	72.7	74.6	77.5	79.2	79.4	79.8	78.6	76.7	79.5	81.0	83.0	83.9	83.9	84.3	83.1	83.1	83.7	84.0	84.2	83.7	
Belgium	73.3	76.2	77.9	80.3	81.6	81.7	82.1	82.9	83.9	72.7	74.6	77.5	79.2	79.4	79.8	78.6	76.7	79.5	81.0	83.0	83.9	83.9	84.3	83.1	83.1	83.7	84.0	84.2	83.7	
Bulgaria	71.1	71.2	71.6	73.8	74.8	75.0	75.1	73.6	68.4	68.0	68.4	70.3	71.4	71.5	71.6	69.9	73.9	74.7	75.0	77.4	78.4	78.6	78.8	77.5	77.5	77.5	77.5	77.5	77.5	
Czechia	70.4	71.5	75.1	77.7	78.1	79.1	79.3	78.3	66.9	67.6	71.6	74.5	76.1	76.2	76.4	75.3	74.0	75.5	78.5	80.9	82.0	82.0	82.2	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3	
Denmark	74.2	74.9	76.9	79.3	81.1	81.0	81.5	81.6	71.2	72.0	74.5	77.2	79.2	79.1	79.5	78.6	77.3	77.8	79.2	81.4	83.1	83.1	82.9	82.9	82.9	82.9	82.9	82.9	82.9	
Germany	73.1	75.4	78.3	80.5	81.1	81.0	81.3	81.1	69.6	72.0	75.1	78.0	78.7	78.6	79.0	76.2	78.5	81.2	83.0	83.4	83.3	83.3	83.7	83.7	83.7	83.7	83.7	83.7		
Estonia	69.5	69.9	71.1	76.0	78.4	78.5	79.0	78.6	64.2	64.7	66.6	70.9	73.8	74.0	74.5	74.2	74.3	74.9	76.4	80.8	82.6	82.7	83.0	83.0	83.0	83.0	83.0	83.0		
Ireland(*)	74.8	76.5	80.8	82.2	82.2	82.8	82.8	82.8	72.1	74.0	75.5	80.4	80.4	80.8	80.8	80.8	77.7	79.2	83.1	84.0	84.1	84.1	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7		
Greece	73.3	77.1	78.6	80.6	81.4	81.9	81.7	81.2	73.0	74.7	75.9	78.0	78.8	79.3	79.2	78.6	77.5	79.5	81.3	83.5	83.9	84.4	84.2	84.2	84.2	84.2	84.2	84.2		
Spain	75.5	76.9	79.3	82.4	83.4	83.5	84.0	82.4	72.3	73.3	75.8	79.2	80.5	80.7	81.1	79.7	78.5	80.6	82.8	85.5	86.1	86.3	85.7	85.7	85.7	85.7	85.7	85.7		
France(*)	79.2	81.8	82.7	82.8	83.0	83.3	83.3	83.3	75.3	78.2	79.6	79.7	79.9	79.2	79.2	79.2	83.0	85.9	87.7	88.8	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9		
Croatia	76.7	78.0	78.2	78.6	77.8	77.8	77.8	77.8	73.4	74.9	74.9	74.9	75.5	74.7	74.7	75.5	79.9	81.0	81.5	81.6	81.6	81.6	81.6	81.6	81.6	81.6	81.6			
Italy(*)	77.1	79.9	82.2	83.1	83.4	83.6	82.4	82.4	73.8	76.9	79.5	80.6	81.2	81.4	80.1	80.3	82.8	84.7	85.2	85.6	85.7	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7			
Cyprus	77.7	81.9	82.2	82.9	82.3	82.3	82.3	82.3	75.4	79.2	80.2	80.9	80.3	80.3	80.3	80.1	83.9	84.2	84.8	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4			
Latvia	73.1	74.9	75.1	75.7	75.7	75.7	75.7	75.7	67.9	68.8	70.1	70.9	70.9	70.9	70.9	70.9	79.7	79.7	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1			
Lithuania	70.5	71.5	72.1	73.3	75.8	76.0	76.9	75.1	65.4	66.4	66.7	67.6	70.7	70.9	71.6	70.1	79.4	79.3	77.4	78.9	80.9	80.7	81.2	81.2	81.2	81.2	81.2			
Luxembourg (*)	72.8	75.7	78.0	80.8	82.1	82.3	82.7	81.8	70.0	72.4	74.6	77.9	79.9	80.1	80.2	79.4	75.8	78.7	81.3	83.5	84.4	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6			
Hungary	69.1	69.4	71.9	74.7	76.0	76.2	76.5	75.7	65.5	65.2	67.5	70.7	72.5	72.7	73.1	72.3	72.8	73.8	76.2	78.6	79.3	79.6	79.7	79.7	79.7	79.7	79.7			
Malta	70.4	71.5	73.5	75.4	76.4	76.4	76.4	76.4	68.0	68.0	70.3	73.3	80.2	80.4	81.2	80.8	72.8	80.5	83.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6			
Netherlands	77.1	78.2	81.0	81.8	81.9	82.2	81.5	81.5	73.8	75.6	78.9	80.2	80.3	80.6	79.8	80.2	80.7	83.0	83.4	83.4	83.4	83.7	83.7	83.7	83.7	83.7	83.7			
Austria	72.7	75.8	78.3	80.7	81.7	81.8	82.0	81.3	69.0	72.3	75.2	77.8	79.4	79.7	79.9	78.1	79.0	81.2	83.5	84.0	84.1	84.2	84.2	84.2	84.2	84.2	84.2			
Poland (*)	70.7	73.6	76.4	77.8	77.7	78.0	76.6	76.6	66.3	69.6	72.2	73.9	73.7	74.1	72.6	75.3	78.0	80.7	81.8	81.7	81.9	81.9	81.9	81.9	81.9	81.9				
Portugal	71.5	74.1	76.8	80.1	81.8	81.5	81.9	81.1	67.9	70.6	73.3	76.8	78.4	78.3	78.7	78.0	74.9	77.5	80.4	83.2	84.6	84.5	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6			
Romania	69.2	69.9	71.2	73.7	75.2	75.3	75.6	74.2	66.6	66.7	67.7	70.0	71.6	71.7	71.9	70.5	71.9	73.1	74.8	77.1	78.0	79.2	79.3	79.3	79.3	79.3	79.3			
Slovenia	73.9	76.2	79.8	81.2	81.5	81.6	80.8	80.8	69.8	72.2	76.4	78.2	78.5	78.7	77.8	77.8	79.8	83.7	84.0	84.0	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4	84.4				
Slovakia	70.4	71.1	73.3	75.6	77.3	77.4	77.8	76.9	66.7	66.7	68.2	71.8	73.6	73.9	74.3	73.5	74.4	75.7	77.5	79.3	80.7	80.8	80.8	80.8	80.8	80.8	80.8			
Finland	73.7	75.1	77.8	80.2	81.7	81.8	82.1	82.2	69.2	71.0	74.2	76.9	78.9	79.1	79.3	79.4	78.0	79.0	81.2	83.5	84.5	84.5	84.5	84.5	84.5	84.5	84.5			
Sweden	75.8	77.7	79.8	81.6	82.5	82.5	82.4	82.4	73.8	74.8	77.4	79.6	80.9	80.9	81.5	80.7	79.0	80.5	82.0	83.6	84.1	84.3	84.3	84.3	84.3	84.3	84.3			
Iceland	76.8	78.1	79.7	81.5	82.6	82.9	83.2	83.1	73.5	75.5	77.8	79.8	81.1	81.3	81.7	81.7	80.4	80.7	81.6	84.1	84.3	84.5	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7			
Liechtenstein	77.0	81.8	83.7	83.1	84.3	81.9	81.9	81.9	73.9	79.5	81.6	80.7	82.6	80.1	80.1	80.1	79.9	84.3	86.0	85.5	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8				
Norway	75.6	76.6	78.8	81.2	82.7	82.8	83.0	83.3	72.4	73.4	76.0	79.0	81.0	81.1	81.3	81.6	79.3	79.9	81.5	83.3	84.3	84.5	84.7	84.7	84.7	84.7	84.7			
Switzerland	79.7	77.8	80.0	83.7	83.8	84.0	83.2	83.2	72.3	74.0	77.0	80.3	81.6	81.9	82.1	81.1	79.0	80.9	82.8	84.9	85.6	85.7	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8			
Montenegro	75.1	76.6	76.9	76.7	76.7	76.7	76.7	76.7	73.6	73.9	74.5	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0			
North Macedonia	73.0	73.0	76.0	76.7	76.6	76.6	76.6	76.6	70.8	72.9	74.1	74.6	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7	74.7			
Albania	78.5	78.9	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	68.9	71.8	73.1	73.5	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4			
Serbia	71.6	74.4	75.6	75.9	76.0	76.0	76.0	76.0	68.9	71.8	73.1	73.5	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4	73.4			
Turkey	75.8	76.5	76.9	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	74.2	75.7	76.2	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4	76.4			

Tabla 5. Esperanza de vida al nacer, 1980-2020. Fuente: Eurostats. Consultado el 14 de febrero de 2022

En el siguiente mapa se puede apreciar con mayor claridad las diferentes diferencias en lo que atañe a la esperanza de vida en el territorio de la Unión Europea.

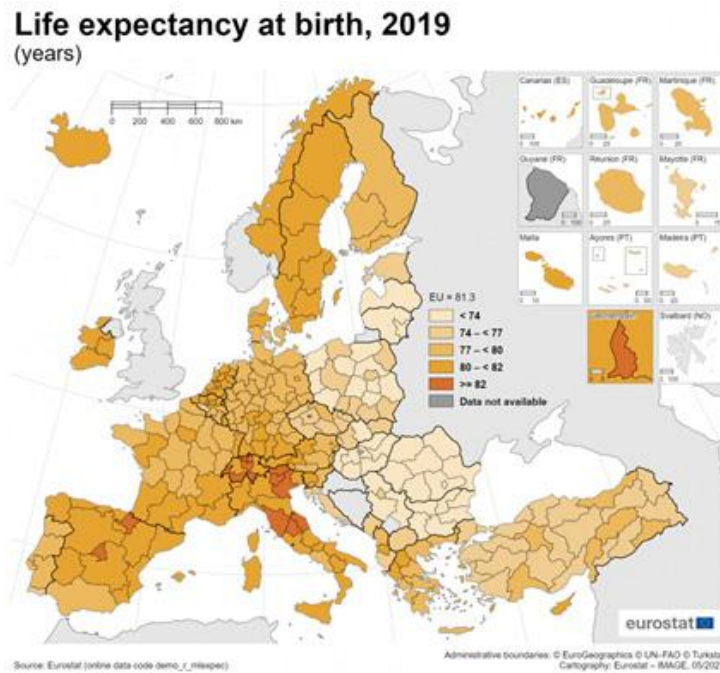


Figura 6. Esperanza de vida al nacimiento en la Unión Europea. Fuente: Eurostat. Consultado el 14 de febrero de 2022

Esta última estadística se centra no tanto en la cantidad de años que presumiblemente se vivirán, sino en los años de vida saludable. Se confirman los mismos resultados que en el caso español. Pero al mismo tiempo se puede observar cómo en determinados países, esa esperanza de vida saludable es notablemente inferior a la española. Así en Letonia llega tan sólo a los 51 años en varones, a los 53 en mujeres.

Como hemos comentado ya, merece la pena volver a pensar el hecho de que pese al incremento en esperanza de vida es necesario examinar las condiciones de salud y de calidad de vida en general de las personas de tercera edad que les garantiza vivir el resto de su vida con plenitud. A esto, como hemos comentado ya, se lo denomina «esperanza de vida saludable». Se trata de una cuantificación que añade una nueva dimensión a la cantidad de vida medida a través de la calidad. Este índice se construye a partir de datos generales sobre la morbilidad crónica y sobre la autopercepción del estado de salud.

Como se mencionó anteriormente las mujeres mayores de 65 años destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres, sin embargo, la esperanza de vida saludable en las mujeres es menor debido a su mayor supervivencia y morbilidad. Al medir el porcentaje de tiempo que se vive con buena salud a partir de los 65 años se evidencia una gran diferencia entre hombres y mujeres, pues el 53.7% del tiempo por vivir en los hombres es con un pronóstico de buenas condiciones generales de salud, en cambio si atendemos a las mujeres, solo un 44% de ellas logra condiciones de salud óptimas después de los 65 años, esto puede deberse no solo a la calidad de vida y las condiciones generales de vivienda y hábitat sino también a la cantidad de partos y el desgaste físico que esto supone. Además, parece haber una ligera disminución de la vida saludable en ambos sexos a partir de 2008, lo que merece un estudio. No obstante, es preciso señalar que en ese año hubo cambio metodológico. Austad *et al.*, en un estudio de revisión de la literatura científica reciente sobre el tema, publicado en *Gerontology* en 2016, volvieron a confirmar las diferencias sexuales en lo que a la longevidad se refiere. Según la literatura examinada, las mujeres son más longevas, pero los hombres suelen gozar de mejor salud. Se trata de una paradoja que estos autores caracterizan como intrigante.

I.7. LA COMPLEJIDAD DE ÁMBITOS Y ACTUACIONES CON PERSONAS MAYORES

A veces se habla en singular del cuidado debido a las personas mayores, pero ya indicamos antes que el fenómeno del envejecimiento es complejo, que en él intervienen una multiplicidad de factores que son abordados por diversas disciplinas cada una de ellas con una peculiar perspectiva metodológica. Si eso es así, entonces también el fenómeno del envejecimiento puede presentar una multiplicidad de problemas: biológicos, psicológicos, sociales, culturales y jurídicos. Esto conlleva una multiplicidad de dimensiones de las que cuidar, y también una multiplicidad de posibles fuentes de conflicto en los que se podría intervenir con las herramientas de la mediación.

Luis Miguel Rondón ha señalado algunos de estos posibles conflictos: intergeneracionales, es decir socio-culturales, cambios en las normas familiares (también socioculturales, aunque pueden extenderse al ámbito jurídico), diversas percepciones y modos de valorar la

familia y lo concerniente a ella (cultural), conflictos generados por la dependencia de las personas mayores (biopsicológicos) (Rondón, 2011, pág. 90).

Como ha puesto de relieve el mismo autor, la mayor parte de estos conflictos se generan en el ámbito familiar. En efecto, en una investigación sobre trabajo social nos enfrentamos a determinadas dimensiones del envejecimiento, como la biológica, objeto más bien de la medicina, o con los conflictos derivados de los desafíos que el envejecimiento presenta a los Estados, o a la economía.

La mediación, objeto de esta investigación, tratará fundamentalmente conflictos que surgen en las intervenciones con personas mayores en situación de soledad. Algunos de ellos repercuten los familiares de estas personas. Entre estos conflictos atañen a la atención y al cuidado de las personas los que derivan del seguimiento de las recomendaciones y prescripciones sanitarias, los que atañen a la prevención de las caídas, los que tienen que ver con la gestión personalizada de la salud de nuestros mayores, los que derivan de protocolos adecuados para la atención, tratamiento, seguimiento y cuidados de nuestros mayores, los que derivan de la multimorbilidad y polimedamentación de ellos, los que tienen su fuente en el deterioro cognitivo, los que se manifiestan en la realización de las tareas de la vida cotidiana, etcétera.

1.7.1. EL ENVEJECIMIENTO COMO ÁMBITO DE ACCIÓN PARA EL SOPORTE FAMILIAR

La familia, a la que se suele considerar como célula fundamental de la sociedad, es el centro protector de los individuos que la componen, así como la estructura básica, en la que se forman y socializan. Se trata de un entorno, en el que las personas encuentran su identidad en un clima de suma confianza y protección. En su seno las interacciones suelen tener un signo positivo, lo que permitirá al cabo de los procesos de socialización primaria y secundaria, relacionarse con sus semejantes y con el colectivo de referencia.

El sentido de pertenencia que los individuos adquieren respecto de su familia suele perdurar a lo largo del ciclo vital. La vida familiar se puede pensar como un continuo temporal que se extiende más allá de la vida del individuo, hacia atrás, puesto que la historia de éste se inserta en la historia de sus antecesores, y hacia delante, puesto que en la familia se depositan las expectativas y esperanzas de nuevos miembros, o de cuidados en el futuro. La vida familiar es el centro de referencia de las actividades cotidianas y profesionales, incluso cuando algunos de los miembros de ella ya no viven en el hogar familiar.

Los vínculos familiares son susceptibles de variación cultural e histórica. Si los vínculos de las primeras familias de la humanidad, las del paleolítico, seguramente estaban definidos por las necesidades de protección externa ante las amenazas naturales, actualmente, y desde el Romanticismo decimonónico, los vínculos primordiales y relevantes son los emocionales como el amor y el respeto. En cualquier caso, y cualquiera que sea la cultura, la sociedad y el momento histórico, en toda familia está vigente un *ethós*, un sistema de valoración de la conducta de sus miembros, que es transmitido de padres a hijos en los procesos de socialización, por lo que la familia es el primer subsistema social en que se validan las conductas. Por otra parte, toda familia es el lugar básico de la *tradicción*, es decir,

de la entrega —*traditio*— de una visión del mundo y un depósito de símbolos sagrados (Geertz, 2009).

Ascarate ha subrayado cuán importantes son en la configuración de la familia moderna y contemporánea los vínculos afectivos, y cómo estos vínculos permiten una constitución y un desenvolvimiento adecuado de una personalidad integrada: «En la familia moderna, es posible encontrar condiciones para el desarrollo adecuado de la personalidad, desde el punto de vista emocional» (Ascarate, 2015, pág. 42). Esto es especialmente relevante, por ejemplo, en los miembros más débiles de un grupo familiar, en quienes se concentran los esfuerzos de protección y cuidados. Este tipo de gestión incorpora el afecto como su componente determinante, a través del cual, los infantes, ancianos, las personas con deficiencias tanto físicas como psicológicas, encuentran un entorno positivo para su existencia. En el caso particular de las personas de la tercera edad, la relación citada en el párrafo anterior, es fundamental, porque se trata de individuos que presentan limitaciones, caracterizadas por el deterioro vegetativo, que los sitúa como un grupo etario en riesgo constante y por tanto, susceptibles de protección y cuidados particulares, en los que el contexto emocional, resulta básico para su evolución positiva, ello debido a las condiciones tanto físicas, como psicológicas, que acompañan el contexto de la vejez.

Los vínculos afectivos, que son determinantes en la esfera familiar, son al mismo tiempo los necesarios e imprescindibles para un sano envejecimiento. Al respecto, Rodríguez señala que: «el cariño demostrado por la familia, se encarga de desarrollar los ámbitos propicios para la adecuada función de envejecer» (Rodríguez, 2007, pág. 12). Por ello, el afecto no es sólo un derecho de las personas mayores, es también un deber, en primer lugar, para las personas de su núcleo familiar, los otros primariamente significativos, para quien envejece. Y es un deber exigido por los factores psicobiológicos de un sano envejecimiento. Ese cariño es una exigencia para cumplir adecuadamente el ciclo biológico de nacer-crecer-reproducirse y morir.

No hay que olvidar que la familia es aquella forma de organización social en la que son formados los miembros de la sociedad civil y del Estado. No se confunde con estas otras dos instancias, pero sin ella, serían imposibles. Por eso, la actividad primaria de la familia trasciende, es decir asciende —*scando*— a otros niveles —*trans*—, hacia las diferentes formas de organización de la sociedad civil. De aquí, que no sólo las instancias educativas del Estado o de la sociedad civil facilitan el tránsito social, sino que la familia lo propulsa internamente.

En nuestras sociedades globalizadas, ya occidentales ya orientales, algunos hogares familiares siguen siendo multigeneracionales, es decir hogares en los que conviven personas de diversas generaciones bajo el mismo tejado. Precisamente por ello, el tema de nuestra tesis doctoral trata de las personas mayores en situación de soledad, porque es el problema que más se aprecia actualmente. No obstante, debemos mencionar siquiera algunos de los problemas que pueden surgir en hogares multigeneracionales y que podrían ser abordados exitosamente con la mediación. Se trata tan sólo de mencionarlos, puesto que el objetivo de mi investigación es el adulto mayor en situación de soledad.

En nuestras sociedades occidentales avanzadas los hogares multigeneracionales no han dejado de existir. Se aprecia cierta tendencia a la soledad y a la desaparición del hogar multigeneracional. Es decir, a que los mayores vivan por sí mismos y sean atendidos por cuidadores formales (profesionales de la enfermería, auxiliares de ayuda a domicilio, etc.) contratadas por los hijos. Lejos de desaparecer el problema originario, ahora simplemente se traslada. Los conflictos ahora aparecen entre los cuidadores formales y las personas mayores, como tristemente ha sucedido en algunos casos dramáticos de maltrato vividos durante la reciente epidemia de coronavirus.

De hecho, y como puso de relieve el *Think Tank*, *Pew Research Center*, en 2018, se alcanzó el récord histórico de estadounidenses viviendo en hogares multigeneracionales. En aquel momento, a pesar de la mejora económica tras la aguda recesión, el porcentaje de personas viviendo en hogares multigeneracionales llegó a ser la quinta parte de los habitantes de los Estados Unidos: 64 millones (*Pew Research Center*, s.f.).

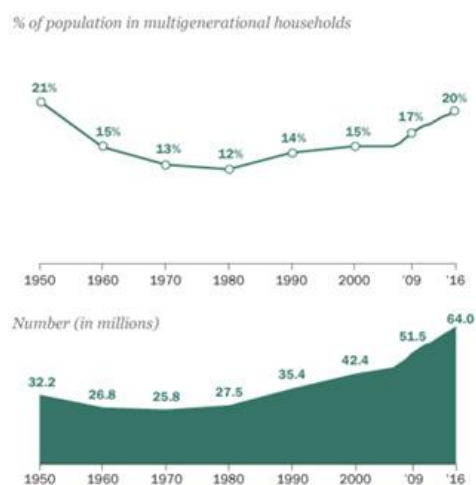
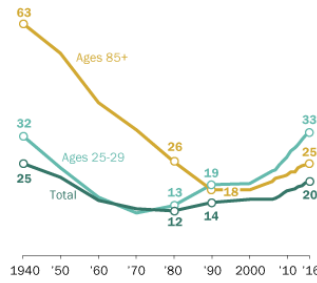


Figura 7. Porcentaje de población estadounidense que habita en hogares multigeneracionales. Fuente: *Pew Research Center*, D'Vera Cohn et al., «A record 64 million Americans live in multigenerational households», <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/05/a->

La tendencia de la que hablábamos antes, según el mismo *Think Tank*, parece haberse invertido en los Estados Unidos. Actualmente los adultos jóvenes desean vivir en hogares de tres generaciones, con sus padres e hijos.

Young adults most likely age group to live in a multigenerational household

% of population in multigenerational households



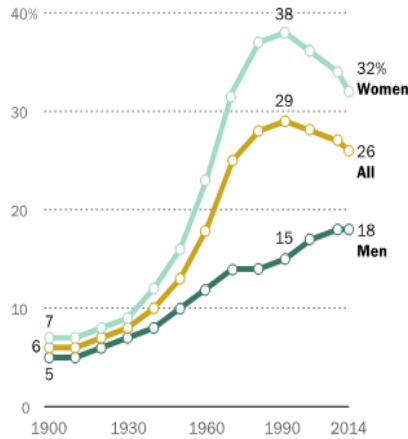
Note: Multigenerational households include at least two adult generations or grandparents and grandchildren younger than 25.
 Source: Pew Research Center analysis of 1940-2000 decennial censuses and 2006-2016 American Community Survey (IPUMS).
 PEW RESEARCH CENTER

Figura 8. Porcentaje de estadounidenses que viven en hogares multigeneracionales

La tendencia entre las nuevas generaciones parece ser no vivir en soledad, sino en familia. Según el mismo *Think Tank*, actualmente hay menos personas viviendo solas que hace treinta años, en la década de los noventa.

After rising for nearly a century, share of older women living alone is on decline

% of adults ages 65 and older living alone

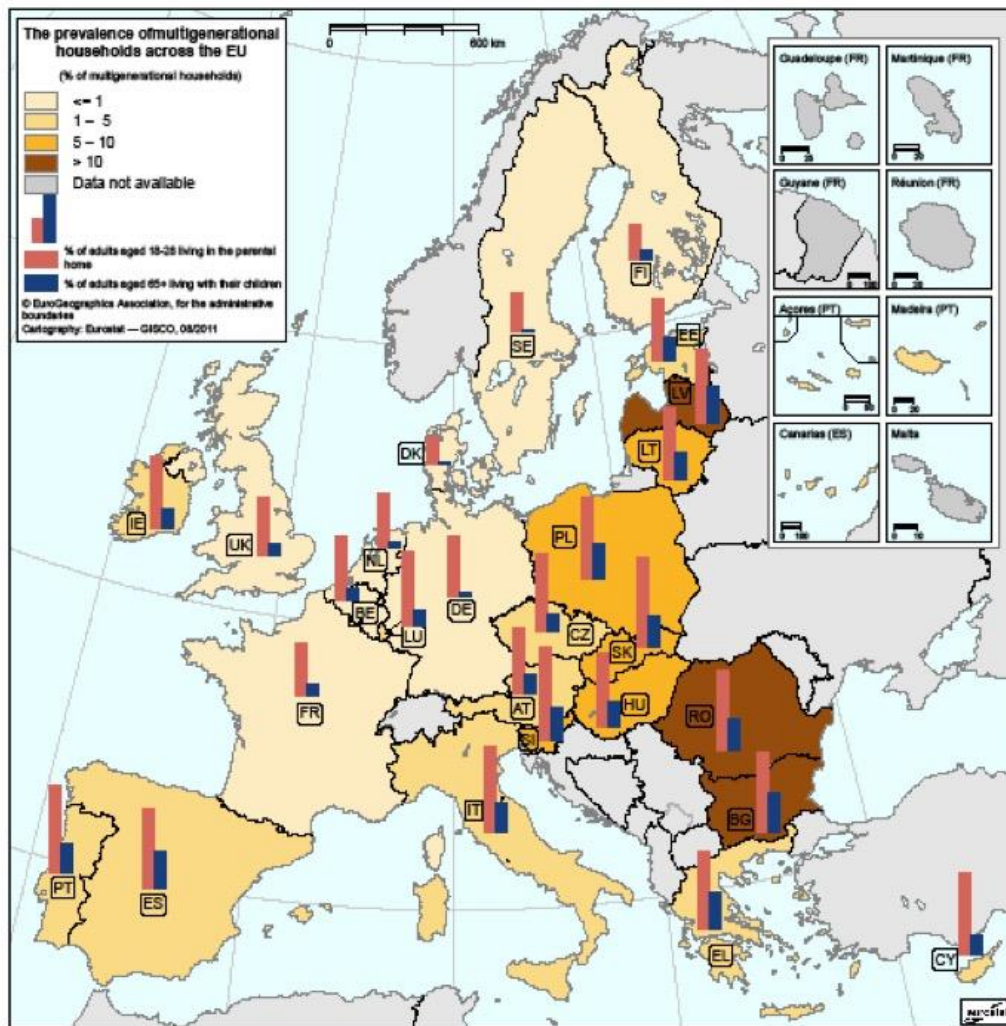


Note: Data labels are for 1900, 1990 and 2014. Older adults living alone reside in a household. The share living alone is based on the total population ages 65 and older.
 Source: Pew Research Center analysis of 1900-2000 decennial censuses and 2010 and 2014 American Community Surveys (IPUMS).
 PEW RESEARCH CENTER

Figura 9. Porcentaje de mujeres estadounidenses que viven solas

Según el mismo estudio el 61% de los mayores de 65 años que viven en su propia casa lo hacen con alguien que cuida de ellos, mientras que el 8% se mudan con un familiar.

Si de los Estados Unidos pasamos a Europa, las cosas cambian profundamente. Como se observa en la siguiente figura sólo en Letonia, Rumanía y Bulgaria hay más de un 10% de hogares multigeneracionales. En países como Francia, Reino Unido, o Alemania, menos del 1% de los hogares lo son. En España, Portugal, Italia, Grecia y Chipre, el porcentaje está entre el 1 y el 5%. Y dentro de ese porcentaje, el número de jóvenes entre 18 y 25 años que conviven con sus padres duplica al número de mayores de 65 que lo hacen con sus hijos y/o nietos.



source: Eurostat, EU-SILC User's database 2008 (France: EU-SILC 2007)

Figura 10. Hogares multigeneracionales en Europa

Se suele hablar de generación *sándwich* para referirse a aquellas personas que cuidan tanto de sus padres como de sus hijos, convivientes todos ellos en el mismo hogar. En este tipo de familias surgen conflictos derivados de las responsabilidades personales, médicas y financieras que las personas necesitadas de cuidados requieren. Actividades cotidianas como el aseo de los mayores, su alimentación, vestido, o su régimen farmacológico y médico (que puede llegar a los cuidados propios del incontinente, terapias logopédicas, atención médica, a la autonomía personal, a la dependencia, etc.), pueden alterar profundamente tanto los horarios y proyectos vitales de los cuidadores, como sus finanzas. Y esto no es un dato anecdótico, es, por ejemplo, un problema cotidiano para 22 millones de estadounidenses como ha puesto de relieve Lesley D. Riley (2005). Aquí surgen conflictos con otros miembros de la familia, como otros hermanos del cuidador. Normalmente los cuidados recaen sobre una sola persona, que por esto puede verse resentida en su salud (falta de ejercicio, cansancio, trastornos del sueño por la intermitencia de los cuidados, depresión, estrés, ansiedad), en sus empleos habituales, o en sus finanzas (con la consiguiente merma de ingresos en el presupuesto familiar e individual). La mediación aquí puede ser de gran ayuda como herramienta eficaz en la resolución pacífica de estos conflictos. Si el mayor vive solo, estos conflictos también pueden aparecer entre los hermanos, por ejemplo, o con sus cuidadores, o con el personal que interviene con ellos, como veremos en los capítulos IV y V de esta investigación doctoral.

En consecuencia, la responsabilidad señalada suele descansar en los otros miembros de la unidad familiar, que actúan como garantes del proceso de cuidado y protección necesaria en el hogar o la institución designada para ello. Pero los conflictos en estos procesos de cuidado y protección suelen estar, también, presentes, en no poca medida. En ellos, la mediación se está mostrando como una herramienta para el desarrollo de una actividad positiva de manejo de la tercera edad. Paolini insiste, con razón, en la relación existente entre la actividad de los familiares y las exigencias de la edad señalada, al afirmar que «los integrantes de la familia establecen una relación que llega a aspectos muy prácticos en situaciones como la elección de la institución [de cuidados] o al informar sobre las actividades realizadas por el anciano». (Paolini, 2016, pág. 23). Estos son tópicos a los que la mediación familiar se refiere permanentemente para la correcta adaptación de la persona que debe acceder a cuidados especiales.

Se suele explicar esta responsabilidad de la familia en torno al cuidado y protección de las personas de la tercera edad, recurriendo a la teoría biológica de la evolución, y hablando por ello de un mecanismo de protección basado en nuestros instintos gregarios. Es particularmente importante la opinión que al respecto tiene Leakey, quien señala que «los cuidados dispensados a los miembros más ancianos de un grupo familiar, obedecen a una compensación generada por la regulación homeostática del grupo» (Leakey, 2017, pág. 31). Es decir, se produce un equilibrio relacionado con la obligación que las nuevas generaciones, tienen respecto de aquellas que los formaron y socializaron, estableciendo una dinámica constructiva de carácter positivo.

Las muestras de afecto son algo vital para la calidad de vida de la persona mayor. El afecto es una responsabilidad para los miembros de la unidad familiar, y no una alternativa prescindible. Resulta clave comunicar el afecto debido, y no solo porque se ha de satisfacer

una necesidad (emocional), sino porque esas muestras recíprocas de afecto son constituyentes del contexto familiar, ámbito definido por los contactos cercanos y la confianza mutua.

Resulta triste comprobar que frecuentemente el ámbito primario para la comunicación de afecto a las personas de la tercera edad, no es un entorno positivo. Sobre todo, en países en los que la expectativa de vida ha crecido de manera constante, por lo que la presencia de este grupo etario es cada vez más importante. Es por ello, que con suma frecuencia la persona mayor ha de recurrir a apoyos informales provenientes de grupos sociales no directamente relacionados con la esfera familiar. Y por ello hemos de considerar en el tema del soporte social de la persona mayor.

1.7.2. EL ENVEJECIMIENTO COMO ÁMBITO DE ACCIÓN PARA EL SOPORTE SOCIAL

Acabamos de hablar de la función que tienen las familias en el sano envejecimiento de sus miembros. También hemos mencionado algunos de los conflictos que surgen en el desempeño de esas funciones como cuidadores informales. Ahora hemos de ver el papel que juegan otras instancias, diferentes de la familiar, como la que compete a la red de personas que prestan ayuda en los momentos difíciles o para el mantenimiento de la salud. De esa red pueden formar parte familiares cercanos y lejanos, vecinos y amigos del mayor o del cuidador. Se trata de una red de intercambio social. La persona mayor, en nuestro caso, recibe y aporta. Recibe por ejemplo compañía, ayuda en las tareas instrumentales de la vida diaria, como el cuidado del hogar, la realización de la compra, o el transporte, al mismo tiempo puede aportar con su afecto, sus habilidades, la sabiduría y prudencia que pueden dar el paso de los años, el cariño a los miembros de la familia, o con el tiempo que dedica a determinadas actividades. El adulto mayor no sólo puede aportar tiempo, sino también por ejemplo conocimiento, información, dinero, etc., y puede recibir contactos sociales, mejora en su autoestima, estabilidad emocional, etc.

El soporte social es sumamente relevante para la salud y el bienestar de los adultos. Pero no todas las interacciones con el soporte social son positivas para las personas mayores. Es obvio que hay interacciones o partes del apoyo social que pueden ser decepcionantes o directamente conflictuales. Como ha puesto de relieve Dykstra (2005) hay «encuentros caracterizados por el rechazo y la crítica, la violación de la privacidad o por acciones que socavan la búsqueda de objetivos personales de una persona. La asistencia ineficaz o la ayuda excesiva son otras formas de interacciones negativas». Es obvio que a través de la mediación se pueden llegar a acuerdos sobre los límites de la ayuda, o transformar una asistencia ineficaz en otra eficaz. También la mediación puede ayudar a resolver problemas de comunicación, en los que una de las partes no comprende por qué su actitud es crítica o atenta contra la privacidad. Por aquí también se ve el potencial transformativo de las relaciones sociales que tiene la mediación, transformando los relatos de cada una de las partes.

Entre los problemas que el soporte social plantea, el primero es precisamente el cómo acceder a él. Y es que la red de contactos que los adultos mayores han tenido durante su vida se ve profundamente deteriorada y alterada por la muerte o enfermedad de los otros significativos. La mediación puede intervenir aquí restableciendo los canales de

comunicación que quedan pero que por las historias vitales de los implicados han quedado dañados o rotos.

El apoyo social para la persona mayor puede generar, como señala Dykstra (2005), sentimientos de culpabilidad y ansiedad en algunos mayores que no pueden corresponder adecuadamente al apoyo recibido. También puede conducir a mayores tasas de dependencia. La mediación también puede poner límites a la ayuda que determinadas entidades o voluntarios prestan a los adultos mayores, estableciéndose como canal de comunicación y de comprensión del alcance y los límites de la ayuda que se presta. La mediación ha de llegar a un acuerdo entre las partes. Un acuerdo, que paradójicamente, limite la ayuda que se presta, que haga al adulto menos dependiente, y que por ello atienda a la dignidad y autonomía del mayor. Esto es importante, porque ser el destinatario de ayudas puede dañar profundamente la autoestima de la persona a la que se pretende ayudar. Aquí también se puede trabajar socialmente porque esa ayuda puede ser verdaderamente necesaria para ese mayor, y por pruritos relacionados con el honor, no dejarse ayudar.

Hemos dicho que el apoyo social puede prestarse en múltiples dimensiones y por múltiples actores. Pero de determinados actores el adulto mayor espera un apoyo que no espera en otros actores. Por ejemplo, puede esperar cariño y afecto de sus familiares, pero no de los profesionales que lo acercan al centro de día. Del Estado, por ejemplo, el adulto mayor espera eficacia y recursos económicos, pero no cariño. Las expectativas depositadas en los diferentes actores pueden verse defraudadas, y ser a su vez fuente de conflictos abordables con las herramientas de la mediación. Se puede incidir sobre la familia haciendo ver que lo que el adulto espera de ellos es cariño y afecto principalmente, porque los cuidados de las actividades básicas de la vida diaria —abreviado en ABVD— los tiene cubiertos por la ley de dependencia.

1.7.3. EL ENVEJECIMIENTO COMO ÁMBITO DE ACCIÓN PARA EL SOPORTE FORMAL

Una vez que hemos visto el entorno familiar y el soporte social de las personas mayores, hemos de tratar del soporte formal, es decir el prestado formalmente por el Estado y otras instituciones reconocidas por el derecho público. Es por ello que estudiamos ahora el marco legal definido por esta ley en la que deben integrarse toda institución formal de asistencia a los colectivos dependientes.

Cualquiera que sea la causa explicativa de las obligaciones morales hacia nuestros mayores, es notorio el carácter obligatorio del cuidado hacia las personas de la tercera edad en las legislaciones de la mayoría de los países occidentales. En la mayoría de los estados existe un derecho de familia especificado y concretado en extensas normativas, y específicamente en la jurisprudencia sentada en torno a este tema.

El Estado puede articular y hacer efectivas toda una batería de medidas encaminadas a cuidar de las personas mayores. Pero no puede desplazar la función de la familia. Como ha puesto de relieve Estévez de un modo que se puede generalizar a cualquier institución social o estatal de cuidados al anciano, «los familiares deben participar en la ejecución de las activi-

dades de la institución, pero también en la planificación y desarrollo de todas las actividades que impliquen a sus ancianos» (Estévez, 2000, pág. 34). Es importante ofrecerle a la familia la posibilidad de participar e integrarse plenamente con sus familiares en la vida institucional de la casa hogar, desde el momento del diagnóstico y la evaluación.

Por consiguiente, la relación entre el núcleo familiar y las instituciones sociales o estatales de cuidados, conlleva en primer lugar el deber de conocer los procesos burocráticos y las instituciones de acogida, así como la perseverancia en conductas de tipo afectivo hacia los propios mayores. Es deseable una interacción entre la institución y el hogar originario del anciano, pues se trata de los dos elementos polares de referencia en la vida del adulto mayor. Esto conduce a una asimilación efectiva de los contextos de vida para la persona mayor, favoreciendo el intercambio mediante actividades socializadoras, de encuentro e integración entre la familia, el anciano y la institución, es decir, determinadas por la interacción positiva señalada anteriormente por Estévez.

A) La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

Un hito en el soporte formal de las personas mayores que necesitan cuidados, es la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, publicado en el BOE 299 del mismo año. El objeto de esta Ley es cubrir las necesidades de las personas mayores (entre otros colectivos) que requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y se encuentran en situación de especial vulnerabilidad. Así pues, esta ley plantea la necesidad de establecer un marco jurídico que ofrezca protección a las personas de la tercera edad, para lo que intenta elaborar un marco de gestión integral en torno al cuidado de aquellos que no tienen los medios para valerse por sí mismos.

A nuestro respecto, la ley en su articulado define los cuidados formales como:

Los prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas dependientes, ya sea en su hogar o en un centro» (exposición de motivos de la ley) (BOE 299, 2006).

La atención de las personas en situación de dependencia tradicionalmente había sido adjudicada al núcleo familiar, tanto si algún familiar vive con la persona dependiente, como si ya no conviviera con ella. Por esto, la ley vigente considera a los familiares como los cuidadores informales principales. Tradicionalmente este cuidado informal ha sido ejercido por las mujeres que conviven con el anciano que necesita cuidados ya sean esposas, madres, hermanas o nueras, como veremos más adelante.

Con esta ley se definen los cuidados profesionales o formales tal como viene reflejado en su artículo 2:

2. La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan (BOE, 299, 2006, Ley 39, pág. 6).

Esta ley tiene como objetivo complementar los cuidados informales que necesitan las personas mayores en situación de dependencia (entre otros colectivos) ya que ofrece a las familias una serie de prestaciones y servicios para el cuidado de las personas en situación de especial vulnerabilidad.

Ante todo, nos interesa atender al concepto de «dependencia» esgrimido por el articulado legal. El legislador entiende por «dependiente»:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.» (BOE, 299, 2006, artículo 2.2.)

Como vemos la efectividad de esta ley es sumamente importante para diferentes avatares de la vida del adulto mayor. Esta ley contempla cuatro supuestos para que un adulto mayor pueda disfrutar de ella: la edad, la enfermedad, la discapacidad y la pérdida de autonomía en las dimensiones física, mental, sensorial e intelectual. Pero su aplicación está supeditada a las necesidades de ayuda. Es decir, personas mayores que sean perfectamente autónomas, o que por enfermedad no vean mermadas sus capacidades no pueden disfrutar en ese momento de las facilidades que otorga esta ley.

Así pues, el centro sobre el que gravitan los beneficios concedidos por esta ley es doble: las «actividades de la vida diaria» y la «autonomía personal». Comencemos por las primeras. Es importante destacar que en el mismo desarrollo de la ley se definen las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas» (BOE, 299, 2006 art. 2).

Para que una persona mayor pueda disfrutar de estos beneficios necesita previamente una valoración de la situación de su autonomía en cualquiera de las dimensiones anteriormente mencionadas (física, mental, intelectual o sensorial). Para ello, en esta ley se

establecen los baremos oficiales de gravedad para valorar el grado de dependencia (dependencia moderada, severa o gran dependencia). La ley reconoce el derecho de todo ciudadano a solicitar tal valoración, que será realizada por los órganos que decida cada comunidad autónoma y según el grado tendrá derecho a una serie de servicios estipulados en su artículo 15:

Artículo 15. Catálogo de servicios.

1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:
 - a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
 - b) Servicio de Teleasistencia.
 - c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - (i) Atención de las necesidades del hogar.
 - (ii) Cuidados personales.
 - d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (i) Centro de Día para mayores.
 - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (iii) Centro de Día de atención especializada.
 - (iv) Centro de Noche.
 - e) Servicio de Atención Residencial:
 - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - (ii) Centro de atención

A partir de la evaluación desarrollada se diseñará el *Plan Individual de Atención* (PIA), en el que se detallarán los servicios y/o prestaciones a las que la persona tiene derecho en función de su nivel de dependencia.

En conclusión, esta ley viene a complementar los cuidados informales y viene a ser el soporte formal de las personas mayores en sus cuidados. Ahora debemos tratar de la situación del adulto mayor en nuestro país.

B) Otras instituciones encargadas de cuidados formales a las personas mayores. El tercer sector de cuidados sociales

De los cuidados formales a las personas mayores se encargan instituciones sin ánimo de lucro, y con voluntarios en el seno de su organización, así como otras organizaciones e instituciones de carácter privado surgidas también de la sociedad civil que sí tienen ánimo de lucro, y cuya mayoría de trabajadores son empleados. El primer tipo de instituciones conforma el rico tejido del denominado Tercer Sector de Cuidados Sociales, que aglutina desde instituciones como *Cáritas* o la *Cruz Roja*. El segundo tipo de instituciones aglutina a organizaciones como la ONCE o empresas surgidas de iniciativas privadas como las diferentes mutualidades o las residencias de atención a ancianos, empresas de cuidados, etc.

Pero no podemos pensar que Tercer Sector e iniciativa privada son realidades sociales desconectadas entre sí, por una parte, y del Sector público, por otra. Como Vicente Marbán

Gallego ha hecho ver, asistimos a una confluencia creciente de los esfuerzos por atender al adulto mayor por parte de todo tipo de instituciones.

A este respecto, en los últimos años las políticas públicas se vienen centrando cada vez más en una corresponsabilidad de tres sectores, el sector público, el sector privado y el Tercer Sector. Éste último ha ido adquiriendo un creciente protagonismo en dichas políticas debido, entre otras razones, a su progresiva institucionalización en las últimas tres décadas como un sector relativamente cohesionado favorecido a su vez por un contexto de redimensionamiento del Estado de Bienestar y de los servicios sociales, por la revitalización de la sociedad civil y el creciente peso del voluntariado, y por el reconocimiento de su papel en la provisión de bienestar social en las sucesivas legislaciones estatales, autonómicas y municipales (Marbán, 2008, pág. 90).

Esta confluencia puede apreciarse en la siguiente estadística en la que se expone gráficamente la financiación del tercer sector social en España. En ella se aprecia un incremento, casi sin solución de continuidad desde el año 2012, ligeramente interrumpida en el tránsito del 2016 al 2017, y con cifras de financiación sobre los 12.000 millones de euros.

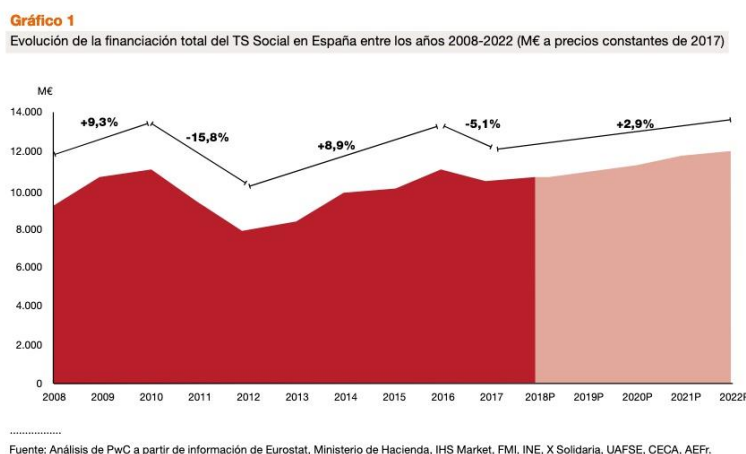
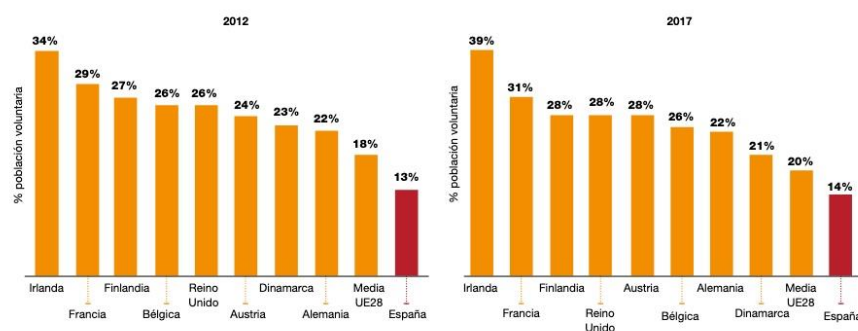


Figura 11. Población voluntaria en los principales países europeos, años 2012 y 2017. Fuente: Análisis de PwC a partir de información de Eurostat, Ministerio de Hacienda, IHS Market, FMI, INE, X Solidaria, UAFSE, CECA, AEFr.

Así pues, las políticas públicas están favoreciendo la emergencia de muchas energías utópicas que se encauzan en forma de voluntariado, y que tienden al bienestar social. La formación del voluntariado por parte de las organizaciones del Tercer Sector añade un factor sumamente importante para nuestra investigación, y es la sensibilización hacia la problemática del envejecimiento, y la creación de redes de proximidad, muy cercanas espacial y vivencialmente a las personas mayores con problemas. Entre estas iniciativas, es digna de mención, la formación entre el voluntariado de «discapitados leves aptos para tareas de atención a domicilio, en los que además de proveer cuidados se crea una mayor complicidad entre la persona dependiente y la discapacitada mejorando con ello la autoestima de estas últimas» (Marbán, 2008, pág. 92).

Gráfico 10

Benchmark de la población voluntaria en los principales países europeos, años 2012 y 2017 (%)



Análisis de PwC a partir de información de World Giving Index.

Figura 12. Población voluntaria en los principales países europeos, años 2012 y 2017. Fuente: Fundación PwC, 2018, pág. 27. Análisis realizado por PwC a partir de información de World Giving Index.

El encauzamiento llega a la prestación de «servicios que son deficitarios en la mayoría de los centros de día y residencias públicas, por ejemplo, con programas específicos para personas dependientes moderadas y severas a través de voluntariado dedicado al acompañamiento nocturno, en fines de semana, incluso en post-operatorios» (Marbán, 2008, pág. 96). Se tratan de servicios muy eficaces y complementarios con los que puede realizar el Estado o las iniciativas privadas.

Tanto en el Tercer Sector como en la sociedad civil encontramos como prestatarias de soporte formal a instituciones como la Cruz Roja, Cáritas, y muchas empresas surgidas de iniciativa privada y con ánimo de lucro. Estas organizaciones ayudan a las personas mayores a retrasar situaciones de dependencia (mediante programas educativos y preventivos (por ejemplo, de deterioro cognitivo, talleres de memoria, envejecimiento activo, etc.) y, dependiendo de la naturaleza de la institución y del mayor favorecen la permanencia en su domicilio para que, a través de distintas intervenciones, aumenten su autonomía y calidad de vida. Estas acciones las encontramos en diferentes programas, como la teleasistencia, la ayuda a domicilio complementaria, el envejecimiento saludable, los centros de día y de apoyo temporal a familias con personas mayores a su cargo, etcétera.

Estos soportes formales deben complementarse con actuaciones sociales de trabajadores sociales, educadores, etcétera, para incrementar la calidad de vida en el último periodo de la edad adulta y, para prevenir el deterioro de las personas mayores.

CAPITULO II: LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES, PERSPECTIVAS Y CONFLICTOS SOCIALES

II.1. INTRODUCCIÓN

En su estudio sobre la ancianidad, Maderna *et al.* (1987) comentan que la soledad es un hecho que acompaña a la existencia humana desde la cuna a la tumba, pero que se hace especialmente patente en las últimas etapas de la vida. Entonces es cuando:

Se abre el espacio de la soledad, una soledad que en realidad siempre existió pero que estaba enmascarada por una amplia gama de modalidades centradas en relación con el ‘hacer’, con el menoscabo de otras en relación con el ‘sentir’. Y al sujeto que se ‘graduó’ de anciano de pronto le faltan en rápida secuencia los lugares y las formas del ‘hacer’; la falta de costumbre para ‘sentir’, es decir, para desempeñar una gama de operaciones centradas en la convivencia de la propia interioridad, implica una desbandada a la que muchos no logran adaptarse (Maderna, Ianni y Membrino, 1987, pág. 536).

La vivencia de la soledad surge entonces, a juicio de estos autores, cuando el ruido del hacer (laboral, ante todo) cesa. Este cese de una actividad externa a la que se han destinado muchas décadas de trabajo profesional y algunas décadas anteriores destinadas a la cualificación para dicho trabajo, deja abierta la posibilidad del cultivo de la propia vida, de la propia interioridad. Cuando la actividad hacia fuera cesa, queda dirigir la mirada hacia dentro, hacia la propia interioridad e intimidad. Y esta posibilidad es apreciada por muchos como una pérdida, la del mundo laboral. Y de esta pérdida, comentan, muchas personas no logran recuperarse. Hemos de tratar a continuación de las consecuencias para la persona humana de esta pérdida.

Se trata de explorar los conflictos a los que da lugar la soledad de las personas mayores. Hemos de explorarlos porque nuestra investigación versa sobre el alcance y los límites de la herramienta de la mediación con personas mayores —*Elder mediation*— para resolver esos conflictos. Pero para atender a esos conflictos hemos de adquirir una perspectiva correcta sobre la soledad de las personas mayores. Como hemos visto, la soledad puede ser vista, y así lo hacen Maderna *et al.* (Maderna *et al.*, 1987), como la apertura de una plenitud insospechada: la del cultivo de sí. Pero, como esos autores también apuntan, esa posibilidad está acompañada por las sombras de una pérdida, que pueden generar consecuencias verdaderamente desastrosas para las personas mayores.

Se trata de adquirir una perspectiva adecuada sobre la soledad en personas mayores y de señalar los conflictos a que da lugar el fenómeno de la soledad. Ese es el objetivo de este

capítulo. Para ello tendremos que distinguir la soledad del aislamiento. No es lo mismo tener sentimientos de soledad que sufrir de aislamiento social. En el capítulo I, por ejemplo, tratamos del fenómeno discriminatorio del edadismo. Esa discriminación da de suyo lugar a aislamiento social. También el capítulo I hablamos del soporte familiar, social, civil y estatal a las personas mayores. Es evidente que este soporte puede fallar, y entonces nos encontramos con situaciones objetivas de aislamiento. ¿Qué relaciones hay entonces entre aislamiento y vivencia de soledad? ¿Qué relación entre la vivencia de la soledad, tejido social de apoyo, y salud? ¿Podemos considerar ya, de suyo, la soledad como una enfermedad? ¿Es de suyo ya conflictual o problemática?

Según este estudio, y como es obvio, el envejecimiento de suyo no da lugar ni a la soledad subjetiva, ni al aislamiento social. Se trata de fenómenos diferentes y extrínsecos unos a otros, aunque en muchos casos se pongan en relación. La articulación entre estos fenómenos es propiciada por determinados factores, que propiamente pueden ser considerados factores de riesgo.

El envejecimiento, independientemente de otros factores, no provoca aislamiento social ni soledad. Sin embargo, las personas de 50 años o más tienen más probabilidades de experimentar muchos de los factores de riesgo que pueden causar o exacerbar el aislamiento social o la soledad, como la muerte de seres queridos, empeoramiento de la salud y enfermedades crónicas, el advenimiento de discapacidad sensorial, la jubilación, o cambios en los ingresos. Las relaciones entre los factores de riesgo y el aislamiento social o la soledad pueden ser bidireccionales en el sentido de que estar socialmente aislado o el sentirse solo puede afectar la salud, mientras que estas mismas condiciones de salud pueden hacer que sea más probable experimentar aislamiento social o soledad (Committee on the Health and Medical Dimensions, 2020, pág. 93).

Como se mostró en un trabajo anterior hay una correlación, por ejemplo, entre sufrir un lupus y los fenómenos de soledad y aislamiento social (Ruiz Trascastro, 2006). El trabajo de las academias americanas que estamos comentando comienza incluso «evaluando la evidencia del impacto del aislamiento y la soledad, y otros aspectos relacionados con la conexión social, sobre la mortalidad», y concluye afirmando que el aislamiento social es un «factor de riesgo comparable al tabaquismo, la obesidad o el sedentarismo».

II.1.1. AISLAMIENTO SOCIAL (SOCIAL ISOLATION) Y VIVENCIA DE SOLEDAD (LONELINESS)

Nuestra lengua castellana aúna en un solo vocablo «soledad» dos conceptos que en otras lenguas están separados terminológicamente, y que de suyo constituyen dos dimensiones del fenómeno de la soledad, la dimensión de la soledad objetiva y la de la soledad subjetiva. Es cierto que en nuestra lengua también existe el término aislamiento, pero no es menos cierto que el término soledad resulta de suyo ambiguo. En inglés, a la soledad objetiva se la denomina *isolation*, mientras que se denomina *loneliness* a la soledad subjetiva. En alemán sucede lo mismo, se habla en esa lengua de *Absonderung* y *Einsamkeit* respectivamente. En francés, *isolement* y *solitude*.

Lo primero que debemos afirmar para el objeto de nuestra tesis es que tanto el aislamiento social como la soledad son problemas asociados o relacionados con el envejecimiento. Precisamente por ello, es por lo que podemos usar y evaluar la herramienta de la mediación social con mayores. Tanto la soledad como el aislamiento social constituyen dos problemas y dos fuentes potenciales de conflictos. Se trata de dos problemas sumamente diferentes: el primero atañe a la dimensión *objetiva* definida por la escasez de contactos intersubjetivos, el segundo atañe a la repercusión negativa en la afectividad de la vivencia *subjetiva* del aislamiento.

Hay autores como Rubio que no aciertan a ver lo problemático de la soledad. Es cierto que todas las personas en algún punto de la vida necesitan estar solas durante algún tiempo. Sin esos periodos es difícil alcanzar ciertos objetivos. De aquí concluye Rubio que estar solo no siempre es un problema (Rubio y Aleixandre, 2002). Pero, nos parece que se trata de una trampa provocada por la ambigüedad del lenguaje. A esos momentos en que nos concentramos en nosotros mismos, y deliberadamente recortamos los posibles contactos sociales, los podemos denominar momentos de soledad. Pero en modo alguno son vivencias de soledad, no nos sentimos solos en esos momentos, sino concentrados, reflexionando, plenos, buscándonos, etc. Sentirse solo, es otra cosa.

Un autor que ha explorado más justamente el aspecto esencialmente negativo y problemático de la vivencia de soledad es Bermejo. Según este autor, sentirse solo es algo mucho más complejo. Como lo que define al aislamiento social es la merma en contactos con otras personas, puede darse el caso de que hay personas que aun viviendo en compañía de sus seres queridos no tienen suficientes contactos con ellos, por lo que pueden sentirse solos o despreciados. En este sentido la soledad es subjetiva, es una experiencia que se produce cuando los contactos intersubjetivos no son satisfactorios o no cubren las expectativas de la persona (Bermejo, 2005).

Se suele hablar de soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia a la falta de contactos intersubjetivos o personales. Es cierto que no toda situación de aislamiento social provoca sentimientos de soledad, pero se debe afirmar que sólo cabe sentir la garra de la soledad cuando los contactos personales no tienen la extensión o carecen de la calidad que debieran.

La dimensión de la soledad subjetiva es la que padecen las personas que se sienten solas, aun viviendo con familiares y seres queridos por lo que se hace referencia es un sentimiento doloroso y que causa mucho temor, sobre todo en personas mayores, no se trata en ningún caso de una situación provocada a propósito, sino más bien la conjunción de una serie de circunstancias que la llevaron a terminar en esa situación.

Pues bien, y como hemos afirmado al comienzo de este epígrafe, tanto el aislamiento como la soledad son problemas y fuentes de conflicto. Ante todo, son problemas que afectan a la calidad de vida y a la salud —física y mental— de las personas mayores.

Wenger (1996) ha señalado la abundante biografía que afirma que el envejecimiento parece ser también el problema más común para los servicios sociales: Stevenage Development Corporation 1973; Hazan 1980; Grant 1981; Sinclair *et al.* 1990; Jerome 1991 —citados en Wenger (1996)—.

Parece clara que una de las causas de la soledad entre las personas mayores es la viudedad y el divorcio. No se trata meramente de comenzar a habitar un hogar que de repente se ha vuelto unipersonal. Se trata de que esa pérdida es una de las más dolorosas que una persona puede sufrir. La pérdida del otro más íntimo. Como ha puesto de relieve Pinquart (2001), la soledad tiene que ver, ante todo, con la importancia emocional o afectiva de la relación perdida. Así a la situación objetiva se le añade el vector subjetivo. Así pues, el trabajador social que se enfrente a la soledad del mayor, debe hacer frente no sólo a una situación objetiva, sino con frecuencia a unos factores subjetivos de tremenda fuerza. Por eso, entre los conflictos derivados de la soledad en las personas mayores, son muy frecuentes los que tienen que ver con el régimen de visitas de hijos y nietos.

Un problema diferente lo presentan las personas solteras. Frecuentemente, estas tienen menos problemas relacionados con la vivencia subjetiva de la soledad, puesto que han desarrollado estrategias para tenerla a raya a lo largo de su vida.

Pinquart (2003) en el estudio aludido muestra que el trabajo de mediación debe centrarse ante todo en los efectos de las interacciones y encuentros intersubjetivos de las personas que viven la soledad. A este respecto concluye que:

La intervención psicosocial puede ser necesaria para los adultos en situación de soledad con bajo nivel de contactos con familiares, amigos y vecinos. Estas intervenciones han de enfocarse en la expansión de la frecuencia y el rango de actividades de tiempo libre (Searle, Mahon, Iso-Ahola, Sdrolas, y van Dyck, 1998), la promoción del tiempo conjunto con amigos (Stevens, 1997) y la mejora de la calidad de las relaciones familiares (Pinquart, 2003, pág. 50).

Concordamos plenamente con esta conclusión de Pinquart (2001). En ella se aprecian las variables principales a que ha de atender la mediación con personas mayores (*elder mediation*): número de contactos interpersonales, tipos de contactos, frecuencia de actividades conjuntas, calidad de esas actividades, y calidad de las interacciones con otros miembros de la familia.

Pero la soledad no es sólo objetiva o subjetiva. Hay otros tipos de soledad, conceptualizarlos arroja cierta luz sobre la experiencia de la soledad, y es que esta realidad tiene múltiples facetas. Rondón las ha explorado y compendiado, con una excelente mirada sinóptica (García Rondón, 2022). Así, este autor ha detallado los siguientes aspectos que cualifican la soledad como objetiva, subjetiva, emocional, existencial, social, transitoria, crónica, impuesta y por último patológica. Es evidente que algunas de estas cualidades que puede recibir la soledad forman parejas polares: objetiva-subjetiva; transitoria-crónica; existencial-social. También resulta a veces discernir algunas de estas cualificaciones, por ejemplo, en que se diferencia la soledad objetiva de la soledad social. En un caso y otro la persona carece de una red de apoyo social, ya sea informal o formal. A veces puede resultar difícil establecer los límites entre una adjetivación y otra, por ejemplo, cuando la soledad subjetiva resulta patológica.

También cabe que una persona se encuentre con una soledad muy compleja: objetivamente puede carecer de apoyo social, y subjetivamente puede llevarlo muy mal. Más aún, estos dos aspectos suelen ir de la mano, aunque no están asociados necesariamente. Al mismo tiempo esa persona puede sufrir muchas dudas existenciales respecto al sentido de su vida en condiciones tan penosas, sin nadie que le apoye, o con quien compartir la aventura del vivir. Más aún esa persona puede haber visto cómo el deterioro y la destrucción final de sus redes de apoyo no fueron queridas por ella, sino fruto de un aciago destino, de una coyuntura nefasta. Entonces vive también una soledad impuesta, que si se prolonga en el tiempo es crónica y que puede ocasionar un serio desgaste emocional y mental a la persona. En ese caso, esta persona sufriría una soledad objetiva, subjetiva, existencial, impuesta, crónica y patológica.

II.1.2. SOLEDAD Y GÉNERO

La vivencia de la soledad está fuertemente troquelada, como todos los sentimientos, por la cultura, y por esos dos importantes procesos en los que se nos transmite una cultura determinada: la socialización primaria y secundaria. Estos dos procesos difieren notablemente, como ha hecho ver Ami Rokach (Rokach, 2018), entre los varones y las mujeres, y ese carácter diferencial entre la educación de uno y otro género, afecta a la vivencia de la soledad de esas personas cuando ya se han hecho adultas. Esta autora, en un artículo de revisión acerca de la literatura más significativa sobre género y soledad, sostiene —citando a Victor y Yang 2012— que la mujer es más proclive a manifestar sus sensaciones de soledad, y ahora más que en épocas pasadas (Nolen-Hoeksema y Rusting, 2000).

Sin embargo, el hecho de ser más capaz de expresar sus sentimientos no es indicativo de la soledad real, como indica la misma autora —citando a Aartsen y Jylhä, 2011— (Aartsen, y Jylhä, 2011), los hombres se encuentran más solos que las mujeres. Como veremos más adelante, en esta aparente contradicción están implicados los dos conceptos fundamentales que se reúnen en cualquier investigación sobre la soledad: el aislamiento social, soledad objetiva, o soledad social (Weiss) de una parte, y la soledad subjetiva, emocional, o simplemente sentimiento de soledad, de otra. El varón acusa la falta de contactos sociales, la debilitación de la red que había ido forjando a lo largo de su vida. La mujer, en cambio, se instala en la esfera de su afectividad. Acusa el golpe que la erosión de su red de contactos provoca en ella. En cualquier caso. Jacobson y Rahm-Hallberg han mostrado que tanto el aislamiento social como la vivencia de la soledad son percibidos por las personas mayores, de sendos géneros, como amenazas reales para su bienestar (Jakobsson, y Hallberg, 2005).

En España hemos pasado de una sociedad en cuyo vértice se encontraban los adultos mayores a una en la que la productividad se convierte en estímulo para dejar atrás a los que ya no producen. Esto sucedió de una generación a otra, así que los procesos de adaptación naturales y paulatinos no han logrado desarrollarse cabalmente. Estos dos modelos de familia por supuesto, afectan el desempeño de cualquier programa de mediación porque se refieren a una brecha generacional importante, que afecta a la valoración del papel asignado a los adultos mayores.

En el caso de las mujeres se suma además el hecho de que, si tradicionalmente ella asumía las funciones del cuidado de sus mayores como del resto de la familia, ahora con la incorporación al mundo laboral, esos roles sociales no encuentran en la mujer el destinatario obvio, natural y evidente. Esto es fuente de un sinnúmero de conflictos entre mujer y hermanos, por ejemplo, y cuya resolución es muy hacedera con las herramientas de la mediación social.

II.2. ALGUNOS DATOS SOBRE LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

En nuestro país, y según la «Encuesta continua de Hogares» publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el pasado 2 de abril de 2020, 4.793.700 hogares en España estaban habitados por una sola persona. «De esta cifra, 2.009.100 (un 41,9%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.452.300 (un 72,3%) eran mujeres».

El propio INE nos ofrece una foto fija de la distribución por edades de las personas que viven solas en España. Los datos son apabullantes si tenemos en cuenta el factor edad. El 64,1% de las personas de más de 85 años viven en hogares unipersonales. En la franja de edad de los 75 a los 84 años, el 49,4% de las personas, y en la de 65 a los 74 años el 34,1%. Es decir, estamos hablando que en la última franja que hemos considerado, un tercio de las personas viven en hogares unipersonales. En la segunda franja, la mitad de los españoles habitan en situación objetiva de soledad y en la primera franja que consideramos el 64%.

Hogares unipersonales por edad y sexo

Edad	Sexo	Año 2019	Año 2018	Variación absoluta	Variación relativa (%)
Total	Total	4.793.700	4.732.400	61.300	1,3%
Menos de 65 años	Total	2.784.500	2.694.800	89.700	3,3%
	Hombre	1.647.200	1.593.800	53.400	3,4%
	Mujer	1.137.300	1.101.000	36.300	3,3%
65 y más años	Total	2.009.100	2.037.700	-28.600	-1,4%
	Hombre	556.800	572.100	-15.300	-2,7%
	Mujer	1.452.300	1.465.600	-13.300	-0,9%

Tabla 6. Hogares unipersonales en España

Actualmente en España la soledad en personas de la tercera edad se trata mediante intervenciones y grupos de apoyo. Aunque no existen pruebas científicas de la efectividad de las mismas, la literatura conseguida hace afirmaciones acerca de que este tipo de metodologías no son de todo eficaces (Víctor y Sullivan, 2015).

Personas que viven solas según sexo y edad. Año 2019. Porcentaje

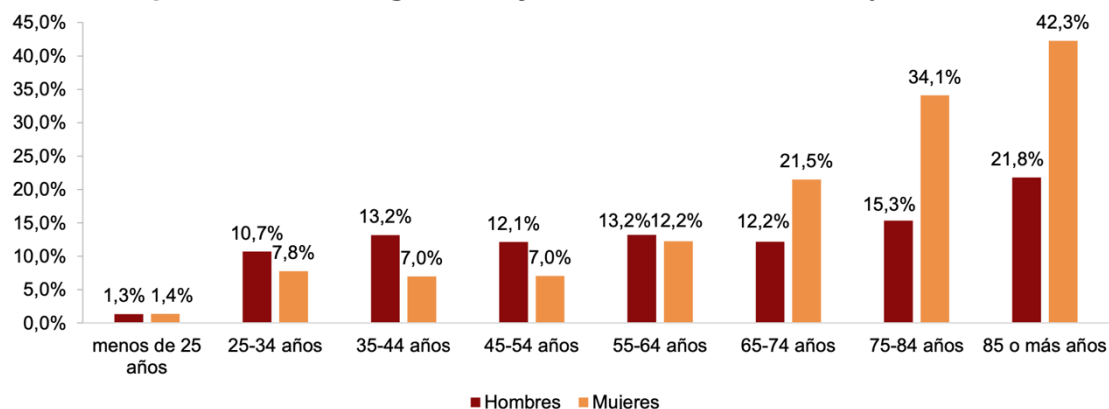


Figura 13. Personas que viven solas por edad y género en España

Aunque escasas, se han desarrollado diversas investigaciones con el objetivo de reducir la sensación de soledad en personas de la tercera edad (Coll-Planas, 2019). Recientemente, Coll-Planas (Coll-Planas *et al.*, 2017), desde la *Fundación Salud y Envejecimiento* de la Universidad Autónoma de Barcelona y en colaboración con diversos centros de atención primaria del Instituto Catalán de Salud, desarrollaron y probaron un tipo de atención basada en la promoción del capital social con personas de la tercera edad que estaban en sensación de abandono y soledad. El objetivo de esta intervención grupal era aumentar la participación social de este grupo de personas. Para ello se procedió a la introducción de personas voluntarias. Estos tenían la peculiaridad de que también eran personas mayores. Su labor de voluntariado estribaba en servir de puentes que conectara a los mayores aislados socialmente con los recursos comunitarios que tenían a su alcance y con su entorno social. Los resultados de este estudio demostraron que este tipo de intervenciones son altamente efectivas en la reducción de los efectos emocionales de la soledad en personas mayores, pero a medio plazo.

El aislamiento social y la soledad constituyen en España situaciones sociales complicadas, que deben ser atendidas desde varios frentes. Desde el punto de vista demográfico en Europa y España, el envejecimiento de la población se presenta como un problema sanitario de grandes repercusiones, tanto económicas como sociales. En el caso particular de España, muchas ONG y organismos oficiales realizan enormes esfuerzos para atender a las necesidades de este grupo etario, sobre todo a los que no sólo viven en soledad, sino que desarrollan patologías asociadas no solo a su condición física sino también a los factores físicos, psíquicos y sociales que desencadenan el aislamiento y la soledad, y de los que hablaremos más adelante (véase II.5).

Los planes de la Cruz Roja Española, en ese sentido, buscan no solo cubrir una necesidad de compañía y atención primaria de salud, sino también otras necesidades, cuidados y atención a familias con personas mayores dependientes, teleasistencia domiciliaria y móvil entre otros servicios que van cambiando en la medida en que las necesidades y el entorno cambia. Estos servicios que la Cruz Roja Española presta a la

sociedad gozan de una aceptación cada vez mayor. Existe una percepción positiva no solo de los usuarios, también los familiares preocupados por contar con algún apoyo en caso de ser necesario. No pocos buscan o aceptan la contratación de estos servicios.

Iniciativas como estas son muy importantes, pero hay que afirmar que resultan insuficientes. Cada vez hacen falta más planes y redes de apoyo para las personas mayores. Desde el punto de vista social son necesarios planes, mecanismos e incentivos para insertar socialmente a las personas mayores en situación de soledad. Como comentamos en el capítulo anterior, uno de estos programas es por ejemplo el envejecimiento activo, que intenta que el adulto mayor no se convierte en una persona con discapacidad. Con ello disminuyen riesgos físicos y psicológicos derivados de la soledad.

El objeto de esta tesis es precisamente la mediación integrada en las intervenciones que promueve el Consorcio Europeo para el envejecimiento activo y saludable —European Partnership on Active and Healthy Aging—. No obstante, no debe buscarse la panacea a los males que la soledad y/o el aislamiento social traen consigo en el envejecimiento activo y saludable. Como han puesto de relieve De Koning *et al.*:

Es posible que las personas mayores muy activas estén socialmente aisladas (pero no solas) si sus intereses residen en actividades solitarias, y es posible que experimenten soledad emocional (pero no aislamiento social) cuando las relaciones íntimas se ven interrumpidas. Es posible que las personas mayores inactivas adapten sus actividades para satisfacer sus expectativas de contacto social y, de este modo, evitar el aislamiento social y/o la soledad. Esta diversidad pone de manifiesto la necesidad de reconsiderar los estereotipos de las personas mayores solitarias y no solitarias y de identificar enfoques individualizados para aliviar la soledad en la tercera edad (De Koning, 2021, pág. 3971).

Se trata de un asunto complejo puesto que, aunque la soledad suele conducir a la reducción de la actividad física entre las personas mayores (véase Schrempft *et al.* 2019; Hawkey *et al.* 2009) sin embargo, y como expresa De Koning *et al.* en el texto recién citado el problema de la soledad ha de enfocarse ante todo en los individuos. Precisamente por ello, la mediación (que se realiza entre una estrategia de intervención y particulares) puede ofrecer una vía de adaptación de las intervenciones a la realidad social.

II.3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE EL FENÓMENO DE LA SOLEDAD

Esta tesis doctoral trata sobre la mediación con personas mayores en situación de soledad. Como veremos, la situación de soledad es un asunto teóricamente complejo, pues ante todo es una situación caracterizada por los escasos contactos interpersonales y/o la baja calidad de estos contactos. Pero esta situación repercute sobre el psiquismo en la forma de un sentimiento denominado soledad. Estos dos factores —aislamiento y soledad— han de ser tenidos en cuenta para analizar la función que juega la mediación con personas mayores en los conflictos que surgen con instituciones y con sus familias. Analizaremos en primer lugar el tema de la soledad, pero con plena conciencia de que no es dissociable del tema del aislamiento.

No existe un concepto único de soledad, se ha llegado incluso a afirmar que «probablemente existan tantas soledades como individuos que las definan» (López-Doblas, 2005, pág. 111). Juan López Doblas y María del Pilar Díaz Conde han trabajado, desde la perspectiva de las ciencias sociales, la vivencia de la soledad en las personas mayores que enviudan tras varias décadas de convivencia matrimonial, y que habitan hogares unipersonales. Al hacerlo discriminan, siguiendo a Weiss (1973) la soledad emocional de la soledad social. Nos parece que esta distinción equivale a la soledad como sentimiento o como aislamiento social, tal y como lo exponen Havens (2004) o Wenger (1996). En cualquier caso, el hecho de enviudar supone un trastorno de las redes sociales tejidas por la pareja. Como han mostrado en su investigación estos autores:

La amistad no se pierde, pero las personas mayores, al quedar viudas, dicen encontrarse incómodas compartiendo sus actividades sociales con las casadas. No encajan entre ellas, de modo que prefieren rodearse de iguales, de individuos sin pareja y de su sexo, desarrollando una estrategia de compensación relacional que suele estar sometida al control social, particularmente en el medio rural, pero capaz de suministrar nuevas fuentes de amistad (López Doblas *et al.*, 2018, pág. 11).

Aquí la vivencia de soledad conduce a problemas personales sobre la redefinición de la red de amistades y de soporte social. No se trata de problemas en los que la mediación pueda intervenir. Pero sí se trata de problemas debidos a la soledad. Estos autores, en cambio, sí mencionan otros problemas derivados del enviudamiento en los que la mediación puede intervenir. Según los datos manejados por estos autores, los varones son más vulnerables emocionalmente ante la soledad derivada de habitar un hogar unipersonal tras un periodo muy prolongado de compartirlo:

Se les ve menos capacitados para mantenerse independientes y más vulnerables a la soledad pues reciben menos apoyo emocional por cuestiones de género: los viudos suelen obtener de la familia la ayuda instrumental que necesitan, pero no siempre el apoyo emocional que precisarían dado que, al ser algo inmaterial, ni los allegados lo perciben ni ellos mismos lo demandan (López Doblas *et al.*, 2018, pág. 11).

Aquí la mediación con la familia juega un papel clave y evidente. El adulto mayor que recurre a la mediación por sus sentimientos de soledad, puede no ser consciente de que en realidad le falta soporte emocional o afectivo. Tampoco la familia puede ser consciente de que no le prestan el necesario apoyo. Parece que el conflicto está soterrado, pues no hay conciencia de él. La única noticia que emerge es el sentimiento y la vivencia de soledad. La persona mediadora puede ayudar a expresar las necesidades e intereses de ambas partes. En este proceso se llega a tomar conciencia de la causa real del conflicto.

Estos casos de personas mayores enviudadas son especialmente útiles para la investigación, que trata precisamente de los conflictos que tienen con sus familiares los adultos mayores que viven en situación de soledad, sean viudos, separados, divorciados o solteros. Como veremos en el epígrafe VII.1. —figura 28—, el 58% de las personas de la muestra que hemos realizado en el trabajo empírico son viudas. Es preciso tener en cuenta que la causa de la vivencia de soledad puede ser oscura, que no emerja claramente a la conciencia. Y por eso, muchos de los encuestados no alcanzan a tener claridad sobre la causa

del sentimiento de soledad que los desazona. Y precisamente, en estos casos, las herramientas de mediación, con sus procesos explicitadores de intereses y necesidades ocultas, son especialmente importantes.

Tzouvara, *et al.* (2015) han llamado la atención sobre el hecho de que en la lengua inglesa existen algunos términos que se usan con sentidos distintos. Además, en este trabajo se destacan algunos aspectos o factores que hay que tener en cuenta para acercarnos tanto teórica como prácticamente al fenómeno de la soledad. Se trata de los:

- i. Aspectos situacionales: el aislamiento puede ser una situación real/objetiva o una experiencia subjetiva.
- ii. Aspectos cognitivos: la percepción de control sobre la situación, esto es, si es controlable y elegida o, por el contrario, se percibe como incontrolable y no elegida.
- iii. Aspectos emocionales: la valencia emocional asociada a la experiencia de soledad que puede ser positiva, neutral o negativa.
- iv. Aspectos sociales: la necesidad de socializar en la vejez, las condiciones para que estas se den efectivamente y sensación de realización y satisfacción con los logros alcanzados a lo largo de la vida, así como la afiliación social, familiar y del entorno.

Del estudio realizado por Tzouvara *et al.* (2015) también podemos destacar que estar solo —o *being alone* o *aloneness*— es una experiencia consiente y controlable en la cual el individuo elige estar solo y se siente bien con ello. En este caso, la falta de compañía no es relacionada con una situación que lo lleva a estar solo, sino más bien responde a su propia voluntad. Por su parte, la *soledad* o *loneliness* se refiere más bien a una situación que le hace experimentar sensaciones desagradables, poco manejables, se convierte en una experiencia personal negativa por la imposibilidad de satisfacer la necesidad de comunicarse con otros y la escasa relación social que siente con su entorno y familia. Estas personas pueden llegar a sentir que tiene menos relaciones personales de las que quisieran o que no tienen el apoyo emocional que necesitan y además se le presenta como una situación incontrolable.

Hirigoyen (2013) habla de la experiencia de la soledad positiva, crecimiento personal o *solitude* en inglés que se refiere a la soledad cuando es elegida y resulta gratificante, al permitir en la persona sentimientos de autorrealización muy positivos. Todos estos conceptos juntos nos permiten tener un panorama amplio de lo que realmente significa la soledad propiamente dicha, sobre todo en personas mayores que son el objeto de nuestro estudio. En efecto, resulta muy importante destacar cómo los elementos del lenguaje definen la experiencia de la soledad desde la perspectiva psicológica y nos permitirá abordar los diferentes aspectos de esta situación en personas mayores. Para ampliar un poco el abordaje de las diferentes definiciones de lo que a la soledad se refiere, haremos aproximaciones teóricas desde las diferentes perspectivas psicológicas con el fin de entender las diferentes consecuencias que esta situación puede ocasionar a las personas mayores que la enfrentan.

II.3.1. PERSPECTIVA EXISTENCIALISTA SOBRE LA SOLEDAD

Basándonos en los principios del existencialismo filosófico y psicológico es posible acercarse a otra dimensión del concepto de soledad. Desde este punto de vista se entiende que «la soledad es una experiencia propia del ser humano que no se puede eludir» ya que, aunque pueda ser dolorosa, resulta necesaria para el desarrollo y crecimiento personal en cierta medida (Karnick, 2005, pp. 7-12). En este sentido, el teólogo y filósofo Tillich (1952, 1963) apuntó que la soledad es necesaria para la vida porque fomenta la introspección y es fundamental para la creación de nuevas ideas, considerando que con el término *loneliness* se expresa el dolor de estar solo y el término *solitude* para expresar la satisfacción de estar solo (Donaldson *et al.* 1996; y Karnick, 2005). En este mismo enfoque psicológico y humanista (Moustakas, 1972) revela que la soledad es como «un estado elegido del ser que incluye la soledad angustiada de la soledad existencial, es decir, un estado que implica estar solo con los demás, la naturaleza y el Universo» entendiéndose además que todas las experiencias de la soledad necesariamente implican un encuentro con uno mismo. En este mismo orden de ideas, Viktor Frankl (2004), sobreviviente del holocausto, habló de la experiencia de la soledad de los prisioneros de los campos de concentración nazi, quienes estando totalmente solos, en una situación depresiva fuerte, lucharon por encontrar en su soledad un significado de sus vidas en medio unas de las circunstancias más difíciles que le ha tocado enfrentar a parte de la humanidad.

Posteriormente, Rokach —citada en Tzouvara *et al.*, 2015— aduce que la soledad es un concepto meramente subjetivo pero multidimensional que se manifiesta en ocasiones con mucho dolor y un gran malestar que imposibilita a la persona sentirse feliz, plena y realizada. No obstante, Rokach entiende a la soledad, como aquella experiencia integral y natural del ser humano que además es comparable con otras experiencias como la felicidad, la autorrealización y afirma que «los hombres nacen solos y experimentan el temor de la soledad en la muerte y muchas veces a lo largo de la vida» (Tzouvara *et al.*, 2015, pág. 330).

De manera pues, que a través de los diferentes representantes de la aproximación existencialista al concepto de soledad es posible abordarla desde la normalidad y hasta es posible destacar sus bondades para lograr la autorrealización sin dejar de señalar las tremendas limitaciones que presenta este enfoque explicativo. Dichas limitaciones se ven reflejadas en la falta de distinción entre la soledad objetiva y la subjetiva, además de que no se aclara cuándo realmente se goza o se sufre de soledad (Donaldson y Watson, 1996). Otra de las limitaciones tiene que ver con que los existencialistas perciben al ser humano como solitarios por naturaleza y considera la elección que hacen las personas en cuanto a esta situación, teniendo en cuenta que la soledad está asociada en primera instancia a una circunstancia y en segunda a la libre elección.

II.3.2. PERSPECTIVA PSICODINÁMICA SOBRE LA SOLEDAD

Esta perspectiva está fundamentada en la teoría del psicoanálisis de Freud que sostiene la idea de que las relaciones de apego y los conflictos que se desarrollan durante la infancia y la niñez terminan por formar la personalidad del adulto y por tanto predicen como

afrontará la persona las diferentes experiencias que se le presenten en la adultez (Donaldson y Watson, 1996). En ese sentido, la soledad se describe como «un estado patológico que ocurre como resultado de las dificultades para crear relaciones interpersonales». Por su parte, Sullivan (2015) escribe que la soledad es una experiencia sumamente desagradable y que se relaciona con un cumplimiento inadecuado de una necesidad propia del ser humano como lo es intimar y establecer relaciones con otros (Montero 2001). Subrayando el carácter patológico de la soledad, Birren (2013) describió la soledad como un estado mental sintomático de la neurosis y cuyo origen viene de estadios pasados en la vida de una persona que le dificultan establecer relaciones satisfactorias e interactuar adecuadamente con otras personas.

Esta perspectiva, que tiene la ventaja de subrayar los aspectos dolorosos de la soledad como sentimiento subjetivo negativo, tiene la particularidad de estar fundamentada en casos clínicos y de alguna manera construye un concepto de soledad equivalente a una patología (Karnick, 2005). Ignora de este modo la influencia que tiene sobre el individuo su entorno social, cultural, así como la edad, en el desarrollo de la soledad. Se trata de una perspectiva elaborada para tematizar la psicología del desarrollo, la antiguamente denominada psicología evolutiva. Por ello acentúa el papel de las crisis situadas al final de un periodo vital, y la resolución que hace el individuo en su proceso de desarrollo (hacia la madurez o no). La experiencia subjetiva del individuo es lo central. De esta dependerá la capacidad efectiva para gestionar la soledad. Para el estudio de las diferentes perspectivas psicoanalíticas sobre el origen en la psique individual de la soledad, véase Galanaki (2014).

II.3.3. PERSPECTIVA INTERACCIONISTA SOBRE LA SOLEDAD

Se trata de una teoría formulada por Bowlby —véase Bowlby (1979)— y conocida habitualmente como teoría del apego. Está fundamentada en la necesidad de las personas de establecer relaciones sociales. Propone que «la soledad es el sentimiento que surge como consecuencia de una reducida red social y de la falta de figuras íntimas de apego» (Tzouvara *et al.*, 2015) lo cual da una sensación de vacío y abandono en la persona. Nos parece sumamente acertada esta teoría sobre la soledad, que ve su origen en la debilitación de la red social, es decir en el aislamiento social.

El sociólogo Robert. S. Weiss (1973), quien en su día fue el principal representante de esta teoría, explicaba que la soledad como el cumplimiento de unas de las necesidades de los seres humanos, la de relacionarse con otros seres humanos. Además, Weiss también distinguía entre soledad social y soledad emocional por lo que el enfoque del apego proviene más bien de un tipo de aislamiento. Otros partidarios de esta teoría como Rook proponen definir la soledad como una «condición duradera de malestar emocional que ocurre cuando la persona se siente distanciada, incomprendida o rechazada por otros o no tiene los contactos sociales adecuados para desarrollar actividades deseadas que faciliten la integración social y la intimidad emocional» (Tzouvara *et al.*, 2015). Más tarde, Killeen destacando los efectos negativos que puede tener la soledad sobre las personas la definió como una «condición de sentimientos angustiosos, deprimentes, deshumanizantes y de desapego que soporta una persona a consecuencia del vacío que produce una vida social o emocional insatisfecha» (Tzouvara *et al.*, 2015). Resulta patente pues, de todos estos enfoques, que la soledad, a

diferencia de la perspectiva existencialista, es una situación que hunde y deprime a la persona en una situación afectiva marcadamente negativa.

Esta teoría ha sido fuertemente criticada. Se le ha objetado que el aislamiento social no necesariamente implica que existan o surjan sentimientos negativos asociados a esta experiencia. Estas críticas pueden provenir por ejemplo de la perspectiva existencialista. No obstante, nos parecen ingenuas, y aunque la correlación entre aislamiento social y sentimientos negativos de soledad puede no ser causal, sin embargo, hay suficientes evidencias científicas del fuerte deterioro de la calidad de vida que suponen las dos (Steptoe y Shanker, 2013).

No obstante, entre las críticas que ha recibido esta teoría nos parece oportuno mencionar el reducido alcance de los factores que considera como predisponentes para la soledad. El factor principal del debilitamiento de la red de contactos sociales reside en la pérdida de figuras de afecto como los seres queridos, familiares o amigos. Pero esto obvia otros factores como la edad, la cultura, el género o el entorno (Tzouvara *et al.*, 2015). Para el objeto de esta investigación además de la edad se deberían incluir muchos otros factores, como haremos, más adelante, al tratar de las causas predisponentes a la soledad (véase epígrafe II.V.).

II.3.4. PERSPECTIVA COGNITIVA SOBRE LA SOLEDAD

Para este enfoque la soledad no solo se ve influenciada por los déficits sociales, sino que además es un estado que en gran medida depende de cómo la persona que está padeciéndola responda ante ella, de manera pues que enfatiza el papel que desarrollan los procesos cognitivos a través de la vida y el desarrollo y mantenimiento de la experiencia de la soledad, bien sea estar o sentirse solo (Tzouvara *et al.*, 2015). Este enfoque está fundamentado en teorías cognitivas que profundizan en la experiencia humana global, un ejemplo claro es la teoría atribucional de Weiner en la que se explica el desarrollo de la soledad tomando en consideración factores situacionales, ambientales, comportamentales y de la personalidad propia del individuo (Tzouvara *et al.*, 2015).

Para Peplau, principal representante de este enfoque, la soledad se define como una «experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna forma importante para el individuo, ya sea cuantitativa o cualitativamente» (Peplau (1982), pág. 31). En la definición de este concepto se hace referencia a una deficiencia que es percibida por el individuo, es decir, que depende de la experiencia subjetiva de vivir la soledad. Esta experiencia está mediada por procesos cognitivos como creencias, expectativas, o normas sociales entre otras, que en gran medida moldearán la percepción de ese sentimiento.

Son múltiples las propuestas para definir el concepto de soledad desde este enfoque. Sermat, por ejemplo, describe a la soledad como «una discrepancia experimentada entre las relaciones interpersonales que se reciben y las que le gustaría tener al individuo» (Sermat, 1978, pp. 271-276). Por su parte, Young define a la soledad como «la percepción de la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, que se acompaña de síntomas de malestar psicológico relacionados con esta carencia percibida» (Young, 1982, pág. 380). Más tarde,

Jong-Gierveld describió la soledad como «una situación vivida por el individuo en la que existe una desagradable o inadmisibles falta de ciertas relaciones» (De Jong Gierveld, 1987, pp. 119-128). Este autor aclara que la falta de relaciones puede deberse tanto a situaciones en las que el número de relaciones es inferior al que se considera deseable o admisible, como a situaciones en las que la intimidad deseada no se ha logrado. Por tanto, se considera que la soledad implica la manera en la que la persona percibe, experimenta y evalúa su aislamiento y su falta de comunicación con otras personas (Jong-Gierveld, 1987).

Repasemos rápidamente las debilidades y limitaciones de este enfoque. Se le ha objetado que no toma en consideración los efectos de la cultura a la que pertenece la persona cuando se produce el desarrollo de la soledad. Por otra parte, también parecen débiles las explicaciones que al respecto puedan dar acerca del grado de deterioro cognitivo y tampoco se tiene en cuenta la importancia de las redes de apoyo para compensar u obtener alivio a la sensación de soledad (Tzouvara *et al.*, 2015).

Tras pasar revista a estas cuatro aproximaciones clásicas al concepto de soledad, es posible apreciar la diversidad de estas propuestas conceptuales. No obstante, nos parece, que se pueden agrupar en dos grandes grupos: la existencialista y las demás. Las teorías cognitiva, tanto interaccionista y psicodinámica, coinciden frente a la existencialista en subrayar los aspectos dañinos y nocivos para la persona de la soledad. En segundo lugar, también estas teorías coinciden en ver la soledad como el sentimiento consecuente a la debilitación de la red social, es decir, como en relación directa con el aislamiento social. Los aspectos en que divergen estas teorías, son cuestiones, desde luego muy relevantes e interesantes, pero que quizá se puedan conjugar, como vamos a intentar realizar más adelante. No obstante, ofrecemos en la siguiente figura un análisis comparativo de estos cuatro enfoques, que permitan al lector orientarse rápidamente en la tupida red de autores y teorías que he tratado.

ENFOQUE TEÓRICO / REPRESENTANTE	DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SOLEDAD	LIMITACIONES Y DEBILIDADES DEL ENFOQUE
Teoría existencialista / Karnick (2005) / Moustakas (1972) / Rokach (1988)	La soledad es ineludible. Aunque dolorosa, es necesaria para la maduración personal. Permite la introspección y la creatividad.	Falta de discriminación entre tipos de soledad.
Teoría psicodinámica / Donaldson y Watson (1996) / Fromm-Reichmann (1959)	Enfoque patológico de la soledad. Su patogénesis radica en la incapacidad de determinados individuos para la interacción social. Sus síntomas son sentimientos muy negativos. Sus efectos letales y autodestructivos para el individuo, que se ve privado de los vínculos necesarios.	Al centrarse en una incapacidad del individuo, se olvida o margina los efectos que la sociedad y la cultura tienen sobre la soledad.

<p>Teoría interaccionista / Robert. S. Weiss (1973) / Rook (1984) / Killen (1998)</p>	<p>Busca la causa de la soledad en el aislamiento social.</p>	<p>No está suficientemente establecida el tipo de asociación que hay entre aislamiento social y soledad.</p> <p>Enfatiza los aspectos psicológicos y margina los físicos, sociales y culturales.</p>
<p>Teoría cognitiva / Perlman y Peplau (1981) / Sermat (1978) / Young (1982)</p>	<p>Enfatiza la respuesta del individuo a la soledad y el debilitamiento de la red social cuantitativa y cualitativamente, es decir, el aislamiento social.</p>	<p>Enfoque de nuevo centrado en el individuo, que vuelve a marginar los aspectos sociales y culturales que provocan o alivian la soledad.</p> <p>No tiene en cuenta tampoco el influjo de fenómenos como el deterioro cognitivo en la capacidad de respuesta del individuo a la soledad que padece.</p>

Tabla 7. Análisis comparativo sobre los diferentes enfoques teóricos acerca de la soledad

II.4. TIPOLOGÍAS DE LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES

Hemos tratado de las perspectivas científicas desde las que se aborda el problema de la soledad, y determinar el alcance y los límites de cada una de esas perspectivas. Ahora debemos tratar no de cómo nos acercamos al fenómeno que nos está interesando, sino al fenómeno mismo. Es decir, no a nuestro modo de tratarlo, sino a lo que debemos tratar. Lo abordamos en segundo lugar, conscientes de que no es neutral a nuestro modo de acercamiento a él.

Weiss, a quien ya hemos tratado como un psicólogo interaccionista, en un estudio ya clásico y aceptado por la casi totalidad de la literatura consultada, distingue tres tipos de soledad: existencial, moral y social. Atendemos aquí, pues, a la soledad que se asocia al debilitamiento de la red social de contactos, es decir, al aislamiento social. Hemos ordenado la clasificación de Weiss (1973) de lo más interno y profundo a lo más externo, y por ello comenzamos por la soledad en la existencia, en el propio ser, seguimos por la soledad moral y terminamos por la soledad social.

II.4.1. SOLEDAD EXISTENCIAL

Se trata de un tipo de soledad muy profunda. Como soledad es un sentimiento negativo, pero que dice relación a la vivencia de vacuidad y desarraigo. Uno se siente vacío por dentro, vano, hueco, sin densidad, viviendo una existencia privada de sentido. Así se sienten muchas personas cuando viven lo lacerante de un sufrimiento sin sentido, por ejemplo, al ser desahuciados por el médico, al enfrentarse a una enfermedad mortal de

necesidad. ¿Qué sentido tiene? ¿Por qué a mí precisamente? Ya no hay esperanza y los sentimientos que surgen son precisamente los de desesperación y ansiedad ante la muerte. Pueden vivir también sentimientos de culpa lacerante ante hechos del pasado, etc. Los vínculos que se rompen aquí no son con otras personas, sino los vínculos con la propia existencia, con la propia vida. Por eso estas personas sienten un desarraigo tremendo, sienten que no pueden comunicar ni compartir lo que están viviendo, sus preocupaciones sobre la muerte que se les avecina, sobre la poca vida que les queda. Esta incapacidad para encontrar quién comprenda ese sufrimiento hace que la persona se sienta sin vínculos que lo arraiguen a los demás, vínculos significativos que comparta con otros.

Algunos autores la consideran como auto extrañamiento (Karnick 2005) en tanto que estas personas tienden a sentir que su vida carece de sentido, no se identifican con un propósito de vida ni encuentran planes o proyectos que le interesen. Este tipo de soledad hace que las personas se sientan desvinculadas del mundo que las rodea y de lo que sucede en su entorno, no se sienten parte de la sociedad y suelen cuestionarse mucho el rol de su participación en el mundo, por lo que no son capaces de ver las alternativas que su entorno le ofrece.

Este tipo de soledad y sufrimiento existenciales tienen mucha importancia para nuestra tesis doctoral. Muchas personas mayores pueden sufrirla sin estar desahuciados. Y pueden sufrirla porque están al final de su vida, porque no comprenden por qué ellos han sobrevivido a sus amigos y compañeros, por qué su cuerpo se ha deteriorado tanto, etcétera. Y por ello, se trata de un tipo de soledad, que les hace interrogarse, y sumirse en una perplejidad aterradora, y a menudo silenciosa. Este terror, según grados, esta perplejidad, y ese silencio, tiene como correlato un profundo malestar emocional. El profesional del trabajo social ha de tener la suficiente delicadeza para comprender que está tratando de mediar con una persona que está avizorando el final de su vida, que está aquejada por achaques que entorpecen su vida actual y que han modificado su vida hasta un punto que él ya no reconoce como propia. Él o ella no eran así, no vivían así. Y sienten la extrañeza respecto de sí mismos.

La empatía es, o debería ser, una habilidad fundamental del profesional del trabajo social ante personas en una fase tan tremenda de su vida, especialmente ante su profunda vulnerabilidad, o ante su majestuosa resiliencia. Y el trabajador social que emplea la herramienta de la mediación debe ser consciente de la necesidad que tiene esta persona usuaria de vínculos significativos con personas a las que poder abrirse, con quienes compartir sus angustias y desasosiegos, de establecer relaciones que den seguridad en momentos de zozobra existencial. Y ese es un tipo de trabajo de mediación especialmente acuciante con sus familiares. Las visitas instrumentales importan menos que la charla despaciosa, la acogida afectuosa, el silencio compartido, etc.

En nuestra investigación hemos detectado un porcentaje significativo de mayores que dicen sentirse solos. De acuerdo con la escala EDSOL (Viel Siritto y Maté Méndez, 2018) de detección de la soledad, procedimos a inquirir por la causa de esa soledad, y como reflejamos en la parte empírica, detectamos que efectivamente acusaban la ausencia o la lejanía de otros significativos, especialmente sus hijos, a los que disculpaban por su trabajo, pero a quienes seguían echando en menos.

Consideramos que esta escala EDSOL es un tipo de herramienta muy valiosa para el trabajo de mediación entre el mayor y la familia o la institución. Efectivamente inquiriere al mayor, pero no se satisface con las respuestas de este, inquiriere a familiares o institución quién lo visita, con qué frecuencia, etc.

En el trabajo de mediación, entre el mayor que sufre soledad existencial y la familia, se puede trabajar para que el mayor exprese sus conflictos, sus ansiedades y angustias, reformulando sus relatos desde la primera persona, y sin que sea juzgado por su interlocutor. Se trata de un tipo de mediación transformativa, especialmente importante para nuestros mayores acongojados ante la muerte.

En el presente momento que atraviesa la humanidad, en tiempos de la pandemia, el sufrimiento existencial de quien contrae el coronavirus es especialmente intenso. Ya esté en su casa acompañado de seres queridos, ya en el hospital, la espada de Damocles cerniéndose sobre la propia vida, la posibilidad de un desenlace fatal en cualquier momento del curso de la enfermedad, atenaza y horroriza. Quizá una reflexión pausada sobre este tipo de soledad, sobre sus consecuencias, sea hoy más importante que nunca.

II.4.2. SOLEDAD EMOCIONAL

La soledad emocional, a diferencia de la existencial, no está propiciada por la perplejidad y angustia ante el sentido o sinsentido de la existencia, como suele suceder ante la perspectiva de una muerte cercana. Más bien es la soledad que experimenta una persona que no encuentra satisfactorias sus relaciones interpersonales. Entonces, aunque haga su vida entre otros, puede sentirse efectivamente sola. Es la soledad que experimenta por ejemplo quien ha perdido una figura de apego, como la pareja, pero vive rodeada de otras personas como hijos, hermanos, etc. La pérdida del otro significativo no siga igual. Su mundo se ha transformado. Otras personas pueden experimentar soledad emocional cuando lo que ha perdido es el amor que lo vinculaba a la persona con quien convive. Por eso esta soledad puede referirse a la ausencia total de apego emocional que se ofrece en las relaciones íntimas. También suele aparecer con la pérdida abrupta de la pareja ya que tiene muchas consecuencias negativas en las personas de la tercera edad puesto que le genera sentimientos de soledad absoluta, mucho temor y desconfianza hacia las personas de su entorno además de ansiedad (Perlman y Peplau, 1998). Otro contexto en el que se vive agudamente la soledad emocional, y que es especialmente abundante entre las personas mayores, es ante situaciones de abandono familiar. En España el número de mayores abandonados por sus familiares llegó a ser una plaga. Más aún, el drama que viven muchos mayores al ser abandonados en hospitales durante el periodo vacacional estival.

II.4.3. SOLEDAD SOCIAL

Por último, debemos tratar del tipo de soledad más relacionada con el aislamiento social. No es tan profunda como la existencial, ni tan íntima como la emocional. Está relacionada con la ausencia de una adecuada red social que le permita a la persona mayor el

ejercicio de relaciones sociales por diferentes motivos. Todo esto a su vez, provoca en la persona sentimientos negativos como aburrimiento, nerviosismo o sensación de exclusión social. Este tipo de soledad va más allá de la sensación de estar sólo, se trata de una realidad que inunda a la persona al no contar con soporte social, o cuando no existen buenas relaciones con estas personas con quienes interactúa. La persona se siente en un estado de abandono y lo percibe como falta de interés en su bienestar.

Este tipo de soledad es la que más frecuentemente ocupa al profesional del trabajo social. Éste puede mediar para intentar que el mayor asuma, si es posible, tareas de carácter participativo y social. Además, la persona mediadora ha de favorecer el encuentro y la comunicación para evitar este tipo de soledad. Por esta razón es importante que el profesional de la mediación logre que las partes conversen con fluidez; que puedan exponer sus interrogantes, y quizá solventarlos; que describan sus sentimientos en un entorno exento de crítica y agradecido ante la sinceridad demostrada.

II.5. FACTORES QUE PREDISPONEN AL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD EN LOS MAYORES

Hay múltiples factores que pueden predisponer al aislamiento y a la vivencia de soledad entre las personas mayores. Determinarlos es tarea imprescindible para el mediador, pues sin su conocimiento riguroso, la labor de mediación se ejercería desorientadamente, sin saber hacia dónde apuntar el proceso, o dónde actuar. El informe sobre *Aislamiento social y soledad en adultos mayores* publicado en 2020 por las Academias Nacionales de Ciencias, Medicina e Ingeniería de los Estados Unidos clasifica estos factores en físicos y de salud; psicológicos, psiquiátricos y cognitivos; y por último socioculturales y ambientales. Esta investigación, nos parece sumamente valiosa, porque aborda no sólo los factores que predisponen al aislamiento y la soledad, sino aquellos otros que protegen a los adultos mayores frente a ella. En lo que sigue nos gustaría tratar separadamente estos dos tipos de factores: los predisponentes y los protectores. También trataremos el orden de estos factores de forma distinta al del informe de las Academias de Ciencias, Medicina e Ingeniería de los Estados Unidos. Iremos de lo más externo a lo más interno, y por ello trataremos en el siguiente orden los factores: ambientales, socioculturales, físicos y relacionados con la salud y, por último, los cognitivos, psicológicos y psiquiátricos. Nos parece que así el profesional del Trabajo Social está en condiciones de evaluar más ordenadamente la situación a la que se enfrenta.

II.5.1. FACTORES AMBIENTALES

Parece obvio que el principal factor que predispone al aislamiento o protege frente a él es la geografía, y en concreto la situación geográfica (física y política) del hogar. No es lo mismo vivir en una zona rural aislada (donde el acceso a las instalaciones médicas o el transporte constituyen de suyo ya graves problemas) que, en una ciudad, y dentro de ella no es lo mismo vivir en un barrio conflictivo, que cerca de los familiares y allegados, o al menos de los servicios necesarios de salud, transporte, etc., o de lugares de socialización como parques, cafeterías o tiendas). Por eso, la persona mediadora debe conocer bien la situación

geográfica del adulto mayor, así como su relación afectiva, psicológica y personal con ese lugar. Este factor también es vivido como una fuente de conflictos entre el adulto mayor en situación de soledad y las instituciones encargadas de proveer de servicios como transporte, centros de salud y centros de día, etc. A este respecto, nos gustaría traer a colación el servicio de mediación vecinal implementado por el Ayuntamiento de Málaga, que pone en contacto a las asociaciones de vecinos con los representantes políticos electos, y buscan cauces para la solución de problemas.

Astrid Kemperman *et al.* (2019) han mostrado en una investigación realizada con redes bayesianas, cómo los adultos mayores, porque su estado de salud hace disminuir sus actividades y su movilidad, dependen más que los jóvenes de los servicios que su barrio pueda ofrecerles (Kemperman, y van den Berg, 2019).

Pero estos servicios vecinales de nada servirían si el ambiente social se percibe como inseguro o como violento. Elena Portacolone *et al.* han descrito los sentimientos de «estar atrapado» que desgarran a los mayores que residen en vecindarios de alta criminalidad (Portacolone y Perissinotto, 2018). Esta autora apunta a un verdadero problema de salud pública. Elizabeth Tung *et al.* han mostrado que «la exposición a la violencia se asocia con una reducción de 3,3 puntos porcentuales en la frecuencia de interacción con la red de personas en las que se confía, con una reducción de 7,3 puntos en el apoyo social percibido de los amigos, y con 7,8 puntos de incremento en el sentimiento de soledad» (Tung y Hawkey, 2019, pp.1670-1678). La mediación tiene un amplio papel en la profesión del Trabajo Social en hacer oír a las instituciones públicas las demandas y orientaciones que emergen de las personas mayores, que han elegido a aquellos representantes.

Nuestra investigación empírica ha versado sobre personas mayores que habitan hogares unipersonales. Por eso, estos factores socioambientales son especialmente significativos, y debemos detenernos en ellos.

El lugar dónde se habita, por otra parte, puede ser insalubre, u ofrecer retos nada pequeños a una movilidad reducida, por ejemplo, por las barreras arquitectónicas del hogar (véase epígrafe VIII.12.). Si el mayor desea seguir viviendo en su propia casa, en ocasiones, será necesario acometer modificaciones estructurales en ella. Este factor es una fuente nada desdeñable de conflictos entre el adulto mayor en situación de soledad y la familia, que ofrece una oportunidad para que el profesional del Trabajo Social emplee la herramienta de la mediación. También la mediación se puede llevar a cabo entre los mayores y las comunidades de vecinos, para que se lleven a cabo las obras necesarias. En otras ocasiones, la persona mayor, debido a unas necesidades especiales, antiguas o recientemente adquiridas, o por discapacidad, no podrá vivir en su propia casa sólo, por mucho que lo desee. Aquí surge una nueva forma de conflictos, en la que la persona mediadora puede hacer de interlocutor entre la persona mayor que desea vivir solo y las instituciones que ven más factible acoger a dicha persona —habitualmente con problemas mentales— en sus hogares. Aquí el recurso al profesional de la mediación parte de la institución, que ha agotado sus recursos de comunicación con el adulto, y no del mayor (véase epígrafe III.4.10).

Otra fuente de conflictos surge ante la negativa de la persona mayor para ser asistida por cuidadores formales en su hogar. Personas con demencia, por ejemplo, pueden ver como

un intruso a la persona cuidadora formal, o rechazar algunos de los servicios que éste les presta, como los de aseo. La familia, que puede haber recurrido a los servicios profesionales del cuidador formal, puede sentir que su trabajo es ineficaz. El profesional de la mediación suele conseguir exitosamente hacer comprender a la familia las dificultades que experimenta el cuidador, y a éste puede hacerle ver lo razonable de las expectativas que la familia tenía depositadas en él, y así evitar que se marche ante unas dificultades en el trato con el mayor que le desbordan.

Una solución, relativamente de bajo coste, a los problemas ya expuestos (de seguridad, de instalaciones, de cuidadores formales, de interacción social) que trae consigo el vivir en un hogar unipersonal los ofrecen las residencias de mayores ya sean de titularidad pública, privadas, o concertadas. Se trata de una solución muy variable en lo concierne a los servicios prestados y a la calidad de los mismos, por lo que resulta aventurado cualquier generalización. Algunas de estas instituciones acogen a muchos de los adultos más vulnerables de la sociedad. Otras, exigen un elevado coste económico para poder vivir en ellas. No obstante, cualquier persona que haya visitado estas instalaciones sabe que un alto porcentaje de estas personas acusan un intenso sentimiento de soledad. Harry Taylor *et al.* (2018) han mostrado empíricamente qué porcentaje de personas en estas instituciones acusan la falta de compañía, el aislamiento, o el abandono, diríase «aparcamiento» que a veces sufren estas personas por parte de sus familiares o allegados. Estos autores concluyen documentando «mayores niveles de soledad en las comunidades de alojamiento de mayores en comparación con los mayores que residen en hogares convencionales, así como la relación entre la enfermedad mental y la soledad» (Taylor y Wang, 2018, pág. 10). En nuestra investigación hemos constatado a su vez un elevado porcentaje de soledad, y autoinformes de lejanía respecto de sus amigos y familiares más queridos. Judith Gonyea *et al.*, ha mostrado que aproximadamente un 26% de los encuestados en su muestra ofrecían signos clínicos de depresión, que en un 49% de los casos eran atribuibles a la soledad (Gonyea y Curley, 2018). Por su parte, Dorota Trybusinska *et al.*, elevan el porcentaje sobre los sentimientos de soledad al 40% de los residentes (Trybusinska y Saracen, 2019). Nos parece que la dureza de estos resultados hay que mitigarla considerando la conclusión del trabajo de Taylor, que valora positivamente el que esos adultos no se encuentren solos, sino que se encuentren, en su residencia y en sus actividades programadas con otros, y con un personal que los atiende y en el que pueden habitualmente confiar. Estos hechos ofrecen una buena barricada para contener los sentimientos de soledad y la ansiedad, a pesar del elevado porcentaje que, pese a todo, sufren las personas que habitan en estas instituciones, de tales sentimientos y afecciones.

Entre las personas que habitan establecimientos residenciales para mayores surgen también conflictos, como es obvio. Muchas veces estos derivan de la incompatibilidad de caracteres, especialmente si han de compartir habitación. A este respecto véase el estudio ya citado de Trybusinska (Trybusinska y Saracen, 2019).

II.5.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

Entre los factores socioculturales que influyen sobre la soledad, nos gustaría señalar la importancia de los factores sociales y étnicos. Ramón Hinojosa *et al.* (2011), han mostrado en una investigación que usa narrativas de pacientes tras sufrir un derrame cerebral cómo grupos étnicos y raciales afroamericanos y portorriqueños no blancos padecen más severamente los efectos del infarto cerebral. Además, reconocen, y muestran la evidencia científica, de que la recuperación de un accidente cerebrovascular está vinculada con frecuencia al aislamiento social, y por dicho aislamiento a la depresión.

Los autores del informe de las Academias Nacionales de Ciencias, Medicina e Ingenierías de los Estados Unidos, informe que está guiando este epígrafe, señalan dos factores —social uno, cultural el otro— que agravan el aislamiento social y los sentimientos de soledad. El factor social que consideran es la inmigración. El cultural, los prejuicios hacia la población LGBTI. Nos gustaría añadir a este factor cultural los prejuicios edadistas de los que ya hablamos en el epígrafe I.3.2.

Por otro lado, otro segmento de la población, como las personas inmigrantes, particularmente si carecen de la integración debida en la sociedad que los acoge, tienen, obviamente, un riesgo mayor de sufrir aislamiento y soledad debido a la precariedad habitual, de sus vínculos con la sociedad de acogida, a su nivel económico, al dominio de una lengua que para ellos puede seguir siendo extraña y fuente de incomunicación más que vehículo de comunicación, diferentes usos y costumbres, que son percibidos como extraños o incluso peligrosos por parte de los habitantes del territorio al que han inmigrado. No obstante, estos sentimientos pueden mitigarse si se ha consolidado una red de inmigrantes, por ejemplo. Se trata de una realidad social cada vez más presente en nuestro país, dado el incremento en inmigrantes subsaharianos, latinoamericanos o de China. El sentimiento de soledad y el aislamiento social pueden verse agravados por el profundo sentimiento de discriminación.

La diversidad en la orientación sexual puede ser también un factor que culturalmente agrave la soledad frente a la orientación al heterocentrismo dominante, hasta hace poco, en nuestras sociedades. Actualmente no existen estudios, que hayamos localizado, sobre la soledad de estos colectivos cuando alcanzan las diferentes etapas del envejecimiento. Tenemos sí, estudios realizados con grupos de diferentes edades, y con una media de 43 años. En cualquier caso, cualquier tipo de discriminación, como es obvio, incrementa el aislamiento y los sentimientos de soledad.

II.5.3. FACTORES FÍSICOS

Aunque parezca paradójico, el aislamiento social y la soledad pueden sobrevenir como consecuencia de un grave padecimiento de salud. Es precisamente en los momentos en que se vivencia de forma más intensa la fragilidad de la condición humana, cuando precisamente por ello, esa persona puede quedar aislada o experimentar también el trago amargo de la soledad. En este apartado no deseamos exponer los últimos descubrimientos sobre el influjo de la soledad en el agravamiento o el empeoramiento de determinadas patologías, sino a la inversa, las investigaciones en curso sobre cómo una persona mayor

gravemente enferma puede, a causa de esa misma enfermedad, ver debilitada su red de contactos sociales, y sentir la garra de la soledad.

La razón por la que vamos a proceder de este modo es sencilla. Esta es una investigación de trabajo social y no de ciencias de la salud. No nos interesa identificar un factor patógeno, sino comprender las consecuencias sociales de las patologías físicas. La reducción de la actividad física y social debida al dolor crónico, a enfermedades infecciosas, o a las secuelas de episodios agudos, parece un factor nada desdeñable para explicar el aislamiento social y los sentimientos de soledad. En muchos casos, estos mayores no sólo sufren los efectos de la enfermedad, y de la reducción de la actividad social, sino también la pérdida directa de amigos por la estigmatización social de la enfermedad que padecen. Piénsese por ejemplo en los pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Donovan *et al.*, (Donovan y Okereke, 2016) así como D'Oleire *et al.* (2018), han señalado que un factor físico como la presencia del marcador biológico amiloide- β está asociado a la vivencia de la soledad. Se trata de una investigación importante, porque la presencia de este marcador previo a la aparición clínica del trastorno de Alzheimer puede explicar biológicamente la intensa soledad que experimentan determinados mayores (D'Oleire Uquillas y Jacobs, 2018). El profesional del trabajo social puede tener este dato en cuenta en su intervención con la herramienta de la mediación entre los otros miembros de la familia. Al final, la soledad o los comportamientos agresivos, se debía al Alzheimer, y no al comportamiento de tal o cual miembro de la familia.

Glass y Maddox (1992) han mostrado como los pacientes que han sufrido por primera vez un derrame cerebral se recuperan muchísimo mejor si tienen un alto soporte social emocional (es decir, con menor sensación de soledad) que aquellos que tienen un soporte social instrumental o meramente informativo. Hinojosa *et al.* (2011) señalan el círculo vicioso en que se ven implicados los pacientes que se recuperan de un accidente cerebrovascular. Por una parte, tras el episodio, se incrementa su aislamiento social, pero además las secuelas del accidente les disminuyen sus capacidades para interactuar con los demás—por los déficits visuales que les quedan, o las dificultades que sufren para poder comer o beber—, y para afrontar la vida diaria, lo que los lleva a sufrir síntomas depresivos (Hinojosa y Haun, 2011).

Entre el grupo etario que estamos considerando es preciso tener en cuenta síndromes geriátricos como la incontinencia fecal o urinaria, la pérdida de dentición, los déficits sensoriales auditivos o visuales, que dificultan la comunicación o causan cierto estigma, y por ello entorpecen significativamente las interacciones sociales de nuestros mayores. Lo mismo sucede con las dificultades motoras y el temor subsiguiente del adulto a sufrir una caída, que en muchos casos puede tener fatales consecuencias. Este temor inhibe al mayor de la participación social.

El profesional del Trabajo Social debe estar informado de la historia clínica del paciente. Muchas veces en el proceso de mediación, hacer ver la necesidad de soporte emocional genuino para la recuperación y mejoría del paciente, puede resolver las dudas y vacilaciones de una de las partes en la negociación.

II.5.4. FACTORES PSICOLÓGICOS

Al igual que en el resto de los subepígrafes de este apartado, al tratar de los factores psicológicos, nos interesa contemplar la dirección que va del factor al aislamiento social y la vivencia de soledad, y no tratar cómo el aislamiento o la soledad pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de determinadas patologías. Ya decimos, que el enfoque de esta tesis, es el trabajo social, y no las ciencias de la salud. Por eso, para el profesional que usa la herramienta de la mediación, resulta imprescindible conocer aquellos factores que propician, causan o de algún modo intervienen o agudizan el aislamiento social y las vivencias negativas de la soledad.

Así, si consideramos el factor de que un adulto haya sufrido depresión o ansiedad, no nos interesa abordar si su soledad le conduce a síntomas depresivos, sino al contrario, si la depresión que tiene lo encapsula, lo aísla, lo retrae de actividades sociales, lo inhibe ante las interacciones que, dado el caso de no sufrir estas patologías, tendría. No obstante, en estos casos, lo que se observa es una espiral viciosa, por la que la soledad retroalimenta la depresión, y el cese de actividades intersubjetivas, agudiza la depresión.

Estas interacciones entre aislamiento social, vivencias de soledad, depresión severa y trastornos de ansiedad generalizada han sido examinadas por Domènech-Abella *et al.*, quienes enfatizan el hecho de que la dirección del proceso es incierta aún (Hinojosa y Haun, 2011). Lim *et al.* (2016) sugieren la hipótesis de que determinadas enfermedades mentales, caracterizadas por las vivencias de temor ante los demás (del tipo de las paranoias y la ansiedad social), contribuyen, como parece evidente, a la soledad, y no sólo al aislamiento social. Nos parece que el profesional del trabajo social ha de tener en cuenta este factor, que ya estos autores categorizan como «un predictor» de la soledad futura (Lim y Rodebaugh, 2016). Contar con predictores objetivos de la soledad, nos parece, un gran logro de la investigación contemporánea. En esta línea han trabajado también MacHugh Power *et al.*, quienes cuestionan el modelo unidireccional que conduciría de la soledad a la depresión. En su trabajo, inquieren si determinados síntomas depresivos predicen un incremento en la soledad emocional (subjetiva) y social (objetiva, aislamiento social) (McHugh Power y Hannigan, 2020). Resultados similares los ofrecen las investigaciones de Burholt y Scharf (2014). El profesional del trabajo social ha de tener en cuenta estos datos médicos, pues muchos de los conflictos, se solucionarían mejor quizá con el debido tratamiento farmacológico, o al menos tenderían a aliviarse. En cualquier caso, la persona trabajadora social que usa de las herramientas de la mediación, debería estar atento, a síntomas depresivos como «la tristeza permanente, la pérdida de interés, los problemas de sueño, la pérdida de apetito, la pérdida de energía, las dificultades para concentrarse o los pensamientos suicidas» (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020, pág. 69).

En la línea de una investigación predictiva de la soledad han trabajado también Barger *et al.* (2014), quienes parecen haber encontrado un predictor de las vivencias negativas de la soledad en el debilitamiento de la red social de interacciones.

Evans *et al.* (2018), han trabajado también cuestionando el modelo unidireccional, pero su objeto de estudio, han sido las mermas cognitivas que experimentan algunos mayores,

y cómo estas pérdidas en las funciones cognitivas están vinculadas a estados de ánimo depresivos. Se trata, a nuestro juicio, de una investigación sumamente interesante, para el profesional del trabajo social, pues muestra cómo la mejora en la función cognitiva resulta en un mejor estado de ánimo. Esto refuerza la hipótesis, de que el profesional del trabajo social, si conoce la historia clínica del paciente, puede ver muy favorecida su labor de mediación, sugiriendo la opción de tratamiento de las funciones cognitivas. A veces el problema no es el que parece, y se resuelve, por sí solo, actuando a otro nivel, como demuestran estas investigaciones.

En otras ocasiones, la apatía que muestra un mayor por las relaciones sociales, su enclaustramiento en sí mismo, y la reducción de sus interacciones, no pueden serle atribuidas subjetivamente, pues parece ser un rasgo de determinadas formas de demencia, como han mostrado Lanctôt *et al* (Lanctôt y Agüera-Ortiz, 2017). La persona trabajadora social ha de ser muy cuidadosa en la mediación, porque los familiares o la institución pueden pedirle a un paciente una responsabilidad sobre su red de contactos, para la que está impedido física o biológicamente. En este caso, el profesional del trabajo social ha de ejercer su trabajo de mediación preferentemente con los familiares o la institución.

Por otra parte, Peerenboom *et al.* (2015) mantienen sus reservas y sus dudas respecto al papel que desempeña el aislamiento social en las vivencias depresivas. Estos autores subrayan la necesidad de investigar los rasgos psicológicos depresivos de los pacientes que sufren depresión severa y la atribuyen a la falta de contactos con otros significativos. Según estos autores puede ser que esos rasgos psicológicos expliquen su soledad subjetiva y no la falta de contactos. Se trata de un tema muy importante en el trabajo empírico que presentamos, pues muchos de los mayores entrevistados tenían síntomas depresivos, y atribuían a la falta del contacto deseado con sus hijos, es decir, a su soledad percibida, la causa de tales sentimientos. Aquí, en estos conflictos con familiares, el profesional del trabajo social ha de ser consciente de que, como señalan Peerenboom *et al.*, los rasgos psicológicos del mayor pueden ser los detonantes del conflicto (Peerenboom y Collard, 2015).

Hemos tratado ya de las investigaciones de Evans *et al.* (2018), sobre el papel de los trastornos cognitivos en la erosión y debilitación de las redes sociales de contacto del mayor. Desmarais *et al.* (2018), también insisten en los síntomas sociales de los trastornos neurodegenerativos. Estas personas sufren una merma en su capacidad para procesar las expresiones emocionales de los otros, y muestran dificultades en interactuar adecuadamente con ellos (Desmarais y Lanctôt, 2018). Parece ser que este deterioro de la red de contactos y de las interacciones, es decir, «de la función social, son características reconocidas de la demencia en trastornos neurodegenerativos como el trastorno de Alzheimer, la demencia frontotemporal, la enfermedad de Parkinson, y la demencia de Lewy» (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020, pág. 69). En estos trastornos cognitivos — que afectan a la comprensión, la comunicación y la interacción—, la mediación suele llevarse a cabo, entre los familiares. Se trata de un campo de alta demanda para el profesional del trabajo social, pues implica el comienzo de la desestructuración familiar, y por lo tanto un campo en el que puede apreciarse sensible y notablemente los efectos de una buena mediación.

Merece la pena detenerse en la soledad que sufren los cuidadores informales más cercanos de las personas con trastornos cognitivos, particularmente con diversas formas de demencia. Estos cuidadores, esposos o esposas, al dedicarse íntegramente a cuidar a su familiar, ven reducida sustancialmente su vida social o familiar a otros niveles. Esto es una fuente de conflictos, que afectan a mayores distintos del afectado por demencia. Los familiares de esta esposa o esposo, como hermanas, no entienden la dedicación y devoción con que cuidan a esas personas, y le atribuyen a su voluntad cierto rechazo de la vida social que llevaba anteriormente. Se trata de un campo de trabajo para el profesional de la mediación muy importante, que puede deshacer gravísimos conflictos antes y después del fatal desenlace de la muerte del familiar aquejado de demencia. K. B. Adams (2008) ha trabajado en un hermosísimo artículo los «efectos específicos del cuidado de un esposo con demencia: diferencias en síntomas depresivos entre esposas cuidadoras y no cuidadoras». Aunque suene a tópico, es importante cuidar del cuidador, que frecuentemente no es atendido, y sobre todo es muy mal comprendido.

Cahill y Díaz-Ponce (2011) han investigado un tema sumamente importante para el profesional del trabajo social que usa la mediación como herramienta. Los pacientes con deterioro cognitivo, y entre ellos particularmente aquellos que sufren un estadio avanzado de demencia, informaban en las entrevistas que se les hicieron de un alto grado de soledad y de aislamiento social. Se trata de un tema sumamente importante, puesto que a pesar de su severo deterioro cognitivo señalan algo que es sumamente importante para ellos, y que es compatible con su depresión y apatía. Estos resultados son consistentes con nuestra investigación empírica, en la que el sentimiento de soledad y el aislamiento social objetivo afecta a un alto porcentaje de nuestros encuestados. La demencia y el deterioro cognitivo, por muy severo que sea, exige inclusión social. Los afectados la reclaman, quizá lo último que puedan reclamar conscientemente en sus vidas. El profesional del trabajo social tiene aquí un área de mediación muy importante tanto con las instituciones —que por el fuerte deterioro cognitivo—, pueden denegarle actividades placenteras, interacciones sociales, o afecto, o con la familia, que pueden pensar que su familiar está en cuasi estado vegetativo, o confundir su apatía o depresión con indiferencia hacia la interacción social o el afecto.

Con esto entramos en el campo de las necesidades desconocidas y no atendidas —*unmet needs*— de las personas mayores. Resulta que las personas afectadas gravemente en el terreno cognitivo, o en fases avanzadas de demencia, no son capaces de expresar, indicar o comunicar en modo alguno sus necesidades. Pero estas necesidades no dejan de ser tales por el mero hecho de no poder ser expresadas. Quizá por ello, se vivan de forma más acuciante y perentoria, y quizá por ello también, las personas mayores en estas circunstancias tengan además problemas de comportamiento (quejas, gritos, comportamiento «infantil» que llama constantemente la atención, etc.). Jiska Cohen-Mansfield *et al.* (2015) han investigado qué necesidades insatisfechas —*unmet needs*— son las más importantes para los afectados de demencia severa. La conclusión de su trabajo logra identificar ordenadamente tres necesidades: las relacionadas con «el aburrimiento/deprivación sensorial, la soledad/necesidad de interacción social, y la necesidad de una actividad significativa» (Cohen-Mansfield *et al.*, 2015). El profesional del trabajo social ha de tener muy en cuenta estas investigaciones porque los problemas de comportamiento del mayor demente suelen generar conflictos con la institución de acogida y por ello con los familiares, o en caso de no

habitar en una residencia, con los familiares directamente. Se trata de un tema especialmente sensible porque el mayor es incapaz de comunicar aquello que necesita, por lo que el profesional del trabajo social necesita este tipo de conocimientos, comunicárselos a la familia para que adopten comportamientos que distraigan, diviertan, sean estimulantes sensorialmente, acompañen, permitan una rica o al menos adecuada interacción social, y doten de actividad y sentido, a esos mayores que se suelen arrinconar y regañar si molestan con su comportamiento. También es importante comunicar estas necesidades no satisfechas —*unmet needs*— a la institución con la finalidad de que elaboren programas con que satisfacerlas. Quizá esto es especialmente importante cuando intentamos satisfacer esas necesidades con alternativas, como las nuevas tecnologías, que están a mucha distancia de las necesidades reales y de las vivencias de esas personas. No es extraño que nos digan: «Pero realmente necesito esto?» (Gramstad y Storli, 2013).

II.6. FACTORES SOCIALES QUE PROTEGEN FRENTE AL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD EN LOS MAYORES

El primer factor que hay que tener en cuenta como protector del aislamiento y la soledad es la situación del vecindario en que se ubica el hogar del mayor. Kemperman *et al.* (2019) han mostrado lo esencial de la oferta de servicios y de la seguridad del barrio en que se desenvuelve la vida de nuestros mayores. Estos autores han subrayado que no basta con que la sociedad civil o el Estado haya provisto de buenas instituciones y servicios el barrio, hay un segundo factor que es el de las redes vecinales y sociales en el vecindario. Estas se encuentran en relación directa con la satisfacción del adulto (Kemperman y van den Berg, 2019, pág. 406).

Si nos centramos en la persona mayor que desea vivir en su propio hogar unipersonal, observamos que requiere de una serie de recursos (financieros para acomodar su casa a las nuevas exigencias impuestas por su estado de salud, sociales, culturales) y de servicios (de salud, transporte, seguridad, ocio, cuidados) para poder sortear el peligro de la sensación de soledad y la depresión.

Una alternativa a la soledad la proporcionan las nuevas opciones residenciales para mayores como comunidades de personas mayores que comparten un mismo hogar: *cohousing*, y que tienen por tanto garantizada una red de conexiones sociales con quienes participan del mismo proyecto. Los mayores que deciden vivir en este régimen comparten comidas, cuidadores, y determinadas actividades. Además, el cohabitar con personas con quienes han compartido al menos ese proyecto les permite no sólo el intercambio de puntos de vista, sino también unos lazos emocionales y un apoyo más fuerte que el de quienes han coincidido casualmente en una instalación de cuidados para mayores. No obstante, es obvio que cualquier convivencia es fuente de fricciones, por lo que también se puede recurrir al profesional del trabajo social que medie, ahora entre los mayores.

II.7. EFECTOS DEL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

II.7.1. EFECTOS DE LA SOLEDAD SOBRE LA SALUD FÍSICA

Aunque hemos hecho ya alguna referencia a la relación recíproca entre salud y soledad, hemos de dedicar un epígrafe específico a las repercusiones sobre el estado físico de las vivencias de soledad. El primer efecto que deseamos poner en consideración de la soledad sobre la salud de los mayores es el incremento en el riesgo de mortalidad, riesgo que tiene un correlato psicológico, por el estrés que implica reconocerlo. Según Masi *et al.* (2011), el riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas.

El gran metaanálisis realizado por Rico Uribe *et al.* (2018) muestra que el riesgo de mortalidad por cualquier causa se incrementaba en un 22% si la persona se sentía sola. Según estos autores:

La soledad es un riesgo para la mortalidad por cualquier causa y este efecto es ligeramente más fuerte en los varones que en las mujeres. Lo dañino del efecto de la soledad sobre la mortalidad es consistente a lo largo de estudios de diferente calidad, así como cuando la depresión se considera como una covariante. Son necesarios estudios cualitativos que ayuden a comprender las vivencias diferenciales y los factores presumiblemente relacionados con la soledad en varones y mujeres. También se necesitan investigaciones que usen cuestionarios validados para la soledad (Rico Uribe *et al.*, 2018, pág. 13)

No obstante, y como han mostrado Julianne Holt-Lunstad *et al.* el riesgo de mortalidad entre las personas en tercera y cuarta edad en estado de soledad o de aislamiento social es menor que el que tienen los adultos de mediana edad (Holt-Lundstad *et al.*, 2015, pág. 234). Otros autores como Bekhet y Zauszniewski (2012) han señalado que la soledad no es un factor que incline a la mortalidad entre nuestros mayores, aunque si predispone otras dolencias psíquicas como la ansiedad o la depresión (Bekhet y Zauszniewski, 2012).

La soledad se agrava cuando el riesgo de mortalidad se hace patente. Y con él la conciencia de la propia vulnerabilidad. Vulnerabilidad que asociada a la soledad se vivencia como desamparo. Además, la soledad, y el aislamiento social, podrían constituir factores de riesgo que predisponen a la mortalidad, como han puesto de relieve Julianne Holt-Lunstad *et al.* Quizá se trate de un factor de riesgo comparable a otros como el tabaquismo o la vida sedentaria (Holt-Lundstad *et al.*, 2015, pág. 235). Y es que como señalan estos autores:

Tanto la soledad como el aislamiento social están asociados con comportamientos pobres en relación con la salud como el fumar, la inactividad física o la escasa calidad del sueño. Cada uno de ellos está asociado además con procesos biológicos relevantes para la salud, incluyendo la hipertensión arterial, la proteína C-reactiva, los perfiles de lípidos y un funcionamiento inmune pobre. (Holt-Lundstad *et al.*, 2015, pág. 228).

Se trata de un tema insuficientemente tratado por la literatura científica. Sin embargo, vale la pena destacar el informe de revisión elaborado en 2017 por PsycINFO donde tuvo en cuenta 647 trabajos diferentes en los que se registraba la palabra clave «*loneliness*» o soledad, y en los que se encontraban entrevistas a personas de 65 años o más; actualmente podemos disponer de más de 305 trabajos publicados sobre esta temática y con este enfoque.

Al usar la mediación como herramienta hemos de tener en cuenta la variable género. Pagan ha investigado las diferencias en el sentimiento de soledad que experimentan varones y mujeres, por edad, y cuando interviene la variable discapacidad en tres grados (sin discapacidad, con discapacidad moderada y con grave discapacidad). Los resultados de su investigación (Pagan 2020) muestran que, al menos en Alemania:

Las mujeres eran más propensas que los hombres a declarar niveles más altos de soledad. Aunque también se encontraron resultados similares para las personas con y sin una discapacidad moderada o grave, se obtuvieron mayores diferencias de soledad por género a medida que aumentaba el grado de gravedad. En consonancia con la literatura anterior sobre la soledad y la discapacidad, encontramos que las personas con discapacidades experimentaron niveles más altos de soledad, en particular si el individuo tenía una discapacidad severa, en comparación con las personas sin discapacidad. Sin embargo, identificamos diferencias significativas de género en términos de soledad entre hombres y mujeres con discapacidad severa, siendo las tendencias mucho más fuertes para estas últimas. Al igual que en el caso de la edad, también encontramos patrones claros y diferentes según el género y el estado de la discapacidad (Pagan, 2020, pág. 9176).

Independientemente de la depresión que pueda causar la presencia de estos sentimientos de desarraigo, de no pertenencia, de desconexión o de aislamiento, el veneno de la soledad actúa, incrementando el daño que potencialmente pueden hacer otras dolencias. Así, por ejemplo, los cardiólogos Hakulinen *et al.*, han comprobado la correlación entre soledad y riesgo de padecer infarto de miocardio (Hakulinen y Pulkki-Råback, 2018). Otros cardiólogos como Valtorta y Kanaan (2016, 2018), han corroborado estas investigaciones, extendiéndolas a otras enfermedades como afecciones coronarias, ictus, etc. También Cuffee *et al.* (2014) ha señalado la correlación entre riesgo de hipertensión arterial y aislamiento social. Desde el punto de vista de la neurología, Kuiper y Zuidersma (2015), han mostrado la correlación entre aislamiento social, sentimientos profundos de soledad y riesgo de demencia. Estas investigaciones están también corroboradas por Penninkilampi y Casei (2018) o Kelly y Duff (2017). Desde el campo de la psiquiatría, Biddle *et al.* extienden estas investigaciones al riesgo de padecer deterioros cognitivos como el Alzheimer (Biddle, y Uquillas, 2019).

Richard y Rohrmann (2017) han señalado que los adultos mayores en situación de soledad tienen un 31% más de probabilidad de desarrollar altos niveles de colesterol, que el 40% probablemente tendrá diabetes, y que el 94%, es decir, casi todos, informarán subjetivamente de achaques. LeRoy y Murdock (2017) han mostrado como la soledad incrementa los autoinformes de síntomas del resfriado. El profesional del trabajo social tiene aquí una importante labor de mediación con la institución de acogida, y con las familias. Por una parte, ha de mediar con la institución para que fomente un rico programa de

acompañamiento por parte de voluntariado. Esto beneficia tanto a la institución como al adulto mayor, al poder reducir significativamente las patologías asociadas a la soledad. Por otra parte, la persona mediadora ha de hacer ver a las familias la función que la compañía prestada por los voluntarios tiene respecto de la salud y el bienestar del mayor. El mediador puede resolver así algunos conflictos entre personas en situación de soledad con las personas voluntarias y las familias, reforzando el concepto de que las personas voluntarias vienen a ayudar a las personas cuidadoras en su día a día y no a quitarle espacios de cuidados ni el amor a sus progenitores.

Otro elemento que podemos agregar a la sensación de soledad se refiere a la disfunción en diversos procesos naturales como la respuesta al estrés de los sistemas endocrino, cardiovascular e inflamatorio; la elevada resistencia vascular, la presión arterial y la actividad adrenocortical del eje hipotálamo-hipofisario, así como el menor control inflamatorio y la reducción de la respuesta inmune (Holwerda, 2012, y Holwerda y Deeg, 2012). Es frecuente en estas etapas de la vida de una persona que la desconfianza se constituya en una respuesta habitual. Pero esa desconfianza genera una carga de estrés importante y afecta, además de lo dicho en el párrafo anterior, a otros elementos de defensa como el sistema inmunológico.

En el siguiente epígrafe hablaremos de las consecuencias psicológicas, pero aquí es preciso añadir que estos efectos psicológicos afectan el sistema inmune como producto del estrés resultante (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1984) así como a otros aspectos físicos y biológicos.

Ya hemos citado anteriormente los estudios de Cacioppo *et al.* sobre la neurología de la soledad (Cacioppo, 2015). Se trata de estudios que intentan comprender el impacto neurológico y comportamental de la percepción de la soledad y/o el aislamiento social. En esta misma línea han trabajado Kanai *et al.* (Kanai, 2012).

II.7.2. EFECTOS DE LA SOLEDAD SOBRE LA SALUD PSÍQUICA

Como hemos dicho, ya desde el comienzo de esta tesis doctoral, la tercera edad, ya desde sus comienzos, está sujeta a un conjunto de transformaciones tremendamente rápidas. Tanto es así, que los individuos, no suelen estar preparados para asumir desde su yo consciente y responsable, la infinidad de cambios y alteraciones que les suceden. Al llegar a los 65 aparece súbitamente la jubilación. Una nueva condición social. Poco a poco, los vínculos afectivos en el interior de la familia se han ido disolviendo por la marcha de los hijos y la pérdida de familiares. En otros ámbitos, también se experimentan pérdidas de personas muy significativas, como amigos, y en el mejor de los casos, de conocidos, pero que avisan de la posibilidad real y no muy distante de la enfermedad y la muerte.

Estas transformaciones impactan en el psiquismo del mayor de un modo muy diferente a como lo hacen en otros adulto. Toda proyectividad hacia el futuro queda orlada por la irrealidad. Esos proyectos ya no los podrá sacar adelante él. Ni siquiera sabe si los podrá acometer. Por otra parte, la muerte aparece con unos visos de realidad que no tenía antes. En la medida en la que las respuestas normales de nuestro organismo entran en una secuencia de apagado, las implicaciones psicológicas no se hacen esperar porque encienden,

por el contrario, alarmas que tienen que ver con inseguridad, deficiencias en sistemas de autocontrol y regulación de emociones.

Hemos indicado ya que el aislamiento social implica una red bastante débil de contactos intersubjetivos. Débil tanto por la extensión de ésta como por su intensidad. Y que esta debilitación en la red de contactos intersubjetivos es acusada por la autoconciencia en la forma de un sentimiento: la soledad. Esta tesis trata sobre personas que tienen ese sentimiento. Por eso, nos parece, que metodológicamente, es necesario atender a la causa del sentimiento —el aislamiento social— para después estar en condiciones de tratar rigurosamente el efecto que sufren en su psiquismo y su vida las personas que han sido objeto de nuestro estudio. Máxime cuando uno de los resultados más significativos de las estadísticas que hemos realizado es la fragilidad de las relaciones intersubjetivas, fundamentalmente con familiares y con otros significativos. Un porcentaje nada pequeño acusaba los efectos de contactos esporádicos con los hijos, y que cuando se producían, eran de baja calidad. Los hijos se mostraban, por ejemplo, más preocupados por la solución de una urgencia médica que por un contacto verdaderamente humano.

Parece ser doctrina bien establecida en el ámbito gerontológico la asociación entre aislamiento social y riesgo de mortalidad. Holt Lunstad *et al.* (Kiecolt-Glaser y Garner, 2010), llevaron a cabo un estudio, sumamente citado, realizado sobre 300.000 participantes durante 7,5 años. En este trabajo se midieron aspectos estructurales (la integración social, el tamaño de la red de relaciones intersubjetivas, el estado civil, y el habitar un hogar unipersonal) con aspectos funcionales (el apoyo percibido, el apoyo recibido y la soledad percibida). Los resultados de este trabajo indican que la fortaleza de la red de contactos intersubjetivos está relacionada con un 50% más de probabilidad de supervivencia para el adulto mayor.

En ese trabajo aparecen una serie de variables funcionales que el mediador social ha de tener en cuenta. La primera es el apoyo recibido. Es definido por estos autores como la información subjetiva acerca del apoyo emocional, informativo, tangible o de pertenencia. En cambio, la percepción del apoyo social es definida como la conciencia acerca de la disponibilidad de apoyo emocional, informativo, tangible o de pertenencia cuando se lo necesita. Se trata de una diferencia importante por la cual la misma persona puede informar de que efectivamente recibe apoyo, pero no tantos como piensa que necesitaría o en los momentos en que sería necesario. Tiene hijos, por ejemplo, y le dan afecto, la llaman, pero no en tantos momentos de soledad o de enfrentarse a situaciones difíciles como padece. Sus hijos no están disponibles en esos momentos, están, por ejemplo, en una importante reunión, y le comentan que la llamarán más tarde, etc. Para medir el apoyo recibido véase el trabajo de Kiecolt-Glaser y Garner (1987). Para medir la percepción del apoyo social véase la escala Malmo de apoyo social (Hanson y Ostergren, 1997). El trabajador social que emplea la mediación social como estrategia tiene a su disposición un excelente cuestionario para medir rigurosamente el apoyo social (Sarason y Levine, 1983), y una herramienta para evaluarlo (Sarason y Levine, 1983). Por último, la percepción de la soledad es definida por Lunstadt *et al.*, como la presencia de sentimientos de aislamiento, desconexión y desarraigo o no pertenencia. Para objetivar rigurosamente el aislamiento social, recomendamos vivamente el

índice Berkman–Syme sobre redes sociales (Landscape, s.f.) o el cuestionario de apoyo funcional de Duke-Unk (Cuellar-Flores y Dresh, s. f.).

La persona trabajadora social con frecuencia tendrá que mediar con personas mayores, que refieren sentimientos de soledad, que tienen una red de contactos sociales sumamente precaria, y que están en tratamiento psiquiátrico para intentar aliviar la depresión o la ansiedad. Nuestro estudio, en su parte empírica, ha corroborado que un 18% de los mayores encuestados tiene prescritos psicofármacos. Ante estos sentimientos, como han mostrado Beutel *et al.* (Beutel y Klein, 2017), no sirven de nada el estatus social o económico. Donovan *et al.* (Donovan y Wu, 2017), han mostrado que el 53% de los adultos mayores que sufren de soledad muestran signos de depresión severa.

Los resultados de nuestra investigación empírica son consistentes con los ofrecidos por Teo *et al.* (Teo y Choi, 2015). Estos investigadores han mostrado que la depresión concurre con la escasa frecuencia y la baja calidad de los contactos personales cara a cara, y que la ausencia de estos contactos intersubjetivos suele provocar síntomas depresivos en unos dos años. Si estos adultos tenían contactos virtuales como, por ejemplo, por email, o por teléfono o por correo postal, estos no influían en su depresión. Nuestra investigación por su parte arroja los siguientes datos en lo que se refiere al uso de recursos tecnológicos: un 34% no los usa; el 30% sólo usa el móvil para hablar, mientras que el 36% usa mensajería. Respecto de las videollamadas y similares, nuestra investigación empírica concluye que apenas son consideradas por nuestros adultos mayores, bien porque no sepan usarlas, bien por cualquier otra variable. Nuestra investigación no ofrece pues datos acerca de si las videollamadas permiten superar o aliviar de algún modo la sensación de soledad, aunque todo parece indicar, de acuerdo con Teo *et al.* (2015), que la presencia física interpersonal es insustituible. El trabajo del mediador con la familia debe, de acuerdo con las evidencias encontradas hasta el momento, favorecer una mayor frecuencia de contactos presenciales hacia el adulto mayor.

Asumiendo que la soledad es la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo o relacional (Gené *et al.*, 2016) podemos entender que la afectación de carácter psicológico tiene que ver con una sensación de abandono y de interacción negativa o limitada. Otro aspecto que se refiere a este tipo de condiciones, es la desaparición paulatina en su entorno inmediato, de referentes coetarios, familiares o de relaciones sociales importantes. Se trata de una sensación que impulsa, además, a estimar otras situaciones complementarias que tienen una relación directa con lo expresado por Hanson (1994) respecto a que la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, de tabaquismo, de consumo excesivo de alcohol y de alimentación inadecuada, como elementos relacionados con la sensación de abandono y precariedad.

Existen situaciones en las que el adulto mayor encubre problemas emocionales con síntomas de dolencias propias de la edad, porque consideran que las mismas si pueden aceptarse como un problema lógico de la edad. (Sequeira, 2011). En este caso, el problema puede acentuarse porque dichos síntomas realmente no existen y tienden a considerarse como una excentricidad.

Otra consecuencia importante es la determinada por la negativa a verbalizar situaciones o emociones para no perturbar al escucha, bien familiar o persona cuidadora formal. Esto genera un estrés innecesario y, sobre todo, encubre situaciones potencialmente solubles con algún tipo de estrategia dirigida a mejorar la comunicación. Sin embargo, subyace la sensación en el adulto mayor de que en caso de transmitir su situación o condición será rechazado o sufrirá un mayor distanciamiento de sus familiares (McInnis y White, 2001). Este tipo de actitudes desarrollan problemas de autoestima, inseguridad y coadyuvan a la aparición o afianzamiento de dolencias preexistentes.

Hay abundante investigación acerca de la aparición, entre los miembros de estos grupos etarios, de efectos emocionales relacionados con altos niveles de ansiedad, hostilidad, baja autoestima y depresión (Donaldson, 1996), así como otros considerados como clásicos en la clínica de estas condiciones: deterioro cognitivo, insatisfacción, pesimismo, conductas suicidas, conductas propensas a mayor aislamiento y pérdida paulatina de habilidades sociales (Expósito y Moya, 2000). Este tipo de efectos, son además acumulativos y generan conflictos familiares, sociales, y en algunos casos, conllevan otras enfermedades de orden diverso.

II.7.3. EFECTOS DE LA SOLEDAD SOBRE LAS RELACIONES SOCIALES

Estudios como el presentado por Cacioppo (Cacioppo y Grippo, 2015) abren una ventana para comprender la complejidad inherente al problema de la soledad en función de nuestro desempeño evolutivo. Evolucionamos gracias a la habilidad para relacionarnos con otros y dependemos de ellos hasta el punto de delegar funciones de vigilancia y control de peligros externos, por ello, vivir o estar solos implica un grado de desprotección que pone en peligro nuestra integridad.

Las recientes tendencias demográficas, las nuevas formas de relación amorosa y de familia, y fenómenos como el alto grado de movilidad laboral de las nuevas generaciones, o la exigencia en la construcción del currículum, llevan a muchas personas jóvenes a abandonar el hogar, y a periodos de tiempo muy prolongados sin visitarlo. Estos fenómenos, junto con los de la jubilación, la muerte de personas cercanas y conocidas, y otras vicisitudes de las formas de relación amorosa, acrecientan la soledad de nuestros mayores, y representan retos muy importantes para el trabajo social. Si ya es un desafío el hecho de tener que vivir solo, más lo es sumar las dificultades propias de una edad en las que la movilidad se reduce y en la que se acentúan o aparecen con más frecuencia algunas patologías.

Un importante efecto social de la soledad en el mayor es la disminución de la posibilidad de establecer conexiones efectivas y duraderas con otras personas. Esto disminuye también la posibilidad de encontrar una actitud proactiva que limite la sensación de abandono. Esto genera lo que podríamos calificar como un círculo vicioso de generación de rechazo, no solo por parte de las personas que rodean al adulto mayor, sino de la misma persona mayor que presenta una tendencia paulatina a preferir el aislamiento, es decir, una persona mayor termina por generar las condiciones que lo mantienen en soledad. En este punto, por ejemplo, las mujeres mayores viudas, divorciadas o solteras, y de bajo nivel

educativo y socioeconómico, son las más de mayor riesgo (Ong *et al.*, 2016). La supresión del soporte individual implica la necesidad de buscar en el exterior dicha ayuda y por eso hablábamos del círculo vicioso que se establece al considerar la imposibilidad de acceder a compañía efectiva para solventar dicha carencia.

Insistimos en la dinámica del círculo vicioso de la soledad con un ejemplo que puede afectar a muchas personas mayores. Esta autoconciencia de la pérdida de utilidad puede generar, como hemos dicho, un autoaislamiento de la persona mayor. Este aislamiento puede llegar incluso a afectar al propio grupo familiar, de hijos, nietos, sobrinos, etc., que ya no saben qué hacer para lograr interactuar con el adulto y comprometerlo en sus actividades familiares, de ocio, etc. Encerrado cabe sí, encapsulado en el aislamiento en el que él mismo se ha enclaustrado, termina cercenando los vínculos que le unían a los más cercanos y queridos.

Nancy E. Newall *et al.* (Newall y Menec, 2019), han llamado la atención sobre las atribuciones que las personas mayores en soledad hacen respecto de las causas de su soledad, del curso y los avatares de la historia de sus relaciones de amistad en adultos de más de 72 años. Los resultados de su trabajo muestran que la mayor parte de estas personas creen que la soledad depende ante todo de ellas, de su esfuerzo y participación en actividades sociales y socializadoras.

Hallazgos recientes han demostrado de manera consistente la influencia que tienen los factores psicosociales como el control percibido, las atribuciones causales y la participación social en el desarrollo de la soledad en la vejez, recomendándose el desarrollo de intervenciones orientadas a aumentar el grado de responsabilidad que tienen respecto de su protagonismo en su propio aislamiento. Se trata de una estrategia que orienta a las personas mayores para prevenir su soledad (Newall, *et al.*, 2015 y Newall y Menec, 2019). En este sentido, las revisiones de la literatura científica sobre las intervenciones dirigidas a reducir la soledad apuntan que las mejores intervenciones son aquellas que se dirigen a modificar las cogniciones sociales desadaptadas y a mantener y mejorar las relaciones sociales mediante técnicas cognitivo-conductuales (Cacioppo y Grippo, 2015).

Asimismo, otros factores pueden influir en esta decisión de aislamiento: la disminución de la autoestima a consecuencia de cambios corporales, la pérdida de empleo, de amigos, de la pareja o de familiares, así como la incapacidad para llevar a cabo acciones cotidianas. Un ejemplo especialmente pertinente a este respecto, que es bien ilustrativo por su alta frecuencia, es la incontinencia, tan habitual entre las personas de la cuarta edad. Este factor representa un caso de disminución de la capacidad para interactuar de manera efectiva con el entorno humano que rodea al adulto mayor.

Además, la crisis de identidad se puede asociar al deterioro paulatino del sentido de utilidad. Esta crisis, la de identidad en relación con la función social, está asociada a otras crisis. La crisis de autonomía, relacionada con la pérdida de habilidades tanto físicas como sociales que implica, como hemos visto, un acelerado deterioro del organismo. Finalmente, la crisis de pertenencia, asociada a la pérdida de roles de utilidad y a los laborales. Es un punto importante porque define el sentido social de la existencia y establece un factor de estrés adicional al envejecimiento y la soledad (Laforest, 1991).

Podría parecer que las relaciones sociales y los contactos se reducen con la edad. Phongsavan *et al.* (2013) han investigado recientemente las relaciones entre edad, género, contactos sociales y malestar psicológico. Entre los resultados de su investigación figuran los que se presentan en la siguiente tabla.

Table 2. Proportions (%) of Social Contacts by Age and Gender (N = 236,490).

	Age group				Chi-square test of independence, p-value
	45 to 64 years	65 to 74 years	75 to 84 years	85+ years	
Males					
Number of people to depend on					<.001
No one	8.5	6.6	5.7	6.4	
1 to 5 people	43.6	41.1	46.6	53.3	
6 to 14 people	34.7	38.1	36.3	33.5	
15+ people	13.2	14.2	11.5	6.9	
Number of social phone calls/week					<.001
<1 call/week	6.1	6.4	8.6	11.7	
1 to <5 calls	51.4	49.3	51.4	52.3	
5 to <15 calls	31.7	36.5	34.4	31.4	
15+ calls	10.7	7.8	5.6	4.6	
Number of social groups/fortnight					<.001
<1/fortnight	51.1	39.1	36.2	41.9	
1/fortnight+	48.9	60.9	63.8	58.1	
Number of social visits/week					<.001
<1 visit/week	12.4	10.8	13.2	15.8	
1 to <4 visits	48.4	39.4	39.9	42.7	
4 to <10 visits	31.2	38.5	36.8	32.4	
10+ visits	8.0	11.2	10.2	9.0	
Females					
Number of people to depend on					<.001
No one	5.8	4.6	4.2	5.2	
1 to 5 people	49.7	48.3	54.8	59.8	
6 to 14 people	35.8	38.1	34.3	30.8	
15+ people	8.7	9.0	6.7	4.2	
Number of social phone calls/week					<.001
<1 call/week	2.5	1.8	2.6	6.2	
1 to <5 calls	43.7	36.3	39.0	39.6	
5 to <15 calls	44.1	51.7	50.2	45.0	
15+ calls	9.7	10.3	8.3	9.2	
Number of social groups/fortnight					<.001
<1/fortnight	48.5	28.2	27.5	38.7	
1/fortnight+	51.5	71.8	72.5	61.3	
Number of social visits/week a					<.001
<1 visit/week	8.2	7.0	8.7	9.9	
1 to <4 visits	45.3	35.1	38.5	39.0	
4 to <10 visits	38.1	46.1	42.3	40.1	
10+ visits	8.4	11.8	10.5	11.0	

Tabla 8. Porcentajes de contactos sociales por edad y género. Fuente: Phongsavan et al. 2013, pp. 929-930

Podemos observar que el número de personas a cargo de un individuo se va reduciendo con la edad, es cierto. Pero también lo es en cambio, que el número de llamadas telefónicas de carácter social se incrementa. También lo es el hecho de que, aunque disminuye el número de grupos sociales con los que se tiene contacto por quincena a partir de los 65 años, sin embargo, aumenta a partir de los 85 años. Y el número de visitas sociales se incrementa significativamente a partir de los 75 años superando ampliamente al que se tenía entre los 45 y 64 años.

Queremos citar algunas palabras de estos autores por el carácter tan contraintuitivo de sus hallazgos:

El contacto con grupos sociales aumentó con el aumento de la edad para ambos sexos, aunque la frecuencia de contacto declarada disminuyó notablemente a partir de los 85 años, pero seguía siendo superior a la del grupo de edad más joven (45-64 años). Entre los hombres, las proporciones de visitas sociales con amigos y familiares variaron entre los distintos grupos de edad, pero las proporciones que realizaban menos de una visita a la semana aumentaron a partir de los 65 años. Entre las mujeres, las proporciones que declararon ≥ 10 visitas sociales/semana fluctuaron entre los cuatro grupos de edad, pero en general las proporciones relativamente más altas de las que tenían 65 años o más declararon esta frecuencia de visitas en comparación con el grupo de edad más joven (45-64 años) (Phongsavan *et al.*, 2013 pág. 930).

La densidad de la red de contactos sociales no es el único factor que interviene. También hay que considerar su calidad. Si los otros con quienes interactúa el mayor no validan sus acciones de modo positivo se generan nuevas condiciones para decidir seguir aislándose. Además, la calidad de las interacciones con la red de contactos y de apoyo puede verse también deteriorada por las dificultades para expresar o verbalizar determinadas situaciones. De nuevo el carácter acumulativo y dinámico del problema de la soledad. En estos casos los adultos mayores desarrollan temor a comunicar sus condiciones particulares.

En el aspecto social, la pérdida de afinidad y afiliación con sus pares es tal vez lo más relevante, si consideramos la importancia que esta condición tiene o representa para la vida en soledad. Se trata de un aspecto capital y fundamental para la intervención y el proceso de diagnóstico social. El mediador puede experimentar serias dificultades en las interacciones con la persona mayor debido a problemas comunicativos. Estas dificultades pueden llegar a ser insalvables. En los casos en que se consiguen superar, la merma en la comunicación limita la efectividad de la mediación, y pueden, por lo tanto, imposibilitar un acompañamiento de mayor calidad, dejando a la persona mayor en el círculo vicioso, auténtico remolino, del aislamiento.

Hemos hablado sobre la posibilidad de que el aislamiento sea autoaislamiento. Pero, como hemos comentado se trata de un círculo vicioso, por lo que el adulto mayor no es nunca el único factor de generación del aislamiento. Hay que considerar algunas condiciones generadas por el grupo familiar, como las relacionadas con la sensación de abandono que se posterga desde la búsqueda de una vida independiente por parte de los hijos. El síndrome del nido vacío termina por ser una expectativa postergada para el momento de la vejez, que es cuando el adulto mayor espera una retribución y, sobre todo, poder expresar la sensación de abandono causada anteriormente. En este punto se generan actitudes negativas que terminan por afectar a las relaciones paternofiliales y generar una sensación de indefensión y soledad.

De igual manera, la caída en el círculo vicioso del aislamiento no sólo afecta a la red de contactos y apoyos sociales, sino también, a la salud física y psíquica del adulto. Este deterioro suele ser una condición que se incrementa exponencialmente porque puede generar a su vez un mayor grado de aislamiento de la persona mayor.

Por último, una de las consecuencias más tristes del aislamiento de las personas mayores, es su mayor proclividad a ser víctimas de abusos de toda índole. La *Organización Mundial de la Salud* en unas investigaciones publicadas en 2018 concluyó que el 16% de las personas mayores han sufrido algún tipo de abuso (físico, psicológico, verbal, sexual, financiero o abandono). La vivencia de soledad incrementa el riesgo de ser abusado, por otra parte, y como han mostrado Acierno y Hernández., quienes abusan de personas mayores suelen ser personas socialmente aisladas, y dependientes financieramente del adulto abusado (Acierno y Hernández, 2010). Esto no obsta a que, con frecuencia, abusan de los mayores tanto los hijos, como las parejas. En la parte empírica de nuestra investigación no hemos encontrado autoinformes de abuso por parte de ningún mayor encuestado. Por otra parte, y como está prescrito en nuestra legislación y como es obvio, en caso de detectar indicios de abuso, la mediación ha de interrumpirse y deben denunciarse los hechos ante la autoridad competente.

II.8. PROBLEMÁTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y/O SOLEDAD DISTRIBUIDA SEGÚN LOS TIPOS IDEALES WEBERIANOS

II.8.1. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «RANDOLPH» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

Recordemos que el tipo weberiano ideal «Randolph» responde a la persona jubilada menor de 80 años y en buen estado de salud. Como en todos estos constructos ideales, se trata de una intersección entre factores socioculturales —por la generación a la que se pertenece— con los factores sanitarios a los que responde su estado de salud. La edad de Randolph es un punto a favor para su salud y bienestar físicos y psíquicos, pues es capaz de desenvolverse con soltura en un mundo digital, y con mucha tecnología. E indudablemente su estado físico e intelectual, le permite también vivir en situación de aislamiento social y/o soledad, con bastante desenvoltura y calidad, es decir repercutiendo este estado físico sobre su estado emocional. Por eso, la principal preocupación para con las personas tipo «Randolph» estriba en asegurar y consolidar un proceso de envejecimiento activo.

II.8.2. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «THERESA» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El tipo ideal «Theresa» comparte con Randolph un buen estado de salud. Pero no en términos absolutos, sino relativos a la edad. Y es que con 80 años o más, estar en un buen estado general de salud, significa algo muy diverso a lo que significa con 70. A estas edades estadísticamente están generalizados los dolores articulares, que implican que determinadas actividades, como subir las escaleras o caminar, se vuelven bastante difíciles. Pero su buen estado de salud, en términos relativos, implica que estas personas pueden realizar por sí solas muchas de las actividades de la vida diaria, como su higiene personal, la compra, la preparación de los alimentos o las actividades de la casa. Más aún, el estado físico de Theresa va de la mano con su estado intelectual y emocional.

El tipo ideal «Theresa» cuando vive en situación de aislamiento social y/o soledad es capaz de mantener los contactos sociales necesarios para realizar con desenvoltura las actividades de la vida diaria. Sale, conversa con los proveedores en supermercados, farmacias, visita a su médico, e incluso por su estado emocional es capaz de pasar gran parte del día en actividades fuera de su casa.

La principal problemática del tipo «Theresa» puede provenir de cierta ansiedad asociada a su futuro previsible. Ahora se encuentra bien, pero... ¿y si su salud empeora? De esto son avisos los dolores articulares que padece, que le pueden llevar a reducir un poco su radio de acción. Camina y compra por su calle o barrio, pero quizá ya no se atreve con el transporte público, etc. También la ansiedad puede estar ligada a problemas de seguridad, bien por la problemática social del barrio de residencia, o bien porque el deambular está sujeto a posibles accidentes.

II.8.3. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «ELENI» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

En el epígrafe I.4.3. presentamos el tipo ideal weberiano «Eleni», la persona jubilada menor de 80 años, pero con problemas moderados de salud. Entre las problemáticas sociales más frecuentes de este tipo ideal, cuando viven en situación de soledad, nos encontramos con:

1. Su soledad, añadida a su condición física (problemas sensomotores, de algesia, estadios iniciales de demencia, etc.) hace que le sea difícil beneficiarse de todos los cuidados y atenciones asistenciales que podrían tener si contaran con apoyo familiar.
2. Si estas personas habitan en zonas rurales, alejadas de las instalaciones de cuidados asistenciales especializados (centros de día, centros de rehabilitación, centros especializados en la demencia, etc.) experimentan serios problemas para acceder a esos servicios sociales, o se ven directamente excluidas de ellos por razones meramente geográficas.
3. Su situación de soledad o de aislamiento geográfico es una fuente de ansiedad relativa a las consecuencias de posibles accidentes (caídas, dejarse el fuego encendido, etc.)
4. Además, si están en los primeros estadios de procesos de demencia, los servicios sanitarios (comenzando por su médico de atención primaria) no pueden confiar en que puedan seguir sus recomendaciones o tratamientos.
5. Por último, estas personas tienen el problema de dirimir su futuro cercano (si se acercaran a familiares, si habitaran centros residenciales para mayores), y además los medios económicos que cuentan para hacerlo.

II.8.4. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «MARÍA» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

En el epígrafe I.4.4. tratamos del tipo ideal que el proyecto de la Unión Europea que comentamos denomina «María». Y que se caracteriza por las coordenadas: mayor de 80 años con enfermedades crónicas. En ese epígrafe caracterizamos estadísticamente ese tipo ideal o *Blueprint persona*. En este epígrafe nos centramos en las problemáticas sociales que tienen estas personas cuando viven en situación de soledad y/o aislamiento social.

1. Este tipo social corresponde a personas que generalmente viven aisladas o solas. Bien porque enviudaron, bien porque cuidan de otras personas (hijos o nietos con discapacidad). Es decir, no suelen recibir cuidados, sino que los dan.
2. Se encuentran en un dilema existencial, pues por su situación de salud requieren cuidados, pero por su situación personal suelen rechazarlos para poder atender a quienes tienen a su cargo.
3. Debido a su estado de salud (visión, locomoción, insuficiencias cardíacas, arritmias, etc.) experimentan dificultades para cuidar de su hogar y para hacerse cargo de muchas de las actividades de la vida diaria, incluidas su propia higiene y aseo personal.
4. Debido a su comorbilidad suelen experimentar efectos adversos de su polimedicación.
5. Las prestaciones económicas suelen ser bajas, por lo que tienen dificultades para seguir las indicaciones y prescripciones médicas (por ejemplo, la compra de una cama articulada, una grúa, etc.) o para acceder a ayuda externa que no pueden pagar.
6. Debido a su bajo nivel de alfabetización digital y tecnológico suelen desconocer los medios tecnológicos, de ayuda a domicilio, de ayuda a la dependencia, que podrían mejorar su calidad de vida.

II.8.5. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «PROCOLO» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

En el epígrafe I.4.5. tratamos de aquellas personas jubiladas menores de 80 años que tienen necesidades complejas, debido ante todo a múltiples padecimientos crónicos. La multimorbilidad cuando aqueja a personas que se encuentran en situación de aislamiento social y/o soledad conduce a situaciones verdaderamente notables en su problemática.

1. Como vimos estas personas presentan graves dificultades para la movilidad personal, derivadas de sus dolores articulares, problemas de visión, etcétera.

Esta movilidad les impide habitualmente el desempeño de algunas actividades de la vida diaria más importantes: desplazarse para hacer las compras, limpiar la casa, o cocinar. Por esta razón, cuando estas personas no tienen ayuda de familiares, la dieta se empobrece, y como consecuencia se agravan sus problemas metabólicos (diabetes, hipertensión, etc.) y sus problemas de movilidad (debido al sedentarismo, la falta de ejercicio físico, la pérdida de masa muscular, y por consiguiente de fuerza física, los problemas relacionados con la propiocepción (lo que les hace más proclives a las caídas, etc.)).

2. La multimorbilidad implica polimedicamentación, y ésta trae consigo problemas derivados del entrecruzamiento de medicamentos, de complejidad en la administración e ingesta de estos, etcétera. Cuando estas personas viven solas el enfrentamiento a la complejidad de las prescripciones médicas puede plantear más problemas que cuando viven acompañados por personas en mejor estado de salud.
3. El carácter crónico de las enfermedades que tienen estos pacientes suele implicar problemas psicológicos añadidos (depresiones, ansiedad), que se refuerzan o se entrecruzan con los derivados de la situación de aislamiento social y/o soledad.

II.8.6. PROBLEMÁTICAS SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «JACQUELINE» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El tipo ideal «Jacqueline» es el último de los considerados por el proyecto *Blueprint personas* de la Unión Europea para la transformación digital de los cuidados en una sociedad que envejece. Y es también el más complejo, dada la necesidad imperiosa de cuidados que tienen estas personas.

El tipo ideal «Jacqueline» no tiene las fronteras bien definidas. No siempre el mayor de 80 años sufre un accidente cerebro vascular y comienzan a partir de ahí sus problemas. En la mayoría de los casos, se alcanza lenta, progresiva e indefectiblemente este estadio sin que «Jacqueline», sus familiares, allegados o incluso las personas que trabajan en el hogar del afectado lo sepan. La demencia puede anunciarse, sin hacerse notar demasiado, en problemas relacionados con la gestión de las finanzas personales, el aseo personal sufre un deterioro considerable, que los familiares achacan a la propia voluntad del mayor. Y es verdad que esa persona afirma que no quiere ducharse. Lo mismo sucede en tareas de la vida cotidiana: las lavadoras, por ejemplo, se llenan, pero no se inicia ningún programa de lavado. Las medicinas sin tomar se amontonan en un cajón, o se toman sin criterio. La debilitación de la propiocepción hace frecuentes las caídas que pueden atribuirse, erróneamente, a otras causas (calzado inadecuado, alfombras, ingestas de alcohol, etc.).

Todo esto nos lleva a pensar que el tipo ideal «Jacqueline», a diferencia de los demás tipos ideales, tiene una característica singular: no forma parte de él la autoconciencia que tenga el paciente o los allegados de pertenecer a ese tipo. Ni «Jacqueline» ni su familia ni sus allegados, tienen porque ser conscientes de su demencia, de su profundo deterioro cognitivo. En los primeros años en que Jacqueline es Jacqueline, ella no sabe que pertenece a ese tipo

de mayor con necesidades complejas de las que estamos tratando aquí. Por otra parte, la familia suele negar esta realidad, como si fuera víctima de un autoengaño. Todo esto, como veremos en el capítulo dedicado a la mediación da lugar a un sinnúmero de conflictos en el seno familiar.

Si una persona *x* pertenece *de facto* ya al tipo ideal «Jacqueline», pero aún no lo sabe *de iure*, porque no hay un diagnóstico médico, porque no se ha producido una hospitalización debida a un ictus, o porque el neurólogo no ha emitido un diagnóstico, y el médico de atención primaria espera ese dictamen, entonces esta situación, vivida por un «Jacqueline» en situación de aislamiento social y/o soledad, es muy problemática. Sin duda la más problemática de las que estamos estudiando en esta tesis doctoral.

Consideremos primero este caso —Jacqueline en situación de aislamiento y/o soledad inconsciente, ella y su entorno de su situación *de facto*— y después pasemos a considerar la situación de estas personas cuando su pertenencia al tipo Jacqueline es declarada *de iure* o formalmente. Para mayor comodidad llamaremos a estas dos situaciones, con problemáticas distintas simplemente *de facto* y *de iure*.

a) *Jacqueline de facto*

Una persona *x* que pertenezca al tipo ideal Jacqueline sin saberlo, y sin que su entorno lo sepa, puede vivir durante ese lapso de tiempo en un hogar unipersonal. Y esta es la situación que nos concierne ahora. El problema es que pueden vivir entonces como si pertenecieran al tipo ideal Procolo, cuando en realidad no pertenecen a él. Habitando entonces un hogar unipersonal surgen los siguientes problemas:

1. Los problemas de movilidad no son los de Procolo, ahora se ven agravados por las pérdidas de tejido óseo —osteoporosis— y las pérdidas de masa muscular. La fragilidad ósea y la debilidad muscular son cuantitativamente mayores que en Procolo, y cualitativamente distintas. Si esto se une a la alteración de los ritmos circadianos entonces la probabilidad de caídas se incrementa exponencialmente. Además «Jacqueline» puede ir perdiendo paulatinamente el control sobre sus esfínteres, lo que le obliga a levantarse con frecuencia para ir al cuarto de baño. Esto incrementa el número de caídas potenciales.
2. La polimorbilidad y consiguiente polimedamentación de Jacqueline puede parecer la misma que la de Procolo, pero al igual que en el punto anterior, se trata de situaciones cualitativamente distintas y no sólo cuantitativamente. Y es que el inicio de la demencia supone la aparición de serios problemas para seguir las prescripciones médicas.
3. Por último, la ansiedad de Procolo tampoco es la ansiedad de Jacqueline. La de aquel se debía al carácter crónico y complejo de sus padecimientos. La de ésta se debe en cambio a la conciencia de la pérdida de facultades cognitivas como la memoria. Además, esta depresión refuerza o acelera el proceso de demencia.
4. Un problema común a Procolo y a Jacqueline es la alta probabilidad de sufrir graves consecuencias por olas de calor (deshidratación).

b) *Jacqueline de iure*

Cuando el entorno de Jacqueline o ella misma son conscientes de que su condición no es la de antaño, es decir, cuando hay conciencia de que las propias condiciones de vida han cambiado de un modo que uno ya no es lo mismo que era antes, y que las necesidades son muy complejas, entonces estas personas, si viven en situación de aislamiento social y/o soledad, por ejemplo por el hecho de vivir en un hogar unipersonal, entonces la situación se desdobra, lo que da lugar a dos líneas con problemáticas distintas. La primera es que esa persona siga viviendo hasta su muerte como Jacqueline. La segunda es que el entorno familiar se haga cargo, o los vecinos den señales de alarma que lleguen a los servicios sociales. Por eso, y como acabo de decir, hay tres líneas de problemas diferentes en el Jacqueline *de iure*.

i. *Jacqueline de iure que muere sola y aislada en hogar unipersonal*

El número de personas que mueren solas en sus hogares y que nadie encuentra hasta que transcurre un considerable periodo de tiempo —a veces varios meses— se está incrementando, y crece conforme se extiende la esperanza de vida, y el porcentaje de población envejecida crece.

El tipo ideal Jacqueline se define no sólo por su edad, sino por las necesidades complejas que tiene, es decir, por la problematicidad de su condición o estado de salud. Pues bien, a esta problematicidad ahora hay que añadir la del aislamiento y/o la soledad.

La consecuencia natural, es decir necesaria e inesquivable de estas dos problematicidades es la muerte a corto plazo. Muerte que como hemos dicho suele pasar inadvertida para su entorno, a la que asisten demasiado tarde los bomberos, y que certifican los médicos forenses.

Recientemente, y por motivos de la pandemia, estamos cobrando conciencia del dramatismo de este subtipo ideal de Jacqueline. El número de ancianos con necesidades especiales —derivadas del COVID-19 directa o indirectamente— que han fallecido se ha incrementado a unos niveles impensables hace un par de años. Los datos que tenemos derivan de declaraciones a los medios de algunos profesionales del ámbito de la atención en urgencias (bomberos, sobre todo), pero no se elaboran actualmente ningún tipo de estadísticas oficiales al respecto.

Los problemas de este subtipo son los mismos que consideramos anteriormente. Pero para evitar estos trágicos desenlaces, se presenta un problema perentorio a los servicios sociosanitarios y los profesionales del trabajo social: el de detectar estos casos y actuar con prontitud, mucho antes de que lo tengan que hacer los bomberos o los médicos forenses.

ii. *Jacqueline de iure que es atendida por cuidadores informales o formales en ámbitos no hospitalarios.*

Cuando una persona, en situación de aislamiento social y/o soledad sufre un deterioro de tal magnitud que resulta patente a ella misma, a los servicios sanitarios y/o su entorno que pertenecería al tipo

ideal «Jacqueline», entonces resulta patente que su condición implica la recepción de unos cuidados que ella misma no se puede proporcionar. Generalmente los profesionales de atención primaria son quienes dan las señales de alarma tras el diagnóstico, y establecen las primeras medidas, comunicándolo, por ejemplo, a los servicios sociales comunitarios que se hacen cargo de la búsqueda de familiares, residencias, etc., que presten auxilio a esas personas que ya no pueden habitar sus hogares unipersonales solos. En España este tipo de actuación se rige por la ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.

Estas personas se encuentran en uno de los grados mayores de indefensión vital por los que puede atravesar una persona, solo comparable quizá a la de los niños. Por ello es urgente prestarles los auxilios debidos y necesarios. Y estos auxilios se pueden prestar en dos dimensiones: una para combatir el aislamiento social de esa persona, y otra para combatir la soledad de esta. La primera se resuelve por los profesionales del Trabajo Social tras la alarma de los servicios sociosanitarios. Y permite que esa persona sea atendida en complejos residenciales o en su propio hogar si tiene medios y un administrador judicial o si se ha localizado a familiares que se hagan cargo de esta.

Una vez que este tipo de personas ya son atendidas, ya no se encuentran aisladas socialmente, puesto que están acompañadas y atendidas en una residencia o en su hogar por los cuidadores formales que haya dispuesto la familia. Entonces la problemática principal de estas personas suele ser la concomitante a las situaciones de soledad. Se puede estar muy solo a pesar de estar bien acompañado y atendido. Esta soledad, bien por el abandono o lejanía de los familiares cercanos, bien por la ausencia de estos, se añade a la conciencia, más o menos lúcida, de las consecuencias de la condición del tipo «Jacqueline»: debilitamiento general, severas dificultades de movilidad, pérdida de memoria, desorientación, etc., que pueden concurrir y reforzarse mutuamente en cuadros depresivos o de ansiedad más o menos graves.

iii. *Jacqueline de iure que viven en unidades de cuidados intensivos*

La reciente pandemia de COVID-19 nos ha conmocionado a la mayoría de los habitantes del planeta por las imágenes de cuántas personas han tenido que afrontar la ansiedad y el temor a un desenlace fatal en estrictos protocolos de aislamiento. Cuando estas personas pertenecían a generaciones acostumbradas al uso de los medios digitales de comunicación, el miedo y la incertidumbre podían aminorarse por el contacto telemático (Skype, videollamadas, teléfono) con sus allegados. Pero si la persona en cuestión pertenece al tipo Jacqueline, con su escasa alfabetización digital, y además se encuentra en situación de aislamiento social y/o soledad, los medios y tecnologías de la información y la comunicación no sirven apenas de nada porque no hay nadie con quien contactar, o porque los profesionales sanitarios que desean darle la oportunidad a esa persona de comunicarse con alguien significativo para

ellas, se encuentran con la dolorosa realidad de que esa persona no recuerda, por su demencia, o por las consecuencias de un accidente cerebro-vascular, a quiénes podrían llamar.

CAPITULO III: LA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD Y/O AISLAMIENTO SOCIAL

III.1. INTRODUCCIÓN: LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y LA MEDIACIÓN

III.1.1. LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Hemos tratado ya de la tipología ideal de las personas mayores, de los problemas y conflictos que el proceso de envejecimiento trae consigo (capítulo I), y después hemos considerado qué problemas y conflictos generan el aislamiento social y la soledad en las personas mayores (capítulo II). El objetivo de este tercer capítulo no puede ser sino ver cómo intervenir para promover soluciones eficaces a esos problemas y conflictos ya estudiados.

Se denomina «intervención social» a toda acción programada con la finalidad de solventar una problemática social. Según Ander-Egg una intervención social es un:

conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado» (Ander-Egg, 1995, pág.161).

Se trata de un conjunto de elementos que se diseñan específicamente para que juntos interactúen con un fin social. La mayoría de las situaciones que ameritan una intervención social suelen ser negativas. Solo se intervienen en contextos positivos para mejorar los efectos de una práctica que ya se viene dando. Las intervenciones suelen poseer un marco legal y teórico que les proporciona títulos de legitimidad y establece su cauce, alcance y límites. Pero la legislación sobre las intervenciones siempre llega en un momento ulterior a las prácticas sociales espontáneas que se establecen, e incluso se institucionalizan para solventar determinadas necesidades. Por ello, la intervención es un proceso complejo que la sociedad construye con sus creencias y costumbres, cambia con el paso del tiempo y se lleva a cabo despaciosamente y calladamente a través de descripciones, informes, observaciones y la relación que establece el interventor con el medio (Carballeda, 2010).

Toda intervención ha de partir de la identificación de una serie de objetivos a trabajar con personas, grupos o comunidades, en este caso: los mayores en situación de soledad y/o aislamiento. Así las preguntas hacederas por los profesionales de la Sociología y del Trabajo Social son las siguientes: ¿Qué objetivos son deseables alcanzar para mejorar, ampliar o fortalecer las redes sociales de determinadas personas mayores? y ¿qué objetivos podemos plantearnos para aliviar la carga y el dramatismo de las vivencias desgarradoras de soledad?

Las respuestas pueden ser muy variadas, y en todos los casos dan lugar a intervenciones sociales que pueden ser más o menos eficaces, más o menos afortunadas. Desde implantar un sistema de acompañamiento telefónico, a realizar actividades grupales, o prestar servicios comunitarios. Estas intervenciones pueden actuar a su vez a diferentes niveles: relacionando a esas personas con sus familias, con determinados grupos o con la comunidad en que viven. O viceversa, en el sentido opuesto, buscando la implicación de esas comunidades, grupos y familias con las personas socialmente aisladas o que viven el desgarramiento de la soledad.

Pues bien, hemos de reparar en un hecho importante y trascendental para la intervención social, pero que a menudo pasa desapercibido. El hecho es que las problemáticas sociales son complejas, poliédricas. Y por eso exigen *un enfoque multisistémico*. Una intervención aislada nunca resuelve la compleja problemática de la realidad social. Actúa sobre un elemento de un sistema complejísimo, el social. Por eso, puede resultar ingenuo satisfacerse con la implementación de una y solo una intervención. Ésta es parcial por su misma naturaleza. Y por ello, hay que buscar la *sinergia* entre diversas intervenciones. Entre estas intervenciones las hay de muy diversa naturaleza, y que trabajan a niveles muy diferentes. Hay intervenciones que abordan problemas específicos: el acceso y navegación efectiva y segura a internet (contactos por redes sociales, telemáticos, etc.), la provisión de servicios necesarios y útiles para las personas por parte de las administraciones públicas (viajes del IMSERSO, hogares del jubilado, centros de día, etc.); empresas, talleres y actividades grupales como rutas saludables, escuelas de danza, talleres de memoria, etc.; o determinados servicios a nivel individual: atención psicológica o médica teleasistida, etc., que intentan resolver problemas concretos de personas, grupos o comunidades concretos.

Como es obvio, una misma persona puede y suele ser objeto de diversas intervenciones sociales que como resultado le ofrecen, por ejemplo, un servicio de teleasistencia para posibles accidentes de salud, disfrutar de vacaciones subvencionadas por el IMSERSO, se beneficia de los talleres impartidos por asociaciones, y se le ha alfabetizado digitalmente a través de servicios como Guadalinfo, por ejemplo. En todos estos casos se observa cómo las diferentes intervenciones son *sinérgicas*, y no excluyentes, o al menos no deberían serlo. Pero no todos los problemas se dejan resolver en términos objetivos y exteriores a las personas. El IMSERSO o cualquier otra agencia estatal, grupo empresarial, organización no gubernamental, grupo de personas voluntarias, etc., ofrecen soluciones objetivas a problemas objetivos: líneas de teléfono con profesionales de la Medicina, Psicología, etc., al otro lado de la línea, una oferta variadísima y completísima de viajes, talleres para la educación y realización de actividad física, etc. Estos recursos son objetivos, en el sentido de que se trata de útiles, instrumentos, y son exteriores a las personas que los ofrecen y los disfrutan. La exterioridad y la objetividad es la marca distintiva y diferencial de estas intervenciones.

III.1.2. EL SURGIMIENTO DE CONFLICTOS Y LA MEDIACIÓN SOCIAL

Pero hay otro tipo de problemas que no pueden ser abordados en términos meramente objetivos. Y no pueden serlo, porque se trata de problemas subjetivos e intersubjetivos. Esos problemas se pueden llamar *conflictos*. Estos conflictos pueden ser enfrentamientos entre

diferentes partes, o la angustia sentida ante diferentes tendencias vividas por un solo individuo: conflictos emocionales, etc. Aquí es donde puede incidir un tipo de intervención social que es la *mediación*. Como hemos dicho antes, esta herramienta no es una alternativa excluyente. Es complementaria y sinérgica con otro tipo de intervenciones; es más, se puede recurrir a ella para «engrasar» las sinergias.

Los conflictos se caracterizan por ser subjetivos. Y esto quiere decir que afectan e involucran a las convicciones, sentimientos, deseos, de las personas que los sufren, y a sus interacciones con otras subjetividades. Es decir, afectan a la interioridad de esas personas, y a la relación entre interioridades subjetivas. Y por eso, la mediación es una herramienta congruente por ser respetuosa con la índole subjetiva de los conflictos. El mediador interviene acompañando en el proceso de decisión, ayuda a las personas a dialogar, busca los puntos comunes sobre los que poder construir acuerdos más generales, intenta que las partes encuentren soluciones eficaces y perdurables a sus conflictos. Así pues, las intervenciones a las que denominamos «*mediaciones*» constituyen un tipo de actuación que podríamos denominar «*dialogante*» puesto que intenta solucionar el conflicto no con cosas, sino con el acompañamiento personal en la toma de decisiones.

Este carácter multisistémico y sinérgico de la mediación ha sido subrayado por Longoria, quien afirma que «la mediación como parte de la intervención social pretende una forma de intervención vinculada con otra serie de actuaciones para la resolución de problemas» (García Longoria *et al.*, 2004, pág. 262). Se trata de intervenciones complementarias. La mediación no sólo no excluye otro tipo de intervenciones, sino que por la complejidad del sistema social las requiere, se engarza con ellas, funciona orgánicamente, como un tipo particular de intervención, con fines y métodos particulares que se articula con otras intervenciones con fines y métodos heterogéneos a los que tiene la mediación, y que sin embargo, si logran trabajar en sinergia, o sistémicamente, actúan como los diferentes órganos de un cuerpo vivo, a beneficio de la unidad total del organismo, y en nuestro caso, de la sociedad. Es decir, las intervenciones forman un sistema y por ello son multisistémicas e interdisciplinarias.

Otro modo de conceptualizar la especificidad diferencial de la mediación respecto de cualquier otra intervención es afirmar que las intervenciones no mediadoras operan aprovechando *oportunidades* que permiten implantar un recurso. En cambio, la mediación tiene que ver con *alternativas* ante las que se sitúa un determinado sujeto. Puede hacer esto o lo otro. Ha de decidirse, y el hecho de decidirse le puede sumir en angustia. También están las alternativas que proponen diferentes familiares, o las que estima la institución que lo acoge. En cualquier caso, la alternativa pone de relieve la necesidad de autodeterminación de la persona mayor, y por ende su protagonismo.

Esta tesis doctoral es una investigación en Trabajo Social. Abordamos el tratamiento de la soledad y el aislamiento social de personas de un grupo etario muy concreto. Y lo abordamos desde una perspectiva social. Por eso, tiene un interés muy grande para nuestra investigación el papel que la persona trabajadora social juega en el marco de los servicios sociales al intentar reducir el impacto de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores. Pero como estos servicios intervienen con personas, y además en una etapa muy vulnerable de su vida, y en escenarios sociales con frecuencia delicados, han de tener claro, antes de ser implementados, la identificación de factores de riesgo como el deterioro

cognitivo, la falta de autonomía personal y económica, los factores psicosociales y hasta los gustos y preferencias individuales para poder implementar acciones que promuevan un modelo de envejecimiento activo, participativo y saludable que favorezca la adquisición de conocimientos, la participación en su entorno social, y que coadyuve al establecimiento de relaciones interpersonales.

En este sentido, esta investigación doctoral prosigue los pasos abiertos por García Longoria y Sánchez Urios, cuando señalan que:

la mediación es una actividad que, utilizada como parte de una intervención global o como forma específica y aislada de actuación, ha aportado, y puede seguir aportando, vías adecuadas para la resolución de los conflictos y por ello para el bienestar de los sistemas humanos (García Longoria *et al.*, 2004, pág. 266)

Uno de los criterios para evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones está en los informes que emiten los mayores ante y para los que se interviene. Esta *participación activa del mayor* en el diseño, implementación y mejora de las intervenciones es un elemento que con frecuencia se ha descuidado en muchas intervenciones. La mediación, como hemos dicho ya, tiene su raíz y su foco de actuación en el protagonismo que se concede a la autonomía del mayor. Éste tiene que tomar una decisión entre un conjunto de alternativas. A menudo se encuentra ante encrucijadas, y el profesional que usa la herramienta de la mediación, se comporta como un acompañante y un facilitador del proceso de toma autónoma de decisiones. Ésta es una de las ventajas que conlleva el uso de la mediación como forma de intervención: siempre es evaluada por aquellas personas objeto de la intervención. Éstas siempre, y necesariamente, actúan como protagonistas activos de la intervención que se ha diagnosticado y se emplea con ellos. Por ello, la efectividad de la mediación es, indudablemente, más fácil de medir que la del resto de intervenciones.

III.1.3. RELACIONES ENTRE INTERVENCIÓN SOCIAL Y MEDIACIÓN

Con esto tocamos un punto especialmente importante y sensible: la relación entre intervención y mediación. En primer lugar, y de lo dicho anteriormente, hay que decir que no son excluyentes ni opuestas. Pueden ser, y de hecho son, complementarias. Y esto porque tanto la una como la otra tienen la misma finalidad: la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, en este caso. Siendo la finalidad la misma, y los sujetos a los que se refieren también los mismos: es decir, las personas mayores en riesgo de aislamiento social y/o soledad, difieren en que la intervención se propone una serie de herramientas que pretenden ser eficaces, y la mediación trabaja con las personas mayores, pero acompañándolas en el proceso de toma de decisiones, es decir no a través de herramientas (líneas telefónicas, servicios sociales, etc.) sino a través de la conversación, el diálogo, la búsqueda de acuerdos, etcétera. En terminología aristotélica podría decirse que la causa final es la misma para la intervención y la mediación. Que la causa material, aquello en lo que se actúa o con lo que se consigue un acuerdo es también compartida, y que la intervención busca causas eficientes, mientras que la mediación busca más las estructuras argumentativas, y los lugares en que se logran acuerdos, es decir, más la causa formal.

Como hemos dicho al discutir el artículo de Findlay, la eficacia de la intervención requiere que no sea genérica, es decir que esté dirigida a un grupo concreto —mujeres, viudos/as, cuidadores, personas con problemas de salud mental, personas con problemas de forma física—, y que adapte su metodología a ese grupo concreto. En Trabajo Social, estos grupos pueden particularizarse no sólo por la edad, sino por el escenario concreto en que habitan: barriada marginal, residencias de ancianos, hogares, etc. Llegar a este nivel de concreción es importante para la eficacia de una intervención. Estas, repetimos, no son genéricas, sino que han de concretarse máximamente. Por eso, han de dirigirse a un determinado grupo etario en un escenario concreto. Es decir, la concreción es temporal y espacial. Pues bien, a su vez la metodología, es decir, las actividades que se realizan también han de ser adecuadas a esa concreción espacio-temporal. Y por eso es preciso distinguir en las intervenciones el escenario y grupo etario, la intervención y las actividades que se ejecutan. Una intervención puede ser realizada en una zona de transformación social con mujeres de tal edad para educarlas en temas relacionados con su salud, con la actividad física, con el uso de internet, etc. Esta última es la intervención. Pero esa intervención requiere de un conjunto de actividades: clases, discusiones, paseos, encuentros, visitas domiciliarias, atención psicológica, etc. Estas actividades pueden ser grupales o de individuo a individuo.

Cattan *et al.* (2005), han intentado cuantificar la efectividad de algunas intervenciones realizadas con mayores para prevenir el aislamiento social y la soledad. Según estos autores:

Los descubrimientos proporcionan una clara evidencia de que unas pocas intervenciones son efectivas, aquellas intervenciones grupales que implican alguna forma de educación o entrenamiento, y las actividades sociales que tienen como destinatarios a grupos específicos de personas (Cattan, 2005, pág. 58).

Este resultado es importante para el profesional que utiliza la mediación, pues indica una línea de resultados eficaces para reducir el aislamiento y la soledad: la educación en grupos específicos de mayores que deberían adquirir competencias similares, y que comparten entre sí un mismo conjunto de características. Así, el adulto mayor puede tomar sus propias decisiones una vez informado sobre los grupos en los que se cultiva la salud, la forma física, las habilidades de comunicación, etc. Quizá el tipo de mediación que se puede usar aquí es la tradicional lineal «ganar-ganar». Estos grupos, como han mostrado estudios recientes (Caserta y Lund, 1996), son especialmente eficaces porque generan no solo contactos, sino también porque mejoran la autoestima de las personas del grupo etario que consideramos. Aquí la mediación no se plantea como una alternativa a la intervención, sino como un acompañamiento en el proceso de autodeterminación del adulto mayor para elegir o no un tipo de intervención, o decidirse por una concreta entre varias, y así evitar un conflicto psíquico interior, o un conflicto entre las preferencias de diversos familiares.

III.2. LAS INTERVENCIONES SOCIALES EN NUESTRO CONTEXTO

III.2.1. CONTEXTO EUROPEO

En el ámbito europeo se han presentado iniciativas de todo tipo y desde diferentes estructuras funcionales, con objeto de remediar los efectos de la soledad sobre las personas mayores y combatir el aislamiento social. Estas iniciativas son todas ellas intervenciones que se desglosan en planes de orden gubernamental desde el punto de vista asistencial, preventivo, hospitalario, integrales, etcétera, desarrolladas con el propósito de mejorar la vida de los adultos mayores y de administrar el problema originado por su calidad de vida.

Los marcos normativos que desarrollan y en los que se basan las diferentes intervenciones a nivel europeo son los siguientes:

- El Tratado de Ámsterdam de 1997 que permitía a la Unión Europea la lucha contra cualquier tipo de discriminación. Entre estas discriminaciones no sólo están las que se dan por razón de género, raza o nacionalidad, religión o creencia, u orientación sexual, sino también y para los efectos de esta investigación las que se dan por razón de la *edad*. Ya estudiamos en el capítulo I la discriminación denominada *edadismo*.
- La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, a la que se le dotó de fuerza vinculante con el Tratado de Lisboa, dedica su artículo 25 a los derechos de las personas mayores y establece un amplio espectro de derechos políticos, civiles, económicos y sociales que conciernen a las personas mayores, entre los que se incluyen los derechos a la no discriminación, la seguridad social, los cuidados sanitarios y la educación.
El artículo 25 de esta carta dice «La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural».
- En el año 2011, la Unión Europea ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidades (UNCRPD) que requiere que las necesidades de la población envejecida sean tomadas en cuenta como parte de su aplicación.

Como venimos comentando a lo largo de esta investigación, una de las iniciativas de la Unión Europea para con personas mayores en situación de soledad es la creación, en 2011, del *Consortio Europeo para el envejecimiento activo y saludable*, cuyo sitio web es https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en.html y que se entiende a sí mismo como un lugar de encuentro, intercambio de ideas, y de generación de proyectos competitivos. Estos proyectos están la base de múltiples intervenciones de la Unión Europea.

La Unión Europea está impulsando otros programas de intervención dignos de un comentario, aunque éste sea forzosamente rápido. Quisiera referirnos a los programas MINDMAP y VulnerABLE. Baste un botón de muestra.

MINDMAP es una iniciativa dirigida a promover el envejecimiento saludable y la salud mental en entornos urbanos. Es precisamente en estos entornos donde se incrementa el riesgo de sufrir enfermedades mentales. Cuando este tipo de enfermedades afectan a nuestros mayores se incrementan los problemas de aislamiento y soledad, se abre la puerta a la aparición de otros tipos de comorbilidades y se incrementan otro tipo de problemas sanitarios y económicos. En palabras del proyecto: «la urbanización y el envejecimiento combinados poseen implicaciones enormes para la salud mental pública, aunque aún tenemos un conocimiento bastante limitado de los modos en que las ciudades y los ambientes urbanos influyen en el bienestar mental y las funciones cognitivas de las poblaciones envejecidas.»

VulnerABLE es otro de los proyectos piloto con que la Unión Europea está interviniendo para mejorar la salud de las personas en riesgo de aislamiento y soledad. Uno de los colectivos a los que VulnerABLE estaba dirigido son precisamente las personas mayores.

No sólo existen iniciativas gubernamentales, también es preciso subrayar el rico tejido social de oenegés y de fundaciones que en el marco europeo están promoviendo interesantes intervenciones sociales para combatir la soledad y/o el aislamiento social. Igual que en el caso anterior destacaremos solo algunas, especialmente conocidas por la extensión de la labor que realizan.

Podemos destacar la *Campaign to End Loneliness* del Reino Unido, organizada por cinco oenegés, dedicada a la gestación de un enfoque positivo sobre el envejecimiento. En esta campaña se aglutinan diferentes sensibilidades que convergen en la conciencia de deber moral y obligaciones sociales que retribuyan la labor social que realizaron nuestros mayores en su día. El mismo caso se da en *The Mary Foundation*, de la princesa Mary en Dinamarca con una intención similar a la anterior. Para nuestros intereses es preciso subrayar que uno de las finalidades principales de esta fundación reside en la lucha contra la soledad. Similar atención es brindada por la asociación danesa *DaneAge*, que comparte una visión complementaria de otras oenegés dedicadas al cuidado de personas mayores en situación de abandono.

III.2.2. CONTEXTO ESPAÑOL

En España resulta sumamente importante el trabajo realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), desde la perspectiva de la determinación de condiciones y necesidades de las personas mayores. Al respecto, realiza un monitoreo sobre condiciones, expectativas y soluciones aportadas en el que se ha podido observar, por ejemplo, la tendencia al aislamiento en los adultos mayores que viven en situación de soledad (IMSERSO, 2000).

Entre las principales iniciativas de este instituto español se encuentran la implicación familiar, a través de charlas motivacionales, sobre el papel del adulto mayor en la gestión de grupo. Asimismo, iniciativas como el apadrinamiento de mayores, con la afiliación de voluntarios para visitas concebidas como mecanismos de interacción positiva.

En un sentido estrictamente instrumental, los modelos de intervención para atención de personas mayores en España tienen un sentido asistencialista, pero al mismo tiempo, se centran en un concepto básico para la gestión de soluciones a la soledad, el criterio del envejecimiento activo. De hecho, la mayoría de las comunidades autónomas lo asumen como el modelo adecuado para dicho contexto de trabajo de intervención social. Herrera, Muñoz, Martín y Cid (2011) realizaron una revisión de las actividades preferenciales que se manejan en el modelo español y determinaron que: «el ocio activo, la formación, la rehabilitación cognitiva a través de talleres de memoria y cálculo y los programas de actividad física y deportiva», fundamentan la casi totalidad de las experiencias en el manejo de integración para las personas mayores.

En el caso particular de Andalucía, existe una legislación específica que determina la atención de adultos mayores mediante un sistema de gestión de hogares o centros de atención residencial que abarca medidas sanitarias, preventivas y de control de problemas cognitivos ante las actuaciones de programas de familia y convivencia. Este sistema es de carácter público, en cuanto a la gestión de plazas coordinadas a través del Sistema de Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía (SAAD), todo ello en el marco de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en la que se procura la promoción de la autonomía a través de la promoción de la autonomía personal, acorde con el modelo de manejo integral de otras entidades como el IMSERSO.

Si pasamos de las organizaciones gubernamentales a las no gubernamentales es necesario señalar, por la amplitud y profundidad de sus intervenciones, las que realiza la Cruz Roja Española. Llevan adelante varios programas de acompañamiento a personas mayores y de teleasistencia, recomendado por la mayoría de sus usuarios, lo que se tradujo en un incremento en la cantidad de personas afiliadas entre los años 2017 y 2018. Una de las metas más importantes en este sentido para la Cruz Roja es disminuir la brecha digital y lograr integrar a las personas mayores que viven solas o aisladas al uso de tecnologías, aunque sigue siendo un escollo importante la participación y acceso a internet, sobre todo en personas que viven en entornos aislados. Según el informe de gestión del año 2018, en ese ejercicio se mantuvo el crecimiento en las actividades de proximidad como acompañamientos, entrega de productos de apoyo y seguimiento social a las personas de la tercera edad. Este tipo de actividades favorecen redes de soporte a las personas mayores que se encuentran en soledad. El 44% de las actividades desarrolladas en el programa están enmarcadas en esta línea caracterizada por la cercanía y la relación con el entorno próximo. En todas ellas se ha contado con la participación de personal voluntario (Cruz Roja, 2018).

La Cruz Roja lleva adelante su proyecto de Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento en la que pudieron trabajar en ese año (2018) con 12 791 personas a través de 85 791 intervenciones dirigido a identificar y con ello evitar los diversos factores de riesgo asociados a la vejez, en personas que viven solas como el deterioro cognitivo o la falta de autonomía personal, sustituyéndolos por acciones que promueven un modelo de envejecimiento activo, favoreciendo la interacción con su entorno. Destaca la Cruz Roja en este informe que lograron superar el número de intervenciones con relación a las del año

anterior en la mayoría de sus programas de atención a personas mayores, dependientes y cuidadoras.

Nº PERSONAS USUARIAS	2017	2018
Ayuda a domicilio Complementaria	45.612	47.866
Teleasistencia Domiciliaria	122.849	136.166
Teleasistencia móvil	2.186	2.113
Localización personas deterioro cognitivo	1.634	1.304
Centros de Día	1.568	1.442
Proyectos para mayores sin vivienda y/o necesitan at. continua		
Envejecimiento saludable: Salud constante	20.520	24.186
Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas	13.953	20.649
Red social para personas mayores: Enrédate	35.814	40.503
Información y capacitación cuidadores informales	3.207	651
Atención temporal a familias con personas mayores dependientes	3.458	1.343
Atención a personas en proceso de envejecimiento	24.442	12.791
Buen trato a personas mayores: promoción del trato adecuado y protección ante el maltrato	3.162	3.769
TOTAL	225.447	240.400

Tabla 9. Comparativa entre los servicios de la Cruz Roja años 2017- 2018.
Fuente: Cruz Roja 2018

Otras iniciativas interesantes son las planteadas por *Caritas*, la *Asociación Edad Dorada*, o *Mensajeros de la Paz* que realizan precisamente acompañamientos a personas mayores en riesgo de aislamiento y/o soledad, y que funcionan como instituciones de voluntariado social independientes de organismos públicos.

Es importante señalar, que la cantidad de organizaciones dedicadas a este tipo de actividad, se relaciona con la gestión de un voluntariado que, además, cuenta con una amplia red de asociaciones. Por ejemplo, la *Fundación Amiga de las Personas Mayores* ha ido generando un modelo de intervención en constante expansión, que surge en el año 1987 en Cataluña. En la actualidad ya cuenta con cuatro entidades en Valencia, Madrid y Vigo. Eso solo es un ejemplo de la gestión conjunta y expansiva de este tipo de iniciativas, en las que fundamentalmente se presenta la idea del adulto mayor en proceso de envejecimiento activo como principal herramienta para el manejo de la soledad en esta situación particular.

III.3. TIPOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y/O SOLEDAD

Las intervenciones no pueden ser genéricas, o abstractas. No cualquier intervención sirve. Es importante tener en cuenta que las intervenciones han de ser específicas para el grupo etario del que tratamos, y además específicas para reducir el aislamiento social y los sentimientos de soledad. Lo que puede ser eficaz para reducir la soledad entre la población juvenil no tiene por qué servir, o estar directamente contraindicado para reducir la soledad del adulto mayor.

Robyn A. Findlay (2003) señala, citando a Cattan y White, cinco características de las intervenciones eficaces. Según estos tres autores, las intervenciones eficaces se caracterizan por:

1. Ser actividades grupales, como las de autoayuda o de activación social.
2. Estar dirigidas a grupos específicos.
3. No restringirse a un único método.
4. Incluir un proceso de evaluación que mejore la intervención.
5. Permitir que los participantes tengan algún nivel de control sobre la intervención.

Findlay cataloga las intervenciones eficaces en los siguientes grupos:

1. Intervención de individuo a individuo
 - a) El servicio de *apoyo telefónico*, como el servicio de teleasistencia de empresas públicas y privadas, el teléfono de la esperanza, el teléfono del mayor de Andalucía, Salud Responde, etc. Para que estas intervenciones sean eficaces han de dirigirse, como decíamos antes, a determinadas personas, en situación de riesgo, que han de ser atendidas por personas con la cualificación necesaria (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, etc.). Se trata de algo importante, no cualquier voluntario puede ponerse al frente de estas intervenciones
2. Intervenciones grupales
 - a) Por ejemplo, dirigidas a mujeres mayores, a grupos de viudos o viudas, a personas con discapacidades, a cuidadores que tienen su vida hipotecada por la persona que cuidan y se encuentran, a su vez, en situación de soledad.
 - b) Un tipo de intervención especialmente eficaz lo constituyen los grupos de apoyo. Diversos estudios han mostrado su eficacia cuando están dirigidos a personas con enfermedades mentales graves (Perese y Wolf, 2005) (Galanter, 1988).
3. Provisión de servicios
 - a) Servicios residenciales ofrecidos por el Estado, servicios residenciales de empresas privadas, etc.
 - b) Findlay refiere a sitios webs como <https://seniornet.org> que ofrecen un modo atractivo y rápido de conectar a personas mayores. En España, por ejemplo, está la plataforma 60 y muchos más (<https://www.60muchomas.com>); la red Guadalinfo, cuyo objetivo es la alfabetización digital de las personas mayores.

El profesional que usa la herramienta de la mediación ha de conocer estos recursos. Primero para informar a las personas entre las que media. Pero, por otra parte, puede mediar entre las personas mayores y las personas que gestionan las intervenciones. Puede hacer ver la necesidad de que se dirijan a grupos muy específicos para ser eficaces, o también la necesidad de combinar diferentes metodologías o estrategias, dados los déficits cognitivos del grupo al que van dirigidos, etc. Puede asimismo mostrar la necesidad de que las personas

mayores tengan también algún tipo de protagonismo y control sobre la intervención que se realiza, es decir, que los mayores no sean meros objetos pasivos con los que se interviene, sino que la intervención se beneficie de sus puntos de vista, sus experiencias, etc.

El artículo de Findlay es un poco genérico porque podríamos distinguir dos tipos posibles de intervenciones: (a) las dirigidas a prevenir el aislamiento social y la soledad, y (b) las dirigidas a paliar, o solucionar, el aislamiento social y la soledad. Se trata de tipos de intervenciones posibles que el mediador ha de tener en cuenta, puesto que, en efecto, el profesional del trabajo social puede encontrarse en una situación en que podría acompañar en el proceso de tomas de decisiones encaminadas a prevenir una soledad inminente o a medio plazo. En este caso, la labor del profesional que usa la herramienta de la mediación puede tener como finalidad que las partes recurran al rico arsenal de herramientas con que los estados, las empresas y las organizaciones sin ánimo de lucro intervienen mitigando o previniendo la soledad y el aislamiento.

Gardiner *et al.* (2018) han identificado recientemente «seis categorías principales de intervención basadas en su finalidad, sus mecanismos de acción y sus resultados esperados. Las categorías son: intervenciones de facilitación social, terapias psicológicas, provisión de cuidados sanitarios y sociales, intervenciones con animales, intervenciones en un entorno amigable —*befriending interventions*—, y desarrollo de habilidades/tiempo libre».

1. *Intervenciones de facilitación social.* El concepto de «facilitación social» se ha desarrollado recientemente al observar y cuantificar el grado en que una persona realiza mejor una tarea si lo hace acompañada por otras que hacen lo mismo. Se suele poner el ejemplo del ciclista, que consigue mejores marcas y efectividad si su entrenamiento no es individual.

Alaviani *et al.*, aplicaron este mecanismo de acción para prevenir la soledad entre las mujeres mayores iraníes, reduciendo significativamente la soledad en los grupos con que intervinieron, comparados con los grupos de control (Alaviani y Khosravan, 2015).

Las intervenciones basadas en el mecanismo de facilitación social promueven, como es lógico, los encuentros interpersonales, frecuentes y periódicos. Por ejemplo, en reuniones semanales de varias horas. En estos encuentros los participantes estrechan vínculos emocionales, y se sienten arraigados y con una identidad que los une (Hemingway y Jack, 2013). No es un logro menor conseguir que una persona mayor dependiente coma. Que el centro de día ofrezca entre sus servicios un comedor puede ser una intervención que busque reducir la malnutrición, mediante el mecanismo de facilitación social, en efecto si un ciclista rinde mejor si entrena en grupo, también puede pensarse que una persona come más y mejor si come en compañía (Iecovich y Biderman, 2012).

En la intervención se busca instaurar los grupos, animarlos, y mediar si surgen conflictos que erosionen o hagan peligrar los beneficios de la facilitación social. Por otra parte, aquí se observa, algo muy importante, y es que la mediación es una herramienta que puede estar al servicio de otras intervenciones. Una intervención, como la que hemos comentado de implementar un comedor en un centro de día para reducir la malnutrición de

los mayores, puede fracasar por conflictos entre los participantes, o por conflictos entre estos y los términos en que se ha planteado la intervención. En este sentido, la mediación es una herramienta que potencia e incrementa la capacidad de las intervenciones a las que sirven.

2. *Terapias psicológicas*. Se trata de intervenciones, con frecuencia grupales y llevadas a cabo periódicamente durante el tiempo en que se interviene, que apuntan a determinados cambios en el psiquismo de las personas sobre las que se realiza la intervención. Por ejemplo, mejorar las habilidades cognitivas (Winningham y Pike, 2007), la autoestima (Liu y Lin, 2007), el empoderamiento (Routasalo y Tilvis, 2009), el establecimiento de vínculos de amistad, el mejoramiento de las redes de apoyo social, el mejor conocimiento de la comunidad y sus recursos (Saito y Kai, 2012), el *mindfulness* (Creswell y Irwin, 2012), o incluso mejorar el estado de humor (Tse, 2010), etc.

Aquí se pueden incluir las actividades educativas psicosociales propuestas por Lorente y Sitges (2015). Este tipo de intervenciones intentan la adquisición de habilidades específicas en los mayores, que permiten a la persona adaptarse a nuevas formas de comportamiento social, especialmente a través de la interacción con otras personas.

Este tipo de intervenciones son ideales para entornos de protección como los asilos o casas hogar. Intervenciones que empleen la musicoterapia requieren, como toda intervención, de la participación activa de los mayores. Lo mismo sucede en intervenciones a través del deporte o el arte, con la inclusión de animales o con terapias de humor. Un modo sencillo de evaluar la eficacia de estas intervenciones consiste en cuantificar el número de personas que participan activamente y el número de personas indiferentes a la misma.

En estas intervenciones hay que ser especialmente cuidadoso con el trasfondo biográfico de las personas mayores a las que se dirigen. Determinadas vivencias pueden hacer fracasar una intervención de musicoterapia, por ejemplo. Lo mismo sucede con una fobia a determinados animales, o una historia clínica de lesiones si se interviene mediante deporte. Todo esto puede ser fuente potencial de conflictos, que pueden hacer aconsejable el uso de la mediación.

La labor del profesional que usa de la mediación en estas intervenciones de terapia psicológica es muy amplia, y muchas veces necesaria. En ocasiones, la mediación puede conducir al ingreso en uno de estos grupos, o a la búsqueda de terapia individual. En otras ocasiones, pueden aparecer conflictos en el seno del grupo en los que se puede intervenir eficazmente por medio de la mediación. Por último, y como se trata de terapias *psicológicas*, los conflictos pueden aparecer una vez que se ha terminado la terapia. Entonces, recurrir a la mediación puede ser muy eficaz para afianzar los resultados obtenidos. Por último, ingresar en un grupo de terapia psicológica es un asunto delicado para muchos familiares, que pueden oponerse, prejudicialmente, a este tipo de intervenciones en no pocos casos.

3. *Provisión de cuidados sociales y sanitarios.* Este tipo de intervenciones se realizan a través de profesionales de la salud o del trabajo social. En esta categoría entran por ejemplo las intervenciones realizadas por fisioterapeutas o por terapeutas ocupacionales, para mejorar la movilidad de determinadas personas (Ollonqvist y Palkeinen, 2008). Pueden enmarcarse en un modelo centrado en la persona. Por ejemplo, se busca identificar personas en riesgo de aislamiento social o soledad en una residencia a través del entrenamiento de otros residentes —*gatekeepers*—. Estas personas entonces hacen de puente entre las personas en peligro y los servicios sociales o sanitarios de la institución (Bartsch, 2009, 2013). La mediación aquí también tiene un amplio campo de acción. En el caso de los *gatekeepers*, pueden vivir la tarea que asumen como una delación, por ejemplo. Pueden surgir conflictos intragrupales, o con los profesionales que realizan estas intervenciones.

Lorente y Sitges (2015) consideran también las intervenciones para gestionar actividades físicas. Entre ellas se encuentran actividades como la gimnasia pasiva, yoga y similares. Asimismo, las intervenciones de carácter ocupacional que definen la integración del participante en un entorno de trabajo mediado por su capacidad y disposición para el entrenamiento en áreas para las que tiene o demuestra habilidades. En este mismo rango se ubican las intervenciones educativas de actividad física, realizadas con un asesor computarizado. En este caso se trata solo de seguir instrucciones vía digital que no implican una conexión o acciones complicadas. El entrenamiento es sencillo y puede aprenderse en pocos pasos.

4. *Intervenciones con animales.* Se trata de un tipo especial de intervenciones terapéuticas. Se podrían incluir en la categoría de terapias psicológicas, pero Gardiner *et. al.* (2018) las han diferenciado, por no recurrir a la intervención directa del psicólogo, que queda en un segundo plano respecto de los beneficios que puede obtener el mayor de la interacción con un cánido o un felino. Estas intervenciones suelen hacerse individualmente. Cuidar al animal, atender a las necesidades de su régimen de vida, suele ser un modo no sólo de recibir afecto, sino de interactuar con otros propietarios de animales. Estas terapias pueden realizarse con animales vivos o con robots que imitan su comportamiento. En sendos casos se observa una significativa reducción de los sentimientos negativos de soledad (Banks y Willoughby, 2008).

La mediación aquí también es fundamental. En muchos casos, pueden surgir conflictos con personas que habiten cerca de la persona que comienza la terapia con animales. En otros casos, y sobre todo cuando la conexión con el animal no se ha realizado aún, o es difícil, con la misma persona mayor, que no se hace responsable aún de los cuidados que el animal requiere.

5. *Intervenciones en un entorno amigable.* Aunque podrían incluirse en la categoría de facilitación social, sin embargo, no se requiere de los miembros del grupo de facilitación social que se apoyen emocionalmente. En cambio, este tipo de intervenciones tienen como objetivo primario el establecimiento de vínculos significativos fuertes, vínculos de amistad. Por ello, la intervención no suele ser grupal, sino de uno a uno. Para ello se pueden usar

voluntarios que apoyen emocionalmente a personas mayores a través de determinados teléfonos (Kime y Cattán, 2012). Muchos servicios universitarios de alojamiento buscan este tipo de intervenciones al alojar a estudiantes en hogares unipersonales de personas mayores sin deterioro cognitivo.

Esta categoría de intervención es especialmente susceptible de ser apoyada y asistida a través de la herramienta de la mediación. Toda convivencia está sujeta a quiebras. Y esos conflictos pueden solucionarse, en muchas ocasiones con facilidad, mediante sencillos procesos de mediación entre estudiante y mayor, por ejemplo.

6. *Desarrollo de habilidades/tiempo libre*. Se trata de un tipo muy amplio y muy usado, de intervenciones en las que se realizan talleres para el desarrollo de habilidades como la jardinería, los bailes de salón, el uso de internet — programa «Me comunico» de Pulpi—, el senderismo, etc. Muchas instituciones y voluntarios ofrecen un rico programa de este tipo de intervenciones.

En este tipo de intervenciones se encuadran las intervenciones educativas encaminadas a disminuir el aislamiento social propuestas por Lorente y Sitges (2016). Se trata de actividades del tipo aula de mayores, aula de la experiencia, etc., y que responden a la denominada estrategia 3 de Masi: encaminada a incrementar las oportunidades de contacto social. Estas intervenciones tienen como objetivo la integración del individuo en un contexto de aprendizaje.

Existe una tendencia a incorporar las nuevas tecnologías de la información en los contextos de intervención para el manejo de la soledad. Para ello se interviene intentando diseñar estrategias que faciliten el aprendizaje del uso de ordenadores. La idea central es promover en el participante el aprovechamiento de la tecnología para crear redes de conexión que le ayuden a superar la sensación de soledad. Sin embargo, este tipo de opciones son limitadas por condiciones específicas en las personas de la tercera edad a las que Lorente y Sitges (2016) denominan: «déficit digital», identificado como la ausencia de estructuras cognitivas que le permitan comprender la sintaxis funcional de un sistema informático a nivel de la interfaz del usuario.

III.4. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN MAYOR EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD QUE JUSTIFICAN INTERVENCIONES SOCIALES

El consorcio de la Unión Europea *European Partnership on Active Health and Ageing* ha trabajado extensa e intensivamente sobre una serie de necesidades intensamente sentidas por los ciudadanos mayores de la Unión Europea, y que son líneas de acción prioritarias para la intervención social a nivel nacional y europeo. Estas necesidades se han agrupado en tres líneas de intervención prioritarias, a las que también denominan *pilares* del nuevo paradigma

sobre el envejecimiento y que definen las líneas innovadoras de servicios a la población envejecida de la Unión Europea.

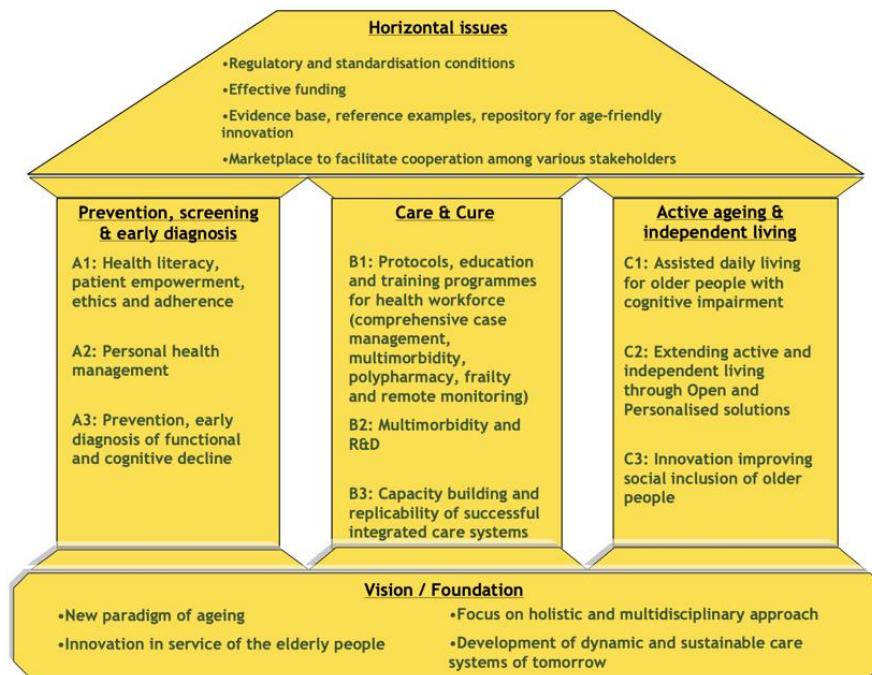


Figura 14. Líneas de acción prioritarias para la intervención social a nivel nacional y europeo.
Fuente: European Partnership on Active Healthy and Aging

Como se ve por la figura, los tres pilares son:

- La prevención, detección y diagnóstico temprano.
- Atención y cuidados.
- Envejecimiento activo y vida independiente

Estos tres pilares han dado lugar a seis tipos de intervenciones a nivel europeo relacionados con necesidades de la población mayor. No obstante, quedan algunas acciones por definir. Las líneas estratégicas de acción definidas y en vía de implementación son la A1, A2, A3, B3, C2 y D4 de la siguiente lista:

- A1: Observación de las prescripciones y recomendaciones médicas.
- A2: Gestión personalizada de la salud y prevención de las caídas.
- A3: Promoción de la salud a lo largo del decurso vital y prevención de la fragilidad y la enfermedad ligada a la edad.
- B1: Programas educativos y de entrenamiento y protocolos para el personal sanitario.
- B2: Gestión de multimorbilidad.
- B3: Tutorización de los cuidados integrales en enfermedades crónicas.

- C1: Asistencia en la vida cotidiana a las personas ancianas con discapacidad cognitiva.
- C2: Extensión de la vida activa e independiente a través de soluciones abiertas y personalizadas.
- C3: Innovación social en la inclusión de las personas mayores.
- C4: Innovación en edificios, ciudad y ambientes *age-friendly*.

Resulta muy deseable la definición de las acciones estratégicas y las intervenciones a que darán lugar las líneas B1, B2, C1 y C2. Particularmente, y a los efectos de esta tesis doctoral, nos parece que C1 y C2 constituyen líneas estratégicas que deberían considerarse prioritarias.

Estas líneas de acción o de intervención muestran el carácter complejo del problema del envejecimiento del que hemos hablado en el capítulo I de esta tesis, y que tienen todas que ver con el problema de la soledad del que hemos hablado en el capítulo II. Antes de tratar de los tipos habituales de intervención con personas mayores, del que tratará el siguiente epígrafe, nos gustaría tratar de estas necesidades de nuestras poblaciones mayores, y de las líneas de intervención que se han abierto y se están implementando a nivel europeo en estos años. Se trata de intervenciones muy actuales. Es decir, de investigaciones e intervenciones en curso. Seguiremos para ello, fundamentalmente, los recursos que el proyecto *European Partnership on Active Health and Ageing* pone al alcance del investigador y del gestor.

III.4.1. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LAS PRESCRIPCIONES Y RECOMENDACIONES SANITARIAS

Entre las personas mayores, uno de los problemas sociosanitarios más frecuentes, y en el que influye la soledad, es la observación de las prescripciones y recomendaciones médicas. No se trata de un problema que afecte meramente a las personas con demencia o con Alzheimer, que pueden olvidar su medicación. El problema es más grave, porque no sólo afecta a las prescripciones de medicamentos, a la dosis y posología indicadas, sino que afecta al capítulo más extenso de recomendaciones sanitarias para una buena calidad de vida. Entre estas recomendaciones están la dieta, el ejercicio físico o la visita regular a los profesionales de la salud.

La observación de las prescripciones y recomendaciones médicas no sólo afecta a la salud y a la calidad de vida de los mayores, sino por extensión a la red social del mayor, a la familia del mayor, y a la relación entre las instituciones de cuidados sanitarios, el mayor y las familias. Se generan así muchos conflictos que conviene tener en cuenta, en los que la herramienta de la mediación puede ser usada junto con otras intervenciones sociales de otro tipo.

El proyecto de la Unión Europea al que nos estamos refiriendo encontró que un problema muy extendido, hasta el punto de ser un problema generalizado y cotidiano estriba en que los sistemas de salud funcionan por especializaciones: la atención primaria y las diferentes especializaciones, de modo que no hay algo así como una unidad que examine las diferentes prescripciones realizadas por profesionales distintos y vean si son compatibles entre sí para el caso de esa persona concreta. Esto hace que, el mayor en nuestro caso, tenga

que deambular de médico en médico, de servicio en servicio, y que cada profesional de cada servicio le aconseje o prescriba una dieta, un estilo de vida y una serie de medicamentos, sin que haya una unidad central de procesamiento de todas esas órdenes. Esta multiplicidad difícilmente reducible a unidad de órdenes, prescripciones y consejos, traen consigo, frecuentemente, problemas relacionados con la comprensión de lo que estos profesionales han prescrito o aconsejado, del modo de administrarlo, etc., que a su vez se pueden agravar por la situación del paciente mayor. El mayor polimedamentado sufre muchos trastornos derivados de esta múltiple medicamentación. Desde los olvidos e incomprensiones a los efectos adversos causados por la medicación o por la interacción de medicamentos.

Como se ve, aquí hay una fuente potencial de conflictos en los que la mediación es muy aconsejable. Mediación entre la persona mayor y las diferentes esferas del sistema de salud. Mediación entre la persona mayor y los familiares, que han de hacerse cargo del acompañamiento y las visitas médicas, del archivo y custodia de la documentación (recetas, dietas, recomendaciones, etcétera). Mediación entre las diferentes comprensiones que han realizado la persona mayor y su acompañante de las prescripciones y recomendaciones del médico, etc.

El proyecto de la Unión Europea que estamos comentando ha diseñado una línea de actuaciones o intervenciones. Algunas de estas directrices se han implementado ya en España y están dando excelentes resultados. Otras han de pulirse aún. Entre estas intervenciones están la prescripción electrónica, la elaboración de protocolos para la adecuación de la prescripción, el historial electrónico de salud de cada enfermo, que puede ser consultado por todos los médicos que atiendan al mismo paciente. Intervenciones para la alfabetización relacionada con la salud y con el estilo de vida (por ejemplo, programas televisivos de diferentes cadenas de ámbito nacional o autonómico), o las campañas de información. Nos parece muy importante para las personas mayores que se realicen intervenciones de empaquetamiento y dosificación *age-friendly*. Lo mismo cabe decir de las intervenciones dirigidas a monitorizar el cumplimiento de las prescripciones y las dirigidas a implementar las herramientas de farmacovigilancia.

III.4.2. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA GESTIÓN PERSONALIZADA DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

Uno de los problemas de consecuencias más graves para las personas mayores, que se acrecienta cuando están en situación de aislamiento social o soledad, son las caídas. Se estima que hasta un 35% de las personas mayores de 65 años sufren caídas. De esas caídas entre el 20 y el 30 por ciento tienen consecuencias graves. Un capítulo especial lo representan las caídas a consecuencia de una rotura de cadera. El 20% de éstas conduce a la muerte en un plazo menor de un año. Ante estas cifras, parece lógico que la Unión Europea, en el programa que estamos comentando se propusiese una línea especial de intervenciones. De hecho, muchos servicios de teleasistencia sanitaria surgieron como intervenciones a raíz de las caídas sufridas por personas mayores en situación de soledad, que se quedaban durante días en el suelo hasta que, providencialmente, llegaba algún familiar, o alguien detectaba su ausencia.

El *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, como ya se ha indicado, dio prioridad a la serie de intervenciones relacionadas con las caídas de los mayores. Y es que, como este proyecto señala, es importante intervenir no sólo por el elevado porcentaje de mayores que las sufren, o por las consecuencias económicas que tienen para los diferentes Estados, sino porque disminuyen radicalmente la calidad de vida de las personas mayores. Según este proyecto «se incrementa la ansiedad y la depresión, al tiempo que disminuye la actividad y la movilidad. Se reduce el contacto social, se incrementa el uso de medicación, se incrementa la dependencia respecto de los servicios médicos y sociales, y sobre los cuidadores informales, conduce a una discapacidad física a largo tiempo, y a una dependencia severa o a heridas fatales».

Este proyecto europeo ha promovido cinco tipos de intervenciones:

1. Campañas informativas
2. Modificaciones ambientales para mejorar las condiciones de vida. Cabe destacar aquí, una vez más, los diseños *age-friendly* y las aplicaciones de inteligencia artificial para la detección y prevención de las caídas.
3. Acciones de prevención centradas en estilos de vida saludables. Se trata de un punto capital. Estas acciones suelen incidir en el entrenamiento de las capacidades propioceptivas, particularmente en la mejora del equilibrio y en la dieta. Se ha demostrado que la acción conjunta sobre estas dos variables disminuye considerablemente la gravedad de la caída y la convalecencia.
4. Investigación en métodos para identificar grupos de riesgo.
5. Cooperación entre profesionales de la salud y de los cuidados.

La mediación, como venimos comentando puede actuar a dos niveles. De un lado, apoyando otras intervenciones y de otro intentando resolver una serie de conflictos que se generan entre la familia y la persona caída, entre la institución de cuidados y la persona caída, entre los cuidadores y la persona caída, o entre otras personas, no cuidadores profesionalmente, pero eventualmente implicadas, como los vecinos. Suelen surgir conflictos entre la familia y los vecinos a raíz de la atención a una persona caída.

La mediación puede ayudar a que las intervenciones de las que hemos hablado u otras diferentes tengan éxito. Téngase en cuenta que las campañas informativas suelen dirigirse a los mayores y sus familias, o pueden implicar a instituciones políticas reacias a emprender campañas y colectivos vulnerables que las exigen. También se puede tener en cuenta que las modificaciones ambientales tienen un coste económico elevado para personas que están ya jubiladas, y/o para sus familias. Esto no deja de ser una fuente habitual de conflictos, que atañen a un tipo de intervención y en el cual se puede recurrir a la mediación para su éxito. Por otra parte, suelen presentarse muchos conflictos relacionados con las acciones de prevención. En muchos casos resulta difícil concienciar a los mayores sobre la importancia de la dieta o del ejercicio. Por eso, muchos profesionales de la salud demandan abiertamente mediadores para con las personas mayores para lograr acuerdos acerca de la realización de hábitos saludables que se les proponen.

III.4.3. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA FRAGILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS ENFERMEDADES LIGADAS A LA EDAD

Entre las intervenciones prioritarias propuestas por el programa *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* que estamos comentando, hay una línea de acciones ligadas a la debilidad o fragilidad de las personas mayores.

El proceso natural de envejecimiento está asociado, en muchos casos, a un declive físico, funcional y cognitivo. El primero se manifiesta en una «limitación de las funciones físicas como el mantenerse de pie, mantener el equilibrio, o el poder caminar, que conducen a la discapacidad» (European Commission, s.f.). El segundo, el declive funcional incapacita al mayor para la realización de las actividades cotidianas, «y conduce a la dependencia» (European Commission, s.f.). El tercero, o declive cognitivo afecta a capacidades como la memoria, el lenguaje, el juicio, etc. Y puede conducir a la pérdida de contacto con la realidad.

Como vemos se trata de problemas muy frecuentes, y que afectan en mayor grado a las personas mayores en situación de aislamiento social o soledad. Estas personas, si la debilidad física, funcional o cognitiva se agrava pueden llegar a la situación de grandes dependientes, y comprometen enormemente a las familias y las instituciones de cuidados, generando no pequeños conflictos. En efecto la vida de una hija o un hijo se transforma completamente si su padre viudo o divorciado depende por completo de él o ella para la realización de todas sus actividades, por pequeñas o cotidianas que nos pueden parecer, desde levantarse, asearse, vestirse, alimentarse, moverse o acostarse. En el caso de las personas mayores que vivan solas, la debilidad física o funcional puede hacer que descuide por ejemplo su alimentación, su aseo, el de su casa, la toma de medicación, etcétera. Lo que conduce a numerosos conflictos con sus médicos y familiares. Por otra parte, la debilidad cognitiva puede acarrear importantes problemas financieros para la persona mayor o para las familias, haciendo al mayor muy susceptible de abusos por parte de terceros.

El programa de la Unión Europea que estamos comentando ha promovido cinco tipos de intervenciones:

1. Intervenciones de concienciación e información a políticos, profesionales de la salud, etc.
2. Intervenciones de investigación sobre la debilidad en sus diferentes dimensiones, sus consecuencias y posibles remedios.
3. Intervenciones de prevención con el fin de fomentar la autonomía y vida saludable del mayor.
4. Intervenciones de entrenamiento y de actualización de las habilidades necesarias y el *curriculum vitae* de los profesionales de la salud, que han de adaptarse al tremendo cambio demográfico de una sociedad envejecida.
5. Intervenciones de organización innovadora de los servicios.
6. Intervenciones de identificación de los colectivos de mayor riesgo.

Como en las intervenciones anteriores, la mediación puede jugar un papel determinante para el éxito de estas actuaciones y para llegar a acuerdos entre las partes

implicadas en una situación conflictiva consecuencia de la debilidad física, funcional o cognitiva.

Respecto del éxito de estas u otras intervenciones, nos parece oportuno señalar que en un mismo equipo de intervención puede haber discrepancias respecto a la dirección o direcciones a tomar. Se puede recurrir a un profesional de la mediación para lograr acuerdos. Lo mismo puede suceder para poner de acuerdo a políticos, o para que los profesionales de la salud no se muestren reacios a la necesaria actualización de sus conocimientos y habilidades en un mundo que ha dejado de ser el que era cuando estos profesionales comenzaron su carrera.

Particularmente importante nos parecen los primeros estadios de la debilidad, especialmente la cognitiva. Suelen originarse conflictos entre los familiares y la persona aquejada de debilidad cognitiva, si éste, por ejemplo, gasta dinero de una forma que es incomprensible para los hijos, etc. En lo que respeta a la debilidad funcional suelen presentarse conflictos con los vecinos del inmueble, reacios a una derrama económica que facilite una rampa, la adaptación de un ascensor, la instalación de barandillas no aceptadas por razones estéticas, etcétera. Por otra parte, se puede recurrir a la mediación para lograr acuerdos entre asociaciones, voluntarios, partidos políticos, etc.

III.4.4. NECESIDADES E INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE Y NUEVAS NECESIDADES DE ENTRENAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Aunque el proyecto de la Unión Europea que estamos comentando no ha definido la línea de acción B1, nos parece que es necesario, hablar, siquiera sea someramente, de la necesidad de este tipo de intervenciones, y de la idoneidad que tienen para solventar problemas específicos del mayor en situación de aislamiento social y/o soledad.

Para ello, nos vamos a servir de la Organización Mundial de la Salud. Esta organización insiste en la necesidad de la formación específica en gerontología y geriatría. La formación de los profesionales del sistema de salud se hace especialmente acuciante cuando han de tratar a personas aquejadas de demencia (Surr y Gates, 2017), o para mejorar las habilidades para apoyar con más efectividad a las familias. El campo de la medicina preventiva también tiene un especial interés. Formar y capacitar a los profesionales de la salud, no sólo en la atención a la enfermedad, sino en las medidas profilácticas que la evitan, es un campo no menor cuando se trata de la prevención de las caídas o del deterioro físico, funcional y cognitivo de los pacientes, como veremos en el siguiente epígrafe.

La mediación puede ser una pieza importante a la hora de encauzar las exigencias que presenta para el sistema sanitario una Europa envejecida demográficamente. Las demandas de formación por parte de los profesionales de la salud pueden entrar en conflicto con las políticas que gestionan los sistemas sanitarios.

III.4.5. NECESIDADES E INTERVENCIONES PARA LA GESTIÓN PERSONAL E INSTITUCIONAL DE LA MULTIMORBILIDAD

La multimorbilidad, definida como la «coexistencia de dos o más enfermedades crónicas» (Salive, 2013), como es obvio, es un mal que aqueja especialmente a las personas mayores, y particularmente a las personas mayores aisladas y/o en situación de soledad. Afecta al «62% de las personas entre los 65 y 74 años, y al 81,5% de las que tienen 85 años o más» (Salive, 2013). Si la prevalencia de la multimorbilidad es muy grande, no menores en gravedad son los riesgos que lleva consigo. Y es que «la multimorbilidad se asocia con riesgos elevados de muerte, discapacidad, un estado funcional pobre, una pobre calidad de vida, y episodios de efectos adversos a la medicación» (Salive, 2013). Antes comentábamos que la multimorbilidad es especialmente dañina para la persona en situación de aislamiento social y/o soledad. Ahora se puede ver la razón. Sufrir una discapacidad en soledad, o los efectos no deseados de la medicación que se toma, o una funcionalidad sensiblemente disminuida, pone a la persona en una situación como mínimo de cuasi dependencia. Los temores ante las posibles, y previsibles consecuencias de las varias enfermedades que se sufren, suelen generar un elevado nivel de ansiedad en estas personas, que termina agravando el cuadro clínico que sufren.

Según el *Centro de Servicios para Medicare y Medicaid* de los Estados Unidos, las enfermedades más frecuentes entre los casos de multimorbilidad son: la hipertensión, el colesterol, las cardiopatías isquémicas, la diabetes, la artritis, la insuficiencia cardiaca, la depresión, la insuficiencia renal, la osteoporosis, el Alzheimer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la fibrilación auricular, el cáncer (de mama, colon, pulmón y próstata), el asma y el infarto (Lochner y Goodman, 2011). Además, se podrían incluir algunas otras enfermedades como la obesidad, la incontinencia o la proclividad a las caídas, muy características del segmento de edad que investigamos. La asociación de algunas de estas enfermedades predispone a desarrollar otras. Por ejemplo, la hipertensión y el colesterol suelen conducir a las patologías isquémicas.

En lo que concierne a las personas mayores, la multimorbilidad puede ser el efecto de factores socioeconómicos particularmente duros, que vienen a sumarse, como historia de vida, al aislamiento y la soledad de las personas que estamos investigando. Una infancia pobre, o una vida dura económicamente se suelen asociar a la multimorbilidad (Tucker-Seeley y Li, 2011). Esto puede conducir ya de suyo a depresión, obesidad, y con ella la hipertensión, la hipercolesterolemia, etc. En cualquier caso, a la dureza de la propia vida y las carencias educativas (Nagel y Peter, 2008) se suma la multimorbilidad y la soledad o el aislamiento en no pocos casos.

Una de las grandes dificultades para el abordaje de la multimorbilidad estriba en que los sistemas actuales de salud están diseñados «sobre el paradigma de enfermedades aisladas» (Salive, 2013). Y aquí aparece una gran oportunidad para el uso de la herramienta de la mediación en el ámbito de la cooperación entre especialistas. La integración de las diferentes terapias no está exenta de conflictos, y es especialmente demandada por los servicios de atención primaria, y por los usuarios del sistema de salud, ambos abrumados por la polifarmacia y por unas guías de cuidados diseñadas para la presencia de una única

enfermedad. El tema de la polimedición es especialmente preocupante. Los estudios, basados en el paradigma que estamos comentando, son incapaces de abordar, por el momento, las interacciones cruzadas de muchos fármacos. Interacciones que causan a su vez nuevas enfermedades, que suelen ser tratadas a su vez con otros fármacos, que vuelven a interactuar de manera cruzada con los anteriores. La espiral viciosa es manifiesta. Los efectos sobre la salud mental del paciente, sobre el ambiente familiar, y sobre el peso económico del sistema de salud también resultan evidentes.

III.4.6. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS CUIDADOS Y DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Un tipo especialmente importante para la mediación en intervenciones, son las que se refieren a la gestión integral de los cuidados. Tal y como expone el proyecto de la Unión Europea que comentamos, los cuidados que recibe un paciente, y en nuestro caso un paciente mayor en situación de soledad, son proporcionados en dos dimensiones, una vertical y otra horizontal. Verticalmente, el sistema sanitario tiene tres niveles: la atención primaria, la atención secundaria por especialistas, y la atención terciaria proporcionada en los hospitales. Horizontalmente, el sistema sanitario se distribuye también en tres niveles, de los cuales el primero es el conjunto de cuidados médicos proporcionados en la dimensión vertical, el segundo está constituido por los cuidados que prestan la comunidad familiar y los sectores sin ánimo de lucro (voluntariado, etc.) al mayor en situación de soledad, y en el tercer nivel se sitúan la asistencia social (servicios sociales de ayuntamientos, diputaciones, etc.)

El siguiente gráfico puede ayudar a visualizar esta doble dimensión del sistema sociosanitario:

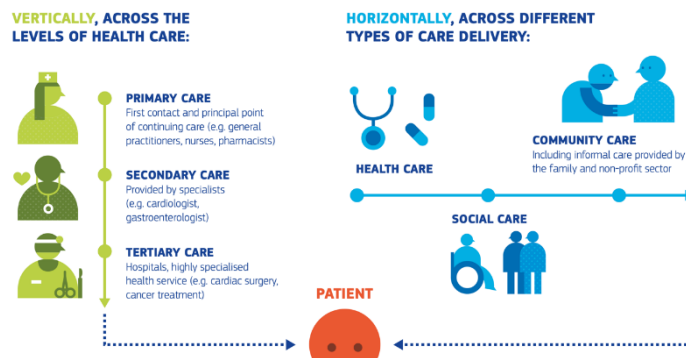


Figura 15. Niveles vertical y horizontal del sistema sociosanitario.
Fuente: European Commission

La complejidad del sistema sociosanitario en sus dos dimensiones y la multiplicidad de actores que intervienen en él, ya sea profesionalmente ya sea motivado por vínculos afectivos o por vínculos de solidaridad, hace que sea bastante probable la generación de conflictos a cualquier nivel y entre cualesquiera de los actores que intervienen con la persona mayor en situación de soledad. Además, no es infrecuente que se den situaciones de descoordinación entre diferentes niveles del sistema sociosanitario. Es por esto, que la

mediación puede constituirse y presentarse como una herramienta fundamental para el buen funcionamiento del sistema sociosanitario, y para la calidad de vida del adulto mayor en situación de soledad y/o aislamiento social.

Además, el tránsito que está exigiendo la Unión Europea hacia un modelo sociosanitario centrado en el paciente, que haga de éste el protagonista y el responsable en la gestión de su propia calidad de vida, permite a los profesionales del trabajo social una labor en la que el mayor no es tratado como un sujeto pasivo de derechos, sino empoderado. Pero este empoderamiento es el resultado de un trabajo social orientado a la toma de decisiones sobre su salud al que antecede una labor de información bastante compleja. Este empoderamiento en definitiva exige una personalización de la atención. El sistema toma en cuenta al paciente, se interroga cuáles son sus decisiones, hace autocrítica respecto de la información proporcionada, etc. Tomar en cuenta al paciente, en nuestro caso al mayor en situación de soledad, puede mejorar sensiblemente la eficiencia del sistema sociosanitario, que tiene en la calidad de vida del paciente su fin último de existencia, y que por lo tanto ha de diseñar intervenciones a la medida —*taylor interventions*— de las necesidades del paciente.

Los modelos sociosanitarios que priman el empoderamiento del paciente no implican una degradación o minusvaloración de los profesionales de la salud. Pacientes y profesionales se encuentran en estos modelos sociosanitarios en relaciones de «interacción productiva». Los pacientes están mejor informados, gozan de una mayor autonomía de decisión sobre muchos aspectos relacionados con su salud. Tienen mejor información, más accesible y de mayor calidad, tienen conciencia de grupo, que les permite organizarse para la defensa de sus derechos o para demandar cambios en el sistema de salud. Además, reciben el apoyo de voluntarios o de grupos de autoayuda. Pero los profesionales del sistema sanitario incrementan el caudal de información —mediante una mejor coordinación de sus servicios y una información y conocimientos mejor compartidos. Esta estructura de interacción productiva entre profesionales de la salud y usuarios del sistema sanitario está sujeta a quiebras. Y por ello la mediación puede ser propuesta como una excelente herramienta para solventar los conflictos que se producen entre usuarios y profesionales del sistema.

La Unión Europea, a través del proyecto que estamos comentando, demanda una serie de intervenciones en las dos dimensiones del sistema sociosanitario de cuidados: la horizontal y la vertical.

Los tipos de intervenciones demandados por la Unión Europea son seis:

1. Mejoras en los sistemas de información clínica.
2. Intervenciones en la *organización* de los cuidados sanitarios, que impliquen también a los líderes políticos y a los agentes locales.

3. Mejoras en los recursos legales, económicos, tecnológicos y en las políticas sanitarias, que permitan que los mayores habiten durante el mayor tiempo posible en sus propios hogares.
4. Apoyo para la gestión individual y/o familiar de la salud del mayor.
5. Mejoras en el diseño del sistema de *prestaciones* sanitarias que permitan una atención personalizada de los usuarios del sistema de salud.
6. Intervenciones para mejorar la toma de decisiones, tanto de los profesionales de la salud, como de los usuarios del sistema de salud.

III.4.7. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA ASISTENCIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS ANCIANAS CON DETERIORO COGNITIVO

Entre nuestros mayores, frecuentemente tras un accidente cerebro-vascular o ictus, aparecen serias deficiencias funcionales asociadas a su vez a deficiencias cognitivas más o menos importantes: ya sea en el pensamiento (memoria, atención) o en el habla. Las deficiencias funcionales de las que hemos hablado entorpecen en gran medida muchas de las actividades de la vida diaria, desde el aseo cotidiano hasta la movilidad pasando por actividades tan simples, pero tan necesarias como la alimentación, el vestirse o el uso del cuarto de baño. El deterioro cognitivo no suele ser tan acusado —aunque suele conducir a una demencia incipiente en el plazo de unos cinco años— que pierdan el pleno uso de sus facultades mentales. Por ello pueden rechazar una institucionalización o algún otro tipo de ayudas como las domiciliarias. Esto da lugar a muchos conflictos: entre el mayor y su familia, entre aquél y las personas que han sido contratadas para prestarle ayuda, etc. Tenemos así el caso de personas cuya autonomía está seriamente comprometida, con sus capacidades cognitivas dañadas, pero no perdidas, por lo que no son sujetos de incapacitación.

Entre las actividades de la vida diaria que quedan seriamente comprometidas en estas situaciones, Sally Stephens *et al.* han cuantificado que «el 39,3% [tienen dificultades para] realizar la compra, el 47,9% para realizar las tareas de la casa o del jardín, el 52,4% para conducir o usar el transporte. Una pequeña proporción de participantes tuvieron problemas con algunas actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, para vestirse el 8,9%, para la higiene 6,3%, para usar el cuarto de baño 2,6%, aunque más de una tercera parte presentaban movilidad reducida (38,3%), y el 21,5% necesitaba asistencia para bañarse o ducharse» (Stephens y Kenny, 2005, pág. 103).

Es preciso hacer algunas diferenciaciones en esta problemática. Es muy diferente que el mayor vivo solo o no; que reciba cuidados informales por parte de algún familiar o no; que habite en una residencia o que reciba cuidados hospitalarios; que este deterioro cognitivo esté en sus comienzos o que esté en una fase más avanzada; que su salud esté afectada severamente, moderadamente, o que se encuentre en buen estado de salud; y por último que tenga dolores intensos, moderados o leves. Además, estos factores pueden influir en el desencadenamiento o el reforzamiento de estados de ansiedad y/o depresivos (Drageset y Eide, 2011). Todos estos factores han de ser evaluados a la hora de diseñar cualquier tipo de intervención, y a la hora de realizar un proceso de mediación. «Reconocer la significación de los factores mencionados es importante para adoptar una perspectiva centrada en la persona con que apoyar las necesidades de cuidados e incrementar la autonomía en las actividades de

autocuidado de los mayores con deterioro cognitivo» (Christiansen y Sanmartin Berglund, 2019, pág. 858).

Estos deterioros cognitivos pueden afectar seriamente al desempeño de las actividades de la vida diaria y a la convivencia, incluso si el mayor reside en una residencia o asiste a unidades de estancia diurna.

Entre las intervenciones realizadas con estas personas que presentan dificultades en la vida diaria como consecuencia de un deterioro cognitivo, desearíamos mencionar las siguientes: servicios de enfermería a domicilio, apoyo domiciliario formal, servicios de catering, atención a domicilio durante el tiempo libre de los familiares, o durante sus horas de trabajo, formación del personal sanitario para atender efectivamente a estas personas, sesiones grupales dirigidas a estos pacientes, sesiones individuales para la promoción de la autoayuda, intervenciones terapéuticas (físicas, ocupacionales, de pedicura, etc.), intervenciones a distancia (telefónicas, etc.), intervenciones para la estimulación motora, para la estimulación cognitiva, para la funcionalidad social, etcétera (Steinbeisser y Schwarzkopf, 2020).

Todas estas intervenciones implican la presencia de una multiplicidad de agentes del sistema sanitario y de profesionales del trabajo social, y por lo ello están sujetas a la aparición, en cualquier eslabón de la cadena, de conflictos entre estos profesionales y los pacientes a los que atienden, entre aquellos y sus familiares, entre los distintos miembros de la familia que ven amenazados sus puestos de trabajo, sus vacaciones, su tiempo libre, sus noches, etcétera. La mediación se presenta pues, como una herramienta muy deseable. Quien ha comprobado alguna vez la belleza de las consecuencias de un buen acuerdo, no puede sino desear que se extiendan y se hagan realmente efectivas las posibilidades de la mediación.

III.4.8. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA EXTENSIÓN DE LA VIDA ACTIVA E INDEPENDIENTE Y DE SOLUCIONES ABIERTAS Y PERSONALIZADAS

Como hemos señalado insistentemente, y tendremos ocasión de desarrollar pormenorizadamente pronto, no existe algo así como «la persona mayor». Las personas mayores constituyen una realidad muy heterogénea y poliédrica. Hablar del adulto mayor no deja de ser una abstracción, muy lejana de la realidad en la que viven los diferentes subgrupos que componen este ente ideal abstracto al que llamamos «persona mayor». Para abordar la complejidad de esta realidad, hemos tratado un poco más adelante de los tipos ideales weberianos con que el proyecto de la Unión Europea en que nos estamos basando, que han intentado poner un poco de orden en lo caótico, plural, heterogéneo y poliédrico de personas que conforman este grupo etario.

Esta complejidad del fenómeno del envejecimiento y de los diferentes problemas que plantean las personas a las que le afectan está siendo detectada en la investigación actual, y por ello, se tiende al diseño personalizado de intervenciones. Es decir, de diseñar intervenciones finalísticas dirigidas a subgrupos diferenciados de mayores. Se trata de soluciones que buscan extender el periodo de vida autónoma y activa cuanto más mejor. Soluciones que sean útiles, ergonómicas, económicas a fin de no discriminar a determinados

sectores socioeconómicos, personalizadas (por su dirección a un tipo ideal, pero también teniendo en cuenta los contextos familiares, de la sociedad civil y del gobierno implicados en la atención y los cuidados prestados).

El movimiento *Independent Living* está surgiendo en las últimas décadas con mucha fuerza en los países del primer mundo. Sus partidarios son conscientes del importante cambio de paradigma que se ha vivido en los últimos cincuenta años. La persona dependiente es entendida —por la sociedad en general, por los profesionales y por ella misma— no como un sujeto a custodiar, sino como un sujeto a rehabilitar (Jones y Hannah, 1984).

Entre las soluciones que se están avistando para la extensión de la vida independiente ocupan un lugar preferente las soluciones tecnológicas. Stephanie Blackman *et al.* (2016), comentan que estamos entrando en la tercera generación de dispositivos tecnológicos que permiten extender en el tiempo la vida independiente. En la primera generación se desarrollaron dispositivos portátiles, aparatos de respuesta ante emergencias, o dispositivos que necesitaban del usuario para iniciar el proceso de alarma. En la segunda generación se desarrollaron sensores para el hogar que permitieran una respuesta automática a las emergencias o que detectaran posibles amenazas. El inconveniente de estos dispositivos es que podían sentirse como intrusivos de la intimidad. La tercera generación está intentando paliar este defecto. Se persigue en el diseño de sensores en el hogar su integración, y que en lugar de detectar amenazas o proceder a la alarma, busquen la prevención, la monitorización y la asistencia personal.

En nuestro contexto socioeconómico podemos señalar que están ampliamente extendidas las soluciones de la primera generación. Se trata de todos los dispositivos con base en un botón que se conecta a un centro de llamadas. Ya sean los dispositivos de teleasistencia, como los proporcionados por determinadas compañías de seguridad y vigilancia. No obstante, es importante señalar que «si la persona es incapaz bien física bien mentalmente, o no lleva el aparato, no tendrá la capacidad de disparar el proceso de alarma» (Blackman y Matlo, 2016, pág. 57).

El uso de dispositivos de segunda generación está muy lejos de haberse extendido. Actualmente, pensamos que son pocas las personas que tienen en su casa detectores de monóxido de carbono con capacidad de conectarse a los bomberos, o de detectores de que la plancha o el fuego de la cocina se han dejado encendidos y no se está haciendo uso de ellos, generando entonces una alarma de modo automático.

Paradójicamente, la tercera generación de dispositivos para la extensión de la vida independiente se está implementando con mayor rapidez que los de la segunda generación. Los relojes inteligentes se están democratizando y permiten monitorizar muchas constantes vitales, patrones de actividad y de movilidad, de modo que sugieren acciones preventivas. Además, el diseño de la interfaz de estas soluciones no es sólo amigable y fácil, sino que suele animar y premiar la realización de tareas que implican movilidad, aseo, higiene, etc., desde dar un paseo, lavarse las manos, cepillarse los dientes o dormir mejor.

III.4.9. NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

El pilar C3 del proyecto de la Unión Europea que estamos comentando trata de un concepto relativamente novedoso: el de la «innovación social orientada a la inclusión», al que se ha llegado incluso a calificar como «el nuevo diamante para la innovación política socialmente inclusiva» (Michael, 2005, pág. 333). Un concepto que se propone como una fuente de poderosas intervenciones inclusivas, para lograr un proceso de envejecimiento digno, activo y saludable. Se trata, como el propio sustantivo del concepto señala, de aprovechar los procesos de innovación para lograr una mayor inclusión social, es decir, disminuir la exclusión y marginación sociales. Se trata de un tema muy importante para nuestro grupo etario, en unas sociedades en las que el valor, como hemos comentado reiteradamente en esta investigación, se mide por la utilidad social. Tras la edad de la jubilación muchos de nuestros mayores se encuentran en situación de exclusión. Esto lo vimos al tratar el triste tema del edadismo. Para el tema que nos ocupa, se trataría pues de favorecer la innovación en «la orientación hacia las necesidades, los problemas y los valores sociales; la introducción de nuevas prácticas sociales; la participación y la aceptación de los usuarios; los beneficios sociales e individuales» de las personas mayores.

La *Revue canadienne du vieillissement* publicó un artículo de Moody y Phinney titulado «A Community-Engaged Art Program for Older People: Fostering Social Inclusion» que puede ser un buen ejemplo de este tipo de intervenciones relacionadas con la innovación social (Moody y Phinney, 2012). En él analizan la implementación y los resultados de un programa de «artes comunitarias comprometidas —*arts communautaires engagés*—», que llevaban a las personas mayores a establecer relaciones sociales más allá del ámbito de los centros asistenciales —diurnos, residenciales, etc.—. Además, no sólo se crearon lazos y conexiones sociales con personas ajenas a este grupo etario, sino que los vínculos entre estas personas mayores se fortalecieron, como resultado del proyecto artístico que estaban llevando a cabo para una determinada comunidad social: un barrio, una asociación de vecinos, etc. Estas tareas no solo favorecen la inclusión social, sino que también repercuten, por el sentido que dan a la vida y las acciones, sobre la salud y el bienestar de quienes las acometen y de quienes se benefician de ellas.

La innovación social en inclusión es un tema muy importante para nuestras sociedades, y para nuestro futuro próximo. Figura entre uno de los diecisiete «Objetivos del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas». Como George *et al.*, han señalado «los indicadores sociales revelan que, aunque vivimos más tiempo y en muchos países, más saludablemente, la distribución de la riqueza se ha hecho menos igualitaria, y las oportunidades sociales y económicas para el crecimiento y el bienestar se están haciendo desigualmente accesibles para grandes proporciones de la población global».

El concepto de innovación social inclusiva presenta grandes retos políticos y de gestión que están siendo actualmente investigados. El desarrollo de estas políticas y sistemas de gestión de innovación social inclusiva se piensa, que ha de conducir a cambios sociales a gran escala, que implican novedosos modos de gestión en áreas como los cuidados sanitarios, el urbanismo o las infraestructuras, que permitan envejecer en el propio hogar. Así por

ejemplo Sue Cowan *et al.*, han analizado la función, costes y efectividad de las contemporáneas tecnologías de la información y la comunicación en la inclusión social de las personas mayores de áreas rurales (Warburton y Cowan, 2014).

III.4.10. NECESIDADES E INTERVENCIONES ARQUITECTÓNICAS Y DE URBANISMO DE LAS PERSONAS MAYORES: EDIFICIOS, CIUDADES Y AMBIENTES AGE-FRIENDLY (EUROPEAN COMMISSION)

Desde el comienzo de esta investigación hemos señalado el proceso de envejecimiento que está sufriendo la población a nivel global, y particularmente a nivel de los países occidentales. Entre ellos los de la Unión Europea, y concretamente la sociedad española. Este proceso de envejecimiento camina de la mano con otros dos graves problemas, particularmente sentidos en España, el de la migración a las grandes áreas urbanas y la consiguiente despoblación de las zonas rurales. Desde hace unos años es un tópico hablar de la España vaciada frente a la España de las megaurbes y la periferia. Estos últimos procesos, que se desarrollan de forma sincronizada agravan el problema de cómo proporcionar cuidados a una población con un porcentaje de personas mayores realmente elevado. En las zonas rurales el problema estribará en dotar de infraestructuras de cuidados y de profesionales que los proporcionen. En las zonas urbanas, el problema es también el mismo, más la necesidad de hacer *age-friendly* a ámbitos urbanos que hasta el momento no estaban preparados para un porcentaje tan significativo de población envejecida. Además, no sólo se trata de proporcionar cuidados y de asistir en los momentos del declive de la vida, sino de lograr un proceso de envejecimiento activo y saludable. Ni las infraestructuras rurales ni las urbanas están suficientemente preparadas para estos retos, que plantean y hacen urgentes un conjunto de intervenciones muy ambicioso.

El problema pues ha cambiado respecto al mundo en que vivieron nuestros antepasados. Ante el envejecimiento de nuestros abuelos, nuestros padres se plantearon hacer una serie de reformas en el hogar. En el horizonte actual, nuestro reto consiste no sólo en hacer hogares *age-friendly*, sino barrios, parques, zonas comerciales, centros de servicios sociales, y en definitiva las ciudades en su conjunto, y también otras zonas como los parques nacionales, los puertos y aeropuertos, etc.

Age-friendly no es solo una etiqueta para diseñar autobuses que se inclinen para ayudar a superar el escalón de entrada a las personas mayores, o pavimentos no rugosos por los que deslizarse en sillas de ruedas y que no mortifiquen la espalda de los sufridos discapacitados físicos. No lo es, si tenemos en cuenta que una ciudad o un ambiente es *age-friendly* no sólo para nuestros mayores enfermos, sino para todo mayor, también para los que gozan de una buena salud en términos generales y que desean vivir estos años de forma segura, saludable y participando en el gran abanico de oportunidades y posibilidades que las ciudades ofrecen para disfrutar en términos culturales, vacacionales, artísticos, formativos, religiosos, espirituales, etcétera. Así pues, *age-friendly* implica al menos tres dimensiones: la seguridad, la salud y la participación. Sin estas tres dimensiones no pensamos que la vida goce de auténtica calidad de vida. Se trata de tres dimensiones de realización irrenunciables para los que se adentran en la tercera edad o la ven próxima en su horizonte vital.

Pues bien, y como el *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* comenta «una ciudad *age-friendly* adapta sus estructuras y servicios para ser accesibles e inclusivas con las personas mayores que tienen necesidades y capacidades variables». Es decir, para que una ciudad sea *age-friendly* ha de sufrir numerosas intervenciones arquitectónicas, de ingeniería y administrativas. Desde el pavimento hasta la iluminación de las ciudades han de diseñarse para un mundo que envejece a una velocidad nunca vista en la historia de la humanidad. Y para nuestro tema, los mayores que viven en situación de aislamiento o soledad, el tema es más acuciante. Aquí radica una de las tareas más urgentes por parte de la mediación: hacer que la voz de estas personas aisladas o solas sea tenida en cuenta por los gestores urbanísticos, o hacer que la voz de las personas de la España vaciada, en su mayoría mayores, sea tenida en cuenta por los responsables de las políticas sociales a nivel local, provincial o autonómico. Además, una ciudad es *age-friendly* también, y sólo sí, las voces de los mayores son tenidas en cuenta por los responsables de la gestión de la ciudad. Promover cauces y foros de atención al ciudadano mayor es crucial para las ciudades de nuestro futuro inmediato. Más aún, no sólo escucharlos, sino incluirlos a ellos en la gestión de los espacios que habitan. Por otra parte, se trata de un proceso irreversible. Los votantes de una población envejecida son en su mayoría personas mayores. No tenerlos en cuenta o no contar con ellos a todos los niveles es una ingenuidad que pasará factura política.

Nos parece que en el diseño de ciudades y ambientes *age-friendly* hay una gran oportunidad para los trabajadores sociales, y otros profesionales especializados en las personas mayores: psicólogos evolutivos, médicos, fisioterapeutas. Ellos son los únicos especialistas en las necesidades y requisitos que deben cumplir estas ciudades *age-friendly*.

El consorcio de la Unión Europea *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* contempla las siguientes intervenciones:

1. Diseño de hogares y de ciudades *age-friendly*. No solo se trata de poner ascensores en bloques de viviendas que carecían de ellas. Actualmente se está apostando por hogares con una iluminación adecuada y automatizada mediante detectores de movimiento para evitar caídas nocturnas, etc., con baños adaptados con barras, etc.
2. Soluciones para adaptar el ambiente del hogar tecnológicamente, de modo que se pueda controlar la temperatura ambiente del hogar, abrir las puertas, contestar al interfono, etc., desde una sencilla interfaz.
3. Soluciones para adaptar los ambientes urbanos a los mayores: desde prolongar el tiempo para cruzar los semáforos, adaptar el pavimento, iluminar adecuadamente, poner y cuidar los bancos para sentarse, poner zonas verdes, zonas saludables para mayores, etc.
4. Ambientes amigables con la demencia, que implican la formación de personal —policías municipales, personal de centros comerciales, eventos, etc.—.
5. Intervenciones para fomentar y no obstaculizar la actividad física de las personas mayores: pendientes suaves, remoción de obstáculos en las aceras, señales de audio en los semáforos, etc.
6. Negocios y servicios *age-friendly*: en las tiendas, los bancos, las entidades culturales, las redes sociales.
7. Turismo *age-friendly*.

8. Transporte *age-friendly*, con paradas y servicios de transporte público adaptadas, con sistemas de orientación visibles por personas mayores, etcétera.
9. Intervenciones políticas *age-friendly* para dar voz y capacidad decisoria a las personas mayores.

III.5. INTERVENCIONES CON LOS TIPOS IDEALES WEBERIANOS EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El proyecto de la Unión europea que hasta ahora está vertebrando nuestra investigación, ha supuesto, es indudable a estas alturas de esta tesis doctoral, una excelente categorización de los tipos de personas mayores con los que realizar intervenciones —entre ellas, las de mediación, objeto primordial de este estudio—. Los tipos ideales weberianos —*blueprint personas*: Randolph, Theresa, Eleni, María, Procolo y Jacqueline— que han elaborado han sido uno de los hilos conductores de nuestra investigación. También lo han sido, hasta el momento, los objetivos de las intervenciones que proponen como fundamentales, y que hemos comentado en este capítulo. No obstante, hemos de señalar nuestro desacuerdo en la adscripción de intervenciones que el proyecto *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging* adjudica a cada tipo ideal weberiano.

En efecto, según el proyecto citado, los objetivos de las intervenciones a realizar con cada tipo ideal weberiano son las que se enuncian en la siguiente tabla:

TIPOS IDEALES WEBERIANOS (BLUEPRINT PERSONAS)		GRUPOS DE ACCIONES									
		A1 Seguimiento de prescripciones y recomendaciones	A2 Prevención de caídas	A3 Fragilidad relativa a la edad	B1 Envejecimiento activo y saludable	B2 Multimorbilidad	B3 Cuidados integrales en enfermedades crónicas	C1 Deterioro cognitivo	C2 Autonomía	C3 Inclusión social	D4 Ambientes age-friendly
Jubilados/as menores de 80	Sin patologías de importancia	✓	✓	✓			✓		✓		✓
	Con patologías moderadas	✓	✓	✓			✓		✓		✓
	Dependientes	✓	✓	✓			✓		✓		✓
Mayores de 80	Sin patologías de importancia	✓	✓	✓			✓		✓		✓
	Con patologías moderadas	✓	✓	✓			✓		✓		✓
	Dependientes	✓	✓	✓			✓		✓		✓

Tabla 10. Objetivos de las intervenciones para realizar con cada tipo ideal weberiano *Blueprint Personas*

Si se observa, los objetivos de las intervenciones que propone el proyecto de la Unión Europea son los mismos para todos los tipos ideales de personas, lo que hace que la tipología ideal elaborada y empleada para categorizar y diferenciar grupos sociales con necesidades sociales individuales sea indiferente. Los mismos objetivos a alcanzar para todos los grupos sociales. Esto, como hemos visto ya, es algo que ninguna intervención puede permitirse, so pena de ser ineficaz. El primer requisito que ha de cumplir una intervención social para ser eficaz es el estar bien concretada, es decir, estar dirigida a una necesidad social concreta de un grupo social concreto. Lo que vale para un grupo puede ser indiferente para otro. No hay recetas generales. Tampoco existe una vejez genérica, sino diferentes modos y maneras de vivirla.

Es cierto que hay objetivos de intervención que quedan vacíos para todos los tipos ideales. En concreto, B1, B2, C1, y C2. En el documento consultado (Steering Group Working Document, Strategic Implementation Plan 2011) aún no estaban desarrollados por la Unión Europea. Por esta razón, no podemos pronunciarnos sobre si se pretende aplicarlos también uniformemente a todos los tipos ideales o si, por el contrario, se pretende concretarlos.

Resulta evidente que las personas jubiladas menores de 80 años en buen estado de salud no tienen los mismos problemas que las personas dependientes mayores de 80, por situarnos en los dos extremos del arco de personas que estamos considerando. Nótese por ejemplo en lo que se refiere al tipo de intervención A1, la referida al seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas. El tipo ideal «Randolph» no tiene en principio problemas, salvo los derivados de su voluntad, en seguir las prescripciones y recomendaciones del médico. Por eso, nos parece que esas intervenciones no deberían figurar en ese tipo ideal. El tipo ideal «Eleni», que puede padecer los primeros síntomas de la demencia, sí puede requerir de iniciativas e intervenciones A1. Por último, el tipo ideal Jacqueline, mayor de 80 y dependiente, no requiere de esas intervenciones, puesto que vive en centros especializados o con cuidadores formales que asumen esas intervenciones como su trabajo habitual.

Resulta además extraño el vacío que aparece en las columnas de las intervenciones B1, B2, C1 y C3. Y que no encontremos rastro de cuáles sean las intervenciones C1 y C2. Es disculpable puesto que se trata de una investigación muy reciente y actualmente en curso. Pero el objetivo de esta tesis es contribuir, con un pequeño grano de arena, a las investigaciones más actuales, en el seno de la Unión Europea, sobre uno de los mayores retos a los que se enfrentan las sociedades europeas del futuro inmediato.

El *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging* concreta las acciones en un nivel de intervención que denomina *Blueprint scenarios*. Si muchas de las acciones están aún por desarrollar, los escenarios se encuentran aún en una fase muy prematura de su investigación. Hasta el momento se han desarrollado once posibles escenarios. Los escenarios son, como su propio nombre indica, el conjunto de personas y circunstancias entre los que suceden acontecimientos a una persona. Por ello, «los *Blueprint* escenarios describen eventos crónicos o agudos vividos por una o más de las personas *Blueprint*». En esta escenografía hay unos protagonistas —las personas *Blueprint*— y muchos otros actores (los familiares, los del sistema de salud, los cuidadores formales e informales) que interactúan con los protagonistas, en el trasfondo de un sistema de servicios, herramientas, soluciones y cuidados, que ofrecen, o pueden ofrecer (recuérdese el carácter ideal de los tipos y de los escenarios) determinadas soluciones. Ejemplos de estos escenarios son los siguientes: El tipo ideal María «sufre un episodio agudo de hipoglucemia», ese mismo tipo «sufre efectos adversos por la ingesta de múltiples medicaciones», el tipo ideal Niko «gestiona su salud y estilo de vida», el tipo ideal Antonio «gestiona por sí mismo su diabetes de tipo 2», o el tipo ideal Jacqueline «es hospitalizada debido a un ictus».

El cuadro que proponemos, frente al proyecto de la Unión Europea que estamos comentando, es el siguiente para las personas en situación de aislamiento social y/o soledad¹:

TIPOS IDEALES WEBERIANOS (BLUEPRINT PERSONAS)		GRUPOS DE ACCIONES									
		A1 Seguimiento de prescripciones y recomendaciones	A2 Prevención de caídas	A3 Fragilidad relativa a la edad	B1 Envejecimiento activo y saludable	B2 Multimorbilidad	B3 Cuidados integrales en enfermedades crónicas	C1 Deterioro cognitivo	C2 Autonomía	C3 Inclusión social	D4 Ambientes age-friendly
Jubilados/as menores de 80	Sin patologías de importancia		✓		✓					✓	✓
	Con patologías moderadas	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dependientes	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓
Mayores de 80	Sin patologías de importancia		✓	✓	✓					✓	✓
	Con patologías moderadas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	Dependientes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabla 11. Objetivos propuestos en esta investigación de las intervenciones para realizar con cada tipo ideal weberiano

III.5.1. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «RANDOLPH» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

Esta crítica que acabamos de hacer a la propuesta de intervenciones que realiza el proyecto de la Unión Europea que estamos comentando, se aprecia muy significativamente en el tipo ideal «Randolph». Y es que, dado su excelente estado de salud, con pequeñas problemáticas estadísticamente relacionadas con *posibles* problemas de visión —cataratas, glaucoma—, de cáncer —tipo próstata o colon, generalmente— y de colesterol, las intervenciones a realizar, dijimos en el capítulo anterior tienen que ver con la prevención y con el envejecimiento activo y saludable.

La edad y estado de salud de las personas que podemos subsumir bajo el tipo ideal weberiano «Randolph» permite que puedan disfrutar de una jubilación muy activa socialmente. Los tipos «Randolph» no deberían tener ningún impedimento —salvo autismo, fobia social u otros trastornos sociopáticos— para establecer relaciones y vínculos sociales, y para superar cualquier afectación emocional que pudiera ponerlos en riesgo de soledad. Su salud física, emocional e intelectual es la mejor de los tipos ideales que estamos considerando. Por eso, las intervenciones a realizar tienen que ver con que esas posibilidades o potencias que tienen, no se vean obstaculizadas por el aislamiento social, la falta de contactos, etc. Esto se puede hacer potenciando la participación en su proceso de envejecimiento a través de los *Consejos sectoriales de mayores*, o en la vida asociativa, o

¹ Esta especificación, «para personas en situación de aislamiento social y/o soledad» es importante, pues explica que las intervenciones relativas a las columnas C3 y D4 se den en todos los tipos ideales de los que estamos tratando.

con las actividades e intervenciones promovidas por instituciones como el *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*.

Así pues, las intervenciones, que consideramos oportunas, para este tipo ideal serían las B1, C3 y D4. Es decir, la promoción del envejecimiento activo y saludable, y si es necesario la participación en intervenciones de inclusión social, y que comiencen a disfrutar de un ambiente adecuado y respetuoso con la nueva edad que comienzan a andar, es decir un ambiente *age-friendly*.

III.5.2. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «THERESA» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El buen estado de salud, en términos relativos a la avanzada edad que tienen las personas que podemos subsumir bajo el tipo ideal «Theresa», hace que su salud física, emocional e intelectual sean bastante buenas.

Como Theresa goza de una salud intelectual bastante buena no tiene problemas para seguir las prescripciones y recomendaciones médicas. Por lo mismo, tampoco hay que intervenir con estas personas para paliar sus deterioros cognitivos. Su buen estado de salud física excluye asimismo intervenir para paliar los efectos de una multimorbilidad o una polimedicación inexistente, ni tienen necesidades complejas derivadas de patologías crónicas. Su estado de salud física e intelectual *debería* redundar —lo que sucede en la mayoría de los casos— sobre su salud emocional. Son personas autónomas, y con las capacidades apenas mermadas —quizá las motoras lo están levemente. Por ello, las intervenciones más importantes, al igual que el tipo ideal «Randolph» tienen que ver con (i.) la facilitación de la inclusión social, (ii.) la creación de ambientes «*age-friendly*» particularmente en el diseño de su hogar, eliminando barreras arquitectónicas, y con su seguridad personal; (iii.) las intervenciones relacionadas con la fragilidad relativa a la edad y (iv.) la prevención de caídas. Por esto las intervenciones que son deseables con este tipo de personas son, a nuestro juicio, las A2, A3, B1, C3 y D4.

Las personas que se pueden incluir en este tipo ideal son las candidatas favoritas a un tipo de intervención como el *cohousing*. Este tipo de iniciativas pueden paliar la ansiedad que decíamos pueden experimentar estas personas ante un empeoramiento de su estado físico. Este tipo de intervenciones combaten el aislamiento social, permiten un diseño de los edificios sin barreras arquitectónicas, benefician las finanzas personales al repartir los gastos, pudiendo acceder a servicios que serían impensables para los individuos aislados, y por todo ello constituyen, a nuestro juicio, una iniciativa excelente para la prevención de la soledad.

III.5.3. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «ELENI» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

Las personas que podemos incluir bajo el tipo ideal weberiano «Eleni» gozan estadísticamente, por razón de su edad (menores de ochenta años), de unas habilidades con las tecnologías de la información y la comunicación relativamente buenas. Este es un punto a favor cuando habitan hogares unipersonales, o sufren los efectos psíquicos y somáticos de la soledad.

En cambio, estas personas, como ya señalamos, sufren de enfermedades crónicas. Éstas no tienen la gravedad de los tipos «Procolo» o «Jacqueline», lo que les impediría definitivamente vivir solas. No obstante, entre las dolencias que aquejan frecuentemente a estas personas hay algunas que dificultan su autonomía, y que harían aconsejable otro tipo de soluciones habitacionales. Como dijimos, entre estas patologías se encuentran frecuentemente la hipertensión arterial cronicada, y los primeros estadios de la demencia senil.

La primera —hipertensión arterial— puede tener consecuencias fatales, más si se viene arrastrando desde hace años, pues el corazón ha podido sufrir mucho. Además, la hipertensión arterial suele repercutir en otros órganos o sistemas, lo que puede ocasionar problemas de multimorbilidad y polimedamentación. Entre las complicaciones que puede ocasionar la hipertensión arterial figuran los ataques cardíacos, los accidentes cerebro vasculares, los aneurismas, la insuficiencia cardíaca, la debilitación de los vasos sanguíneos de los riñones, la estenosis renal, las anomalías —estrecheces, engrosamientos, y rupturas— de los vasos sanguíneos de los ojos, el síndrome metabólico, y los problemas de memoria, de comprensión y de demencia. Todo esto hace que sea necesario intervenir sobre la multimorbilidad en las personas que podamos identificar como tipo ideal «Eleni».

La segunda —demencia senil— hace que sea difícil para ellas seguir las prescripciones y recomendaciones médicas, amén de un sinfín de dificultades para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, y del estrés adicional que la conciencia de la demencia puede despertar en ellas. Además, la aparición de la demencia conlleva también una conciencia muy acusada, y que se traduce en trastornos de ansiedad ante los posibles accidentes domésticos que puedan sufrirse en un hogar en el que no habitan ella, y en el que los olvidos pueden causar estragos. Por ello, a veces intervenciones como los servicios de teleasistencia pueden perder gran parte de su eficacia debido a que no encuentren el pulsador o no identifiquen su función.

Sin embargo, para estas personas, la interacción social es generalmente algo muy importante, y que en la mayoría de los casos pueden llevar a cabo sin mayores complicaciones. No es así cuando estas se encuentran en riesgo de aislamiento social y/o soledad. Por lo que debemos tratar aquí de las intervenciones posibles para mejorar el número y la calidad de sus interacciones sociales. Muchas veces esta situación de aislamiento social puede deberse a habitar hogares en urbanizaciones o casas aisladas, lejanas de la red de servicios sociales (centros de atención diurna, hogares del pensionista, etcétera).

Así pues, las intervenciones más importantes a realizar con este tipo ideal son las que tienen que ver con las columnas A1, B1, B2, B3, C1, C2, C3 y D4.

III.5.4. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «MARÍA» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El tipo ideal weberiano «María» no tiene, por causa de su edad, las habilidades tecnológicas y de desenvolvimiento en el mundo digital que paliarían los efectos de su aislamiento social y/o soledad. Además, por causa también de su edad sufre, estadísticamente, de mayores complicaciones en su salud física, emocional e intelectual que «Eleni». Estas complicaciones afectan estadísticamente, como dijimos, a su movilidad (dolores articulares), al corazón, a su metabolismo (diabetes, colesterol), lo que limita, que no impide, su capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria, entre ellas la compra, que por las molestias que el desplazamiento lleva consigo, puede provocar una nutrición poco equilibrada. Además, si estas personas, cuando pertenecían al tipo «Eleni» habían disfrutado de unas interacciones sociales frecuentes, al pasar la barrera de los ochenta, y sufrir estos dolores articulares, pueden ver sumamente frenada su vida de relación social. Por lo que, su salud física está correlacionada con su aislamiento social. Por otra parte, la permanencia de sus padecimientos cronificados, la aparición de nuevas dolencias, y la merma en interacciones sociales, repercute sobre su salud emocional.

Es preciso advertir que el seguimiento de las prescripciones médicas, particularmente de la medicación, cuando hay multimorbilidad es una actividad compleja. «María» no suele tener problemas de demencia, puesto que las personas que con menos de 80 años eran «Eleni» con inicios de demencia, pasan por lo general al tipo «Jacqueline» y no al «María». Por una parte, las personas tipo «María» pueden tener problemas de visión, derivada de la diabetes. Esto dificultará, como es obvio el seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas. Por otra parte, la polimedicamentación concomitante a su multimorbilidad hace que tenga dificultades en seguir la estricta posología que se le ha prescrito. Por otra, los problemas de movilidad hacen que desplazarse a la farmacia o al centro de salud tenga sus dificultades. Cuestión que se agrava para las personas que viven solas o aisladas.

Así pues, las intervenciones a realizar con el tipo ideal María, son las relacionadas con las columnas A1, A2, A3, B1, B3, C2, C3 y D4.

III.5.5. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «PROCOLO» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

El tipo ideal «Procolo», comparte con «Randolph» y «Eleni» un rango de edad y, por lo tanto, la pertenencia a una generación, que juega a su favor en el terreno de la comunicación digital. Pero al igual que Jacqueline tiene necesidades complejas, por lo que está sujeto a un frecuente chequeo y monitorización médica. Este tipo ideal engloba, como vimos, a personas que vienen arrastrando problemas crónicos de salud, con frecuencia desde antes de su jubilación: diabetes, hipertensión, y que han desembocado en problemas serios

de visión. Los problemas articulares que podía tener Randolph o María, están en Procolo por lo general mucho más agravados, y además aparecen en él, estadísticamente, problemas realmente graves, como carcinomas (en los varones, frecuentemente de próstata o de vejiga). Todo esto hace que Procolo requiera de más visitas al médico y más hospitalizaciones que las que hemos visto hasta ahora.

Pues bien, ¿qué sucede cuando las personas que pudiéramos diagnosticar socialmente como pertenecientes al tipo «Procolo» habitan hogares unipersonales o sufren soledad? Resulta evidente que muchas de las tareas de la vida cotidiana se encuentran muy dificultadas para estas personas en esas circunstancias. Sus problemas articulares son serios. Su fragilidad orgánica está muy agudizada por la cronificación de sus dolencias. Es obvio que, en condiciones peores, salvo caso de una voluntad férrea.

Debido a la seriedad de los problemas articulares que suelen presentar los Procolo generalmente necesitan ayuda para todas las actividades que requieran movilidad. Ayuda que generalmente les es prestada, cuando viven solos, por familiares o profesionales como taxistas, etc. Además, para las actividades propias del hogar también necesitan ayuda. Todo esto conlleva un importante desembolso económico.

A nuestro juicio, con los «Procolo» que habitan en hogares unipersonales o sufren de soledad, hay que intervenir para lograr un seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas, debido a los problemas de multimorbilidad. Como arrastran patologías cronificadas hay que cuidar integralmente de ellos, con las intervenciones necesarias a nivel personal y de coordinación de los especialistas necesarios para ello. Dada su fragilidad hay que actuar para la recuperación de su masa muscular y para prevenir caídas. La autonomía se ve muy mermada, no hasta un punto en que sea imposible la vida en soledad, pero sí muy dificultosa. Y por su situación de soledad y/o aislamiento son muy deseables todas las intervenciones dirigidas a su inclusión en grupos (o la perseverancia en las redes de amistad y las instituciones en que estaban incluidos) y la promoción de ciudades y soluciones habitacionales amigables con la edad. Así pues, en la terminología que venimos manejando las intervenciones corresponden a las columnas A1, A2, A3, B2, B3, C2, C3 y D4. Por motivos estadísticos excluimos C1, el deterioro cognitivo, que no se hace notar aún y las intervenciones para lograr un envejecimiento activo y saludable, dada la escasa movilidad de que son capaz, y las multimorbilidades cronificadas que les aquejan.

III.5.6. INTERVENCIONES SOCIALES DEL TIPO IDEAL WEBERIANO «JACQUELINE» EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

Al hablar de las problemáticas que aquejaban a las personas que podemos subsumir bajo el tipo ideal «Jacqueline» diferenciamos entre los «Jacqueline» *de facto* y *de iure*. Es decir, entre aquellas personas que podríamos englobar en el tipo Jacqueline, aunque no tengan conciencia de que pertenecen a él y las que sí están diagnosticadas. Los problemas que tenían al habitar hogares unipersonales son diversos, como vimos en el capítulo II de esta investigación. Para tratar de las intervenciones posibles ante las problemáticas que sufren vamos a seguir la misma estructura que vimos en el capítulo II. A saber (i.) Jacqueline sin diagnóstico ni autoconciencia de sus necesidades complejas. (ii.) Jacqueline *de iure* en un

hogar unipersonal. (iii.) Jacqueline *de iure* atendida en ámbitos no hospitalarios (iv.) Jacqueline *de iure* en unidades de cuidados intensivos.

Antes de pasar a detallar intervenciones sociales concretas para las personas tipo Jacqueline, conviene afirmar que es de vital importancia, hacer un diagnóstico precoz de este tipo. Las fuentes primeras de información parecen ser los servicios médicos de atención primaria, los trabajadores sociales en el ámbito de salud y los servicios sociales comunitarios. A estos puede llegar el conocimiento de la problemática de estas personas a través del propio interesado, por ejemplo, en la consulta médica, a través de vecinos que alertan de la situación o de la policía (si se producen accidentes domésticos, caídas, etc.).

i. *Jacqueline sin diagnóstico ni autoconciencia de sus necesidades complejas*

Respecto a los problemas de movilidad, es muy importante intervenir con adaptaciones técnicas (sillas de ruedas, andadores, luces led, adaptaciones del cuarto de baño y de la casa, cocinas de inducción para evitar accidentes si se dejan el fuego encendido, etc. También es importante la fisioterapia para intentar paliar los efectos de la debilidad muscular y la fragilidad ósea.

El cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas es muy difícil en el caso de las personas tipo «Jacqueline». La intervención más básica es el recordatorio a través de servicios de teleasistencia. Otros tipos de intervenciones, bastante exitosas, consisten en recurrir a personal voluntario que asiste en el domicilio a la toma de la medicación. Respecto de los problemas derivados de la polimorbilidad y polimedamentación son importantes las intervenciones dirigidas a la coordinación de los equipos médicos y las intervenciones dirigidas al personal sanitario alertando de interacciones entre medicamentos.

En cuanto estas personas van notando la merma de facultades cognitivas es importante que los servicios médicos de atención primaria, los trabajadores sociales en el ámbito de salud y los servicios sociales comunitarios aconsejen la participación en talleres de memoria, y de recuperación o puesta a punto de facultades cognitivas.

Es importante también que los servicios médicos de atención primaria, los trabajadores sociales en el ámbito de salud y los servicios sociales comunitarios deriven a los servicios psicológicos, psiquiátricos y grupos de autoayuda para combatir la depresión y retrasar el proceso de demencia.

Somos muy conscientes de las campañas que se realizan cada verano en múltiples medios para evitar la deshidratación de estas personas. En los servicios de teleasistencia también se les recuerda la necesidad de beber agua. Hay también intervenciones a través de las personas auxiliares de ayuda a domicilio, que les proporcionan a estas personas incluso el agua necesaria diariamente.

ii. *Jacqueline de iure que muere sola y aislada en su hogar unipersonal*

Conviene como hemos dicho en la introducción a este epígrafe tener una base de datos actualizada continuamente de las personas mayores de ochenta años que viven solas o aisladas socialmente. Para ello, insistimos, se ha de recabar esta información de los servicios médicos de atención primaria, los trabajadores sociales en el ámbito de salud y los servicios sociales comunitarios. Éstos han de trabajar, como dijimos también, con estas personas, con los vecinos

y con la policía. Sin esta base de datos, continuamente actualizada, solo podemos resignarnos a la certificación de la muerte por los médicos forenses, o al encuentro de los cadáveres por parte de los bomberos o policías.

iii. *Jacqueline de iure que es atendida por cuidadores informales o formales en ámbitos no hospitalarios*

Como dijimos, las intervenciones dirigidas a combatir el aislamiento social de las personas diagnosticadas oficialmente como pertenecientes al tipo Jacqueline consisten en su internamiento en complejos residenciales, o intervenir a través de los administradores judiciales para que sean atendidas dignamente en su propio hogar, en el caso de que dispongan de los medios económicos necesarios para ello. Otra línea de intervención es la búsqueda de familiares que puedan hacerse cargo de estas personas, o de los gastos ocasionados por su internamiento.

Las intervenciones sociales para combatir la soledad de las personas diagnosticadas oficialmente como tipo «Jacqueline», consisten en la asistencia psicológica, los grupos de autoayuda, la visita de voluntarios al domicilio o a la residencia donde se encuentran internados, etc.

iv. *Jacqueline de iure que viven en unidades de cuidados intensivos*

Como dijimos en el capítulo anterior «si la persona en cuestión pertenece al tipo Jacqueline, con su escasa alfabetización digital, y además se encuentra en situación de aislamiento social y/o soledad, los medios y tecnologías de la información y la comunicación no sirven de nada porque no hay nadie con quien contactar, o porque los profesionales sanitarios que desean darle la oportunidad a esa persona de comunicarse con alguien significativo para ellas, se encuentran con la dolorosa realidad de que esa persona no recuerda, por su demencia, o por las consecuencias de un accidente cerebro-vascular, a quién podrían llamar. Precisamente por ello, las únicas intervenciones posibles consisten en el acompañamiento por parte del personal sanitario y de los voluntarios que desarrollan su labor y acción social en ámbitos hospitalarios. Un ejemplo de este tipo de intervenciones lo prestan por ejemplo la Fundación Olivares, la Fundación Grandes Amigos o la Fundación Arena o CUDECA.

CAPITULO IV: LA MEDIACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

IV.1. LA MEDIACIÓN Y SUS ÁMBITOS.

IV.1.1. ORIGEN HISTÓRICO Y CONCEPTO DE LA MEDIACIÓN: EL INFLUJO DEL CONFUCIANISMO

La mediación es una realidad social y jurídica muy antigua, que se puede datar ya en los orígenes de la antigua civilización china, en concreto alrededor del segundo milenio antes de Cristo, y en torno a la figura mitológica del rey Shuen, quien resolvió numerosos conflictos entre pescadores, agricultores y artesanos. Podemos afirmar, pues, que el primer profesional del Trabajo Social en usar la herramienta de la mediación fue precisamente este rey. Con el paso de algunos milenios, según documenta Cao Pei (1999), la mediación pasó de ser una práctica de buena gobernanza a un ejercicio reflexivo, es decir, metodológicamente conducido. Según Pei, esto se debió al influjo del confucianismo. El ideal de la *armonía* es el que debería perseguir la correcta configuración de una sociedad. La armonía exige la ausencia de conflictos en el seno de la sociedad. Estos eran vistos por el confucianismo como algo indecoroso, vergonzoso e incluso inmoral.

La tradición confuciana prefiere la práctica de la mediación a la legislación y la práctica normativa. Así, en un texto citado por Cavalieri se afirma que «Si gobiernas a tu pueblo mediante leyes y lo riges con penas, el pueblo desobedecerá, y no se avergonzará de hacerlo; si lo diriges con virtud y lo gobiernas con ritos, sentirá vergüenza y obedecerá las normas». Podemos suponer que los ritos a los que alude este texto son ritos conciliatorios, de restauración de la armonía social en la comunidad (Pei, 1999, pág. 33).

El influjo del confucianismo se puede datar en la dinastía Han (206 a.C.-24 d.C.), donde se dan normas a los oficiales imperiales para meditar antes de cada resolución de conflictos. Según el mismo Pei (1999), es en tiempos de la dinastía Ming (1368–1644 d.C.) cuando se establece que sean los mayores de cada comunidad los encargados de la resolución de conflictos, y que en cada comunidad se instituya un «salón de la razón resplandeciente» que haga de sede de las deliberaciones de los mayores de la comunidad en torno a los conflictos que habían de resolver. Será la dinastía Qing (1644–1911 d.C.) la que organice metodológicamente la práctica de la mediación social en China, mediante la solicitud por parte de los interesados de la mediación al jefe o a los ancianos de la comunidad, con la finalidad de su mediación entre las partes. Si no se alcanzaba algún acuerdo que restaurase la armonía en la comunidad, el conflicto debía ser remitido a un funcionario imperial, que

llegado el caso actuaba también mediando. Es decir, no aplicando una norma imperial sino persuadiendo a las partes para que deliberaran y alcanzaran un acuerdo (Cavalieri, 2009).

Según Miranda, esta tradición oriental de mediación no tuvo un arraigo ni un desarrollo en Occidente hasta relativamente hace pocos años debido al peso «de las “técnicas” jurídicas y de las estructuras de los sistemas de derecho civil, que implicaron un rechazo gradual de la mediación y un incremento correspondiente de los litigios» (Miranda, 2014, pág. 13). Así pues, la alternativa parece ser o litigio o mediación. O pugna ante los tribunales de justicia, o arreglo pacífico entre las partes. Las figuras del abogado y del mediador se diferencian precisamente en que uno es un litigante, y el otro un negociador si se quiere.

Esto último es algo muy importante, porque la función del mediador no es la de constituir un pequeño tribunal de justicia, en el que el profesional de la mediación *sentencie* o *dictamine*, como si fuera un juez a otro nivel. En modo alguno su función es la de proponer la solución adecuada a su juicio al conflicto e imponerla por medios coercitivos. Su función es más vincular o asociar las partes, atraerlas al diálogo. Es el acuerdo privado entre las partes el que la autoridad pertinente hace valer, y no al revés, la norma emanada del juez o del legislador, la que se impone a la voluntad de las partes. Como señala Cavalieri, la mediación, tal y como se está rehabilitando actualmente tiene estas raíces confucianas, que hemos visto originarse en la dinastía Qing.

Si seguimos a Cavalieri, hemos de señalar que los modelos para la resolución de conflictos al margen de los tribunales son: el arbitraje, el defensor del pueblo, la conciliación y la mediación. Se trata de algo sumamente importante, y que nos hace ver las tremendas diferencias que existen entre términos que, en el lenguaje habitual, empleamos en un sentido más o menos sinónimo.

IV.1.2. ALTERNATIVAS NO JUDICIALES PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: ARBITRAJE, CONCILIACIÓN, DEFENSOR DEL PUEBLO Y MEDIACIÓN.

Según Cavalieri, y parece que es doctrina comúnmente admitida entre los teóricos de la mediación, ésta ha de diferenciarse de otros modos de resolución de conflictos no judiciales, como son el recurso al arbitraje, a la conciliación y al defensor del pueblo. Veamos por qué, y al hacerlo iremos concretando la especificidad de la mediación como modo de resolución de conflictos, y estaremos en condiciones de considerar la idoneidad de esta herramienta en su aplicación a los mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Reiteramos, es importante considerar rigurosamente —con claridad y distinción— los conceptos. Determinar demasiado laxamente la mediación puede conducir no sólo a equívocos, sino también, lo que es más importante, a aplicar en falso, con el consiguiente perjuicio para las partes implicadas y/o para el profesional del trabajo social, la herramienta que orienta esta tesis doctoral.

Pues bien, la institución a la que se denomina *arbitraje* implica que las partes, de común acuerdo, eligen un árbitro —y por ello independiente y cualificado— para dirimir sus conflictos. Esto implica que éste actúa, oyendo a las partes, sí, pero dirimiendo el conflicto

en un sentido u otro. Su opinión final viene a ser una especie de veredicto, que ha de ser acatado por las partes. Como expone Cavalieri la institución del arbitraje se está por una parte modernizando (recursos a arbitraje virtual), como alterándose en algunos aspectos, por ejemplo, dándole cierto rango de autonomía a las partes (dejando que propongan una horquilla que no debe ser traspasada por el dictamen del árbitro, etc.) (Cavalieri, 2009, pp. 19-20).

No obstante, el arbitraje, como exponen Alexandra Sgubini *et al.*, adolece frente al procedimiento jurídico que se pretende evitar, de los riesgos concomitantes a un proceso mucho más laxo en lo formal que el jurídico y por ello de unas garantías menores para las partes, en lo que toca por ejemplo a las pruebas que se deben aportar (Marighetto y Sgubini, 2004). Se trata de un tema que no es menor, puesto que las decisiones del árbitro tienen, por lo general, la misma fuerza que tendría una sentencia judicial.

En algunos países se ha institucionalizado la figura del *defensor del pueblo* o *procurador de los ciudadanos* —*ombudsman*—. Se trata de una figura de origen sueco. Esta figura se ha ampliado a ámbitos no estatales. Y por eso se habla del defensor del cliente, de la comunidad universitaria, etcétera, con los que se busca obtener propuestas equitativas e imparciales de solución a pequeños conflictos, que eviten el penoso recurso al sistema judicial. A ella recurren, por ejemplo, las compañías aseguradoras (para proteger las relaciones con sus clientes), las empresas de servicios financieros (para proteger los intereses de inversores e intermediarios financieros), o en el ámbito legal (para asesorar a clientes insatisfechos con sus abogados) (Cavalieri, 2009, pp. 19-20). Estas empresas suelen ofrecer entre sus servicios de atención al cliente, un defensor de éste. Como defensor del cliente —o del ciudadano, si es el caso—, su propuesta de solución obliga a la empresa o al Estado respectivamente, pero no al cliente o al ciudadano, que puede recurrir siempre a la justicia ordinaria. Según Cavalieri, el recurso a este tipo de *ombudsmen* se realiza cuando el conflicto no merece recurrir a los tribunales, bien por los costes que implica, bien por la escasa cuantía de lo demandado. Así el conflicto es fácilmente resoluble, y que la tarea del defensor del ciudadano no es vinculante para las partes, como en el caso del arbitraje o del juez, sino que más bien emite una *sugerencia* que de ser adoptada, exige por parte de quien la emite —el *ombudsman*— cierta «fiabilidad, responsabilidad, y sentido común» (Cavalieri, 2009, p. 22). Es decir, la tarea del defensor del ciudadano o del cliente consiste en *persuadir* a las partes con el fin de evitar las complicaciones y dificultades de un proceso judicial.

La *conciliación* es la herramienta más usada, extendida, rápida y económica para resolver conflictos al margen de los juzgados, o para prevenir futuros conflictos. El conciliador trata de asesorar a las partes del conflicto a fin de que logren un acuerdo. Así frente al arbitraje, el conciliador no obliga a las partes, pero si las aconseja y asesora. Es decir, tiene una función semejante a la del defensor del cliente o del ciudadano, pues sugiere y asesora, propone soluciones para las partes.

El ámbito más usado para la conciliación son las disputas civiles. Como señalan Marighetto *et al.*, «busca identificar un derecho que haya sido conculcado e intenta buscar una solución óptima» (Marighetto, 2004, pág. 8). Por eso, el conciliador tiene como función principal la de asesoría y propuesta de soluciones. Él es la autoridad a la que someten su juicio y su hacer las partes. Y como tal, como experto en determinadas materias, es buscado

por las partes, para que asesore en la mejor solución posible. A diferencia del arbitraje, las partes pueden decidir si seguir o no los consejos del profesional de la conciliación. En cambio, el dictamen del árbitro tiene valor y fuerza de ley. El papel activo y protagonista de las partes asemeja la conciliación a la mediación. En cambio, el papel directivo y de asesoría especializada del profesional de la conciliación aleja a ésta de la mediación.

Por último, la *mediación* según Cavalieri se aplica por mor de:

Todos aquellos asuntos sumamente delicados que, incluso en un contexto de controversia, requieren el máximo esfuerzo conciliador así como un grado mayor de especialización, no solo de tipo legal, sino a causa de (me atrevería a decir) la importancia «vital» de los intereses implicados, es decir, en todos aquellos asuntos que se refieren a las relaciones personales y, en particular, a los que hay entre los cónyuges o entre padres y niños (Marighetto, 2004, pág. 8).

Así, según Cavalieri, la mediación es un tipo de conciliación sumamente especializada y que atañe a asuntos vitales, personales, y no solamente mercantiles, campo éste en que la conciliación tiene su lugar natural. Pero a diferencia del conciliador, la tarea del mediador no consiste en encontrar soluciones que pacifiquen a las partes, sino justo al contrario. Su labor se desarrolla haciendo conscientes a cada una de las partes de las consecuencias posibles de la unilateralidad de sus posturas, y de la ruptura de la relación que les une. Es decir, el mediador, en lugar de proponer, asesorar o aconsejar una vía de resolución del conflicto, trabaja haciendo ver a cada parte el conflicto, la ruptura posible, las consecuencias que se seguirían, etcétera. Es decir, el mediador nunca sentencia, nunca juzga, nunca decide una solución, simplemente ayuda en el proceso de diálogo y búsqueda de soluciones que satisfagan a las partes.

A diferencia del arbitraje, la persona mediadora no emite un dictamen o cuasisentencia, que tiene por lo general fuerza de ley. El profesional de la mediación facilita el diálogo entre partes, incluso cuando éstas apenas encuentran motivos para entablarlo, o donde la posibilidad de diálogo es remota. Esta característica de la mediación explica que el resultado de la mediación, a diferencia del arbitraje, no sea vinculante para las partes. Son las partes, y no en el mediador, quienes tienen el completo control sobre el proceso de mediación. El mediador no es un árbitro que con su dictamen cierra y concluye el proceso. Las partes son conducidas libremente al diálogo, a la exposición franca y educada de sus intereses, sus puntos de vista, sus necesidades, sus deseos, sus preocupaciones y ansiedades, etcétera, y por ello ellas son las que estipularan los términos del acuerdo o la duración del proceso de mediación.

De aquí que la mediación tenga reglas metódicas muy bien establecidas. Ese era el punto débil del arbitraje frente al proceso jurídico. El arbitraje carece de las herramientas que proporciona el derecho procesal, y lo mismo les sucede a las partes, que carecen de las garantías jurídicas que un proceso en regla conlleva. En cambio, la mediación está muy bien estructurada metódicamente en los planos de las técnicas comunicativas y de las estrategias de negociación. Se trata de un proceso que pretende conducir a un acuerdo entre las partes a través de diferentes estadios o fases, previamente protocolizadas, y que dividen a las diferentes escuelas de mediadores. Estas fases protocolares son, en definitiva, fases en un

diálogo que puede, o no, tener carácter negociador. Esta finalidad de mejora del diálogo entre las partes, de alcance de acuerdos, los comparte la mediación con el Trabajo Social.

IV.2. MODELOS TEÓRICOS SOBRE LA MEDIACIÓN

Hemos comentado que el proceso de mediación está sumamente protocolizado². Se estructura en una serie de etapas a través de las cuales el mediador intenta que las partes dialoguen y que lleguen a un acuerdo mutuamente beneficioso y duradero. Podemos denominar a estos protocolos que guían el quehacer del profesional de la mediación «modelos» de mediación. Estos protocolos implican unas reglas particulares para cada tipo de mediación, así como técnicas de trabajo adaptadas al conflicto y al contexto donde se medie. Generalmente se suelen admitir tres modelos o corrientes principales de mediación, que reciben su nombre de la escuela que los desarrolló: el de Harvard, el de Sara Cobbs, y el transformativo o humanista. No obstante, se han desarrollado otros modelos, como el de Lederach, el de Galtung o el de Fitzduff. En lo que sigue vamos a caracterizarlos rápida y esquemáticamente, pues el objetivo de esta investigación es su aplicación a los conflictos que se dan en personas en situación de aislamiento social y/o soledad, y no la tematización y discusión de los diferentes modelos.

En principio para que exista un conflicto hacen falta tres elementos: unas personas físicas o jurídicas, un problema y unas comunicaciones entre esas personas sobre el conflicto. Si la atención la enfocamos sobre la solución del problema entonces tenemos un modelo de mediación que se denomina tradicional-lineal o Harvard. Si la atención la ponemos sobre la comunicación que tienen esas partes, entonces disponemos de una herramienta o modelo de mediación que es denominado circular-narrativo. Y si la concentración se fija sobre la relación que tienen esas partes, tenemos el modelo transformativo de mediación.

Es frecuente en la literatura especializada en mediación que se hable de otros modelos de mediación, como la evaluativa, la Arb-Med, o la Med-Arb. Pero habría que señalar que se trata de modelos mixtos, en los que la mediación se conjuga con el arbitraje (Arb-Med, o Med-Arb) o la conciliación (con la que tiende a identificarse la mediación evaluativa). Por eso, nos parece oportuno decir, que, en su pureza, existen los tres tipos de mediación de los que hablamos anteriormente, y de los que vamos a tratar ahora. La mediación evaluativa es un tipo de conciliación. El modelo Arb-Med es la exigencia que impone un árbitro a las partes de que medien para mejorar el proceso de arbitraje. Y el modelo Med-Arb es aquel que conduce de la mediación al arbitraje, supuesto que la mediación haya fracasado, y se estipulase que en ese caso se debía dirimir el conflicto mediante un árbitro.

² Salvo en el modelo de la escuela transformativa.

IV.2.1. MODELO DE LA ESCUELA TRADICIONAL-LINEAL (HARVARD) O MEDIACIÓN FACILITATIVA

La *Harvard Business School* es una escuela internacional de negocios que se ha especializado en investigar la resolución de conflictos usando técnicas de negociación. Precisamente porque se trata de negociación tiene características intermedias entre la conciliación y la mediación. En lo que sigue, nos interesa la aplicación a la mediación. Leo Montada, en un celeberrimo artículo, admite que este modelo, denominado simplemente Harvard, es el modelo estándar, más generalizado, aplicado y en el que se forman habitualmente los profesionales de la mediación. Según Rondón se trata de un modelo orientado al establecimiento de acuerdos que emerjan como fruto de un proceso negociador. Fue desarrollado por Roger Fisher, William Ury y Bruce Patton, en un famosísimo libro titulado *Getting to Yes*, es decir, *Alcance el sí*. Ury, unos años más tarde publicó en solitario *Getting Past No* que podríamos traducir por *Diga adiós al no*.

Este modelo suele usarse preferentemente en ámbitos jurídicos y económicos tanto a nivel nacional como a escala internacional, muy cercanos al mundo empresarial, por lo que su gran objetivo estriba en conseguir acuerdos donde ambas partes ganen. Se trata de un proceso muy sistematizado. Se le denomina también «lineal» porque considera que el conflicto sólo surge de desacuerdos entre intereses, necesidades u objetivos.

En este enfoque a nivel instrumental, podemos observar que se estiman cuatro puntos fundamentales, los actores involucrados en el problema, los intereses u objetivos que modelan su comportamiento y los llevan al conflicto, las alternativas de solución y los criterios para solucionar y llegar a acuerdos entre las partes. Su centro temático son los intereses de las personas y cuál puede ser el punto intermedio en el que ambas partes cedan sin perder posición en el camino a la solución, es decir, sin afectar sus intereses esenciales.

Para exponer este modelo, creemos conveniente exponer las fases en las que se desenvuelve el proceso de negociación al estilo Harvard. Intentaremos hacerlo mostrando los aspectos más relevantes para el profesional de la mediación.

I. Primera fase: separación del problema respecto de las personas

1. El profesional de la mediación que use de este modelo ha de atender en primer lugar a las percepciones que cada parte tiene del conflicto. Para ello el mediador ha de lograr que las partes puedan expresar libremente, sin miedos, ni culpabilizaciones prematuras sus visiones de lo que está en juego. También ha de lograr un clima tal que las partes puedan debatir esas percepciones, sus valores, y que puedan realizar propuestas que atiendan a lo que para la otra parte es importante o valioso.
2. Pero el profesional de la mediación ha de atender también a los *afectos, emociones y sentimientos* que las partes tienen. Las partes deben reconocer mutuamente la legitimidad de sus sentimientos, respetarlos, dejar que se expresen libremente.

3. Como se ve, el profesional de la mediación ha de lograr una *comunicación* libre, fluida, sincera y respetuosa entre las partes. Se trata de una tarea muchas veces difícil, pues las partes pueden haber roto la comunicación hace tiempo. O pueden hablar culpabilizando a los demás, o no ser escuchadas, o no hablar de lo que para ellas es importante y está en juego, sino atacando a la otra parte. La presencia de acusaciones, exageraciones, o actitudes personales suelen impedir llegar a acuerdos porque se asume que son situaciones insalvables. Pero ahí la dificultad aparentemente insalvable es la de las relaciones personales entre las partes. Cuando se entra en este tipo de situaciones, resulta imposible acceder a la comprensión de la posición de la otra parte por considerar que se lesionan los intereses propios.

II. Búsqueda de intereses compartidos

Uno de los problemas más frecuentes en la mediación es de índole psicológica. Se trata del simple hecho de que las partes suelen enfrentarse al conflicto con la otra parte, atendiendo o viendo tan solo lo que ellas deberían ceder, la concesión que tendrían que hacer, o el precio que tendrían que pagar. Es algo así como un error de perspectiva. En lugar de enfocar la solución común, las personas tendemos a centrarnos en el coste personal. Pero sucede, que cada una de las partes llega al proceso de mediación con una multiplicidad de intereses de los que en muchas ocasiones no tienen conciencia explícita. Algunos de estos intereses los dividen, pero otros pueden ser comunes a las partes. Por ello este modelo de negociación busca explicitar un buen número de intereses, debatir libremente por qué son para cada parte importantes, o por qué no deberían ser asumidos por la otra parte. El profesional de la mediación puede hacer ver a las partes que no sólo existe el problema, sino sobre todo los intereses, y que esos intereses también están en conflicto o forman parte del problema.

III. Opciones y alternativas que benefician a las dos partes

1. El mediador ha de hacer ver a las partes que no deben juzgar prematuramente las soluciones u opciones que a la otra parte se le puedan ocurrir. Es bueno, muy bueno, algo así como una tormenta de ideas, de opciones, de soluciones que podrían ser compartidas. Esta búsqueda inventiva de opciones ha de ser separada de los juicios que podamos tener sobre ellas. Y es que puede haber varias soluciones que beneficien a las partes, y es bueno tener un buen elenco de puntos en común. Cuántas más alternativas ofrezcan las partes para intentar solucionar el conflicto, y cuánto más realistas y factibles sean esas alternativas y respetuosas con los intereses de las partes, más poderosa será la mediación y la negociación, y por ello, el acuerdo puede ser mejor y más satisfactorio para las partes. Por eso, estos autores forjaron el concepto BATNA (*Best Alternative to a Negotiated Agreement*: la mejor alternativa para un acuerdo negociado).

2. En el método Harvard se insiste en que las partes han de buscar acuerdos basados en *criterios objetivos* y no en la buena voluntad de las partes. Vuelven, por tanto, a insistir en la necesidad de separar lo personal de los problemas y sus soluciones.

Entre las críticas que ha recibido este método están las que expuso Suares (Suares, 1996), que sostiene que se basa en un sentido lineal de su casualidad —frente a la causalidad circular, y el reconocimiento de múltiples causas operantes en un conflicto— de la causalidad, y en su desatención de los factores socioculturales e históricos, y su exclusivo interés en la esfera psíquica (intereses, valores, opciones) de las partes.

No obstante, entre las virtudes que creemos encontrar en este modelo está su énfasis en la importancia de los procesos comunicativos, y en encontrar vías para que la comunicación entre las partes no se enquiste en círculos viciosos e improductivos. La apelación del modelo Harvard a la búsqueda de opciones compartidas, a soluciones objetivas, va en esta línea.

También nos parecen sumamente valiosas las recomendaciones de estos autores a centrarse en lo esencial del conflicto, y a tener enfoques constructivos, basados en sus intereses, aquello por lo que esas personas tienen ese conflicto y los ha llevado a intentar solucionarlo, en este caso a través de un proceso de mediación.

IV.2.2. MODELO DE LA ESCUELA CIRCULAR-NARRATIVA (SARA COBB)

Sara Cobb, directora del Centro para el estudio de narrativa y resolución de conflictos en la Escuela Carter para la paz y la resolución de conflictos de la Universidad George Mason de Virginia, y profesional de la mediación, desarrolló en la década de los noventa un modelo de mediación cuyo centro de gravedad reside en los procesos comunicativos, que entiende como circulares, y en el concepto de narratividad. La mejor exposición de su método está en el libro publicado por Oxford University Press *Speaking of Violence: The Politics and Poetics of Narrative in Conflict Resolution*, traducido a nuestra lengua por la editorial Gedisa en el año 2016.

Si la mayor exponente de este modelo circular narrativo es Cobb, no se deben omitir las contribuciones que al mismo han hecho autores como Winsdale y Monk.

El modelo circular-narrativo es un método que proviene de la psicología y que intenta mejorar la comunicación entre las partes a la vez que produce procesos de reflexión destinados a modificar la percepción de la realidad y del propio conflicto, reparando de este modo las relaciones.

Los procesos comunicativos son coextensivos a las relaciones humanas. Es decir, allí donde hay algún tipo de relación intersubjetiva hay comunicación. Incluso cuando una de las partes, o las dos, renuncian a la comunicación. Eso es lo que puso de relieve Watzlawick en el primer axioma de su *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*: «es imposible no comunicarse». Es imposible no comunicarse por lo mismo que es imposible no comportarse. Incluso no tener un comportamiento respecto del otro, es ya un

comportamiento para con él: ignorarlo, despreciarlo, deslegitimarlo, etc. Precisamente por ello, Sara Cobb ha de atender no sólo a las formas verbales de comunicación, sino también a las paraverbales. Y también debido a ello, este modelo de comunicación enfatiza la confidencialidad. Lo comunicado entre las partes y el mediador, o de cada parte por separado al mediador queda sujeto a una cláusula de confidencialidad, que no puede ser rota ni siquiera en procesos judiciales en los que se requiriese el testimonio del mediador.

La comunicación entre el mediador y las partes difiere de la empleada en el modelo lineal de Harvard. Y es que una de las fases del proceso de mediación estipulado por Cobb reside en encuentros del profesional de la mediación con cada una de las partes por separado. Se trata de la fase de *reuniones individuales*. En estas reuniones cada parte expone su visión del conflicto, sus intereses en él, sus necesidades, su modo de abordarlo y de intentar solventarlo, los derechos que le asisten, etc. En este punto surge aquella característica del modelo de Cobb por el que ha sido bautizado como *circular* por contraposición a la linealidad del modelo de Harvard. El conflicto es circular porque lo que pretende una parte no está disociado de lo que exige la otra. Las partes en realidad son interdependientes. Por eso, en la fase de reunión individual, el profesional de la mediación ha de insistir en la visión del otro, de sus necesidades, intereses y derechos. Una parte no es nunca la protagonista, sino la coprotagonista del conflicto. O, en otras palabras, no hay una parte privilegiada —*proton*, primero, principal— en la lucha —*agón*—, siendo las demás, mera comparsa o personajes secundarios del drama. Las dos partes tienen derechos que los sitúan en el primer plano. No hay personajes secundarios. Y por eso, cuando una parte no habla, el profesional de la mediación que emplea este modelo, da más voz a ese personaje, lo empodera, para que los dos sean actores y autores principales.

Esta es una diferencia esencial con el modelo Harvard de mediación. Éste separa la esencia del problema de las relaciones que las partes guardan entre sí. En cambio, Sara Cobb insiste en que esa operación de abstracción es artificial y dañina para la solución del conflicto. Lo real es un conflicto que tienen unas personas. Tan real es el conflicto como las relaciones que tienen esas personas. Omitir uno significa atender a una parte y sólo una parte del problema que tienen. Además, el modelo circular-narrativo insiste en explorar las diferencias, los problemas. Esto lo separa diametralmente del modelo de Harvard, centrado en la búsqueda de soluciones. Según Cobb sólo explorando las diferencias, sus consistencias, sus lógicas, las narrativas que están presentes en cada parte, puede flexibilizarse la fijeza con que cada parte se aferra a su posición.

Precisamente por su énfasis en la comunicación, y la asunción del axioma I de Watzlawick, el modelo circular narrativo se diferencia del lineal de Harvard. Si el objetivo de éste es el alcanzar acuerdos, y por lo tanto el consenso, el modelo de Cobb enfatiza los desacuerdos, las diferencias, los disensos. Estos deben aflorar, pero sin que por ello la comunicación quede rota. En caso de que la conflictividad hiciese imposible la expresión libre de las partes o del mediador, la mediación podría abandonarse. La crítica habitual de Cobb al modelo de Harvard reside en que éste minusvalora el poder del desorden y del caos para alcanzar alternativas novedosas.

Por otra parte, el modelo no sólo es circular, sino de *causalidad* circular. Es decir, no sólo atiende a las interdependencias de las exigencias, demandas, derechos y legitimaciones

entre las partes, sino que busca explorar la multiplicidad de factores que hacen posible o distorsionan la comunicación entre las partes y que están operativos en el conflicto: desde factores psicológicos individuales a factores socioculturales, jurídicos, culturales, económicos, religiosos, etc.

El modelo de Cobb se denomina «narrativo» porque entiende que las personas vivimos en *narraciones* o *historias* que nos *legitiman*. Las narrativas personales son los medios a través de los cuales las personas se expresan y construyen realidades que antes de la intervención mediadora pueden desconocer. Y además esas narraciones están en los orígenes de las situaciones conflictuales. Como señala Luis Rondón (2011, pág. 158), «el modelo circular-narrativo parte del hecho de que en nuestras vidas han sucedido una serie de narrativas de base que han dado forma a nuestras experiencias de conflicto y su resolución». Por esto, como explica Pilar Munuera (2007, pág. 86), el objetivo final de la mediación circular narrativa estriba en «cambiar la historia que cada parte ha elaborado» a fin de lograr los acuerdos.

La solución del conflicto pasa por la comprensión de estas narraciones o discursos legitimantes de las posturas de cada una de las partes. Cobb denomina a estas narraciones *historias verdaderas*, es decir, no construidas por observadores externos, sino por los que han vivido en primera persona el conflicto. Esta legitimación no está exenta de disputas y de polémicas. Más aún, la autoafirmación de ciertos grupos sociales se fundamenta en la deslegitimación de otros, y por ello en su considerarlos inferiores, proscribirlos, o invisibilizarlos. Pues bien, Sara Cobb entiende que la función del profesional que utiliza la herramienta de la mediación estriba en la construcción de narraciones legitimantes alternativas. Narraciones o historias alternativas que permiten a todas las partes comprender el problema. Estas narraciones alternativas suelen aflorar cuando el profesional de la mediación, a solas consigo mismo —fase denominada de *reunión interna*—, reflexiona y objetiva los relatos legitimantes de las partes, sus analogías, sus diferencias, sus asociaciones e interdependencias.

La última fase del modelo de Cobb consiste en la reunión conjunta de las partes en que se busca dialogadamente construir una solución alternativa al conflicto en la que las partes acuerden.

IV.2.3. MODELO DE LA ESCUELA TRANSFORMATIVA (LEDERACH, FOLGER, BUSCH)

El jurista Robert A. Baruch Bush y el especialista en comunicación Joseph Folger diseñaron en la década de los noventa un modelo de intervención cuyo objetivo era la mejora, o transformación, de las relaciones humanas. Esto implica el crecimiento moral de las personas implicadas en un conflicto. En este sentido la finalidad del modelo de Bush y Folger difiere de la que tienen los modelos anteriores. No busca primordialmente ni la solución de un problema (modelo Harvard), ni la mejora de la comunicación (modelo circular-narrativo). No es casual que el título del libro que hizo famoso a nuestros autores sea *La promesa de la mediación*. Una promesa es sólo posible dentro de una relación dialógica o relación yo-tú. Una promesa es algo que alguien hace a otro. Y esa relación es la que el modelo

transformativo de Bush y Folger buscan sanar o al menos mejorar en algún grado. Para ello, este modelo se asienta en dos pilares: la fortaleza y el reconocimiento del otro, que forman lo nuclear del subtítulo de la obra citada: *Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y el reconocimiento de los otros*.

Pues bien, para estos autores la transformación de las relaciones humanas no es lo mismo que la conciliación. No se trata de llegar a un acuerdo mutuamente satisfactorio para las partes. Tampoco que a ese acuerdo se llegue a través de un asesor o especialista que ayude a lograr el mejor acuerdo posible. Y mucho menos se trata de separar la relación del problema, como propugna el método lineal de Harvard. Esto no se puede hacer porque, como señala Folger, el conflicto suele implicar un debilitamiento o deterioro de la relación, o de las interacciones personales y dialógicas entre personas.

En el marco transformativo, se entiende el conflicto como una crisis en la interacción humana. La experiencia del conflicto dificulta que la gente se comprometa en interacciones con otros de forma productiva o constructiva. Los desafíos personales, emocionales y sustantivos que el conflicto suscita para las personas tienden a llevarlas a estados de debilidad y ensimismamiento. Como las personas tratan de enfrentar los temas conflictivos mientras se encuentran en estos estados de debilitamiento, la interacción destructiva tiende a emerger y persistir – interacción que impide a las personas entenderse a sí mismas y con otros y que también debilita la adecuada deliberación y toma de decisiones de las partes. En contraste, el conflicto productivo se produce cuando cambia la calidad de la interacción de las partes en conflicto. Este cambio en la interacción conflictiva ocurre en la medida en la que cada persona pasa de estados de debilidad y ensimismamiento a estados de mayor fortaleza y apertura. Así, en este enfoque de la práctica, el término «transformación» se refiere a la transformación de la interacción destructiva de las partes en conflicto. Esta transformación sucede cuando las partes son capaces de salir, en menor o mayor medida, de la debilidad y ensimismamiento que el conflicto ha creado (Folger, 2008, pág. 9).

El fruto de este deterioro de las interacciones es un debilitamiento de la capacidad de compromiso, es decir de actuación *con* el otro. La actuación y el compromiso con el otro se inhibe, y fruto de esta inhibición es la desaparición del *tú* del área consciente. Es decir, el sujeto pasa a ser un individuo aislado, ensimismado, centrado en sí y no abierto al otro. Entendiéndose como individuo aislado, la persona no logra comprenderse cabalmente, porque amputa de sí los lazos y nexos con el otro que forman parte constitutiva de sí misma. Por eso, no sólo se deterioran las relaciones, sino también la comprensión que de sí mismas hacen las personas. Ese deterioro en la relación es destructivo para los sujetos que así se relacionan. Y por ello se hace necesario reparar, sanar o transformar la relación, para que los sujetos que están en ella no se autodestruyan en esas dinámicas.

La metodología propuesta por Bush y Folger implica que el papel del mediador ha de consistir principalmente en apoyar, apuntalar y consolidar los cambios en las dinámicas de interacción. Para ello ha de concentrarse en cómo éstas interactúan a lo largo del proceso de mediación. Se trata de que el mediador esté atento a las diferentes oportunidades de revalorización o reconocimiento del otro. Aquí se presentan otras diferencias para con los otros modelos de mediación, y es que en el modelo transformativo no existe un conjunto de fases preestablecidas. La atención a estas fases podría provocar que el mediador no esté

atento a las dinámicas de interacción, sino a las fases de un modelo que se yuxtapondría sobre la relación que tienen las personas en un determinado momento. Lo principal es centrarse en cómo abordan el problema, de qué forma lo hacen, cuál es la cualidad de la interacción.

Pero es preciso recordar que se trata de un modelo de mediación. Por ello el profesional del trabajo social que usa esta herramienta ha de cuidarse mucho de entrometerse o de dirigir las conversaciones, o de impedir determinadas formas de interactuar. En cambio, este modelo de mediación requiere del mediador la atención a las expresiones de debilidad y los momentos de ensimismamiento de cualquiera de las partes. Es decir, a las dudas, y los momentos en que uno se refugia en sí mismo para reflexionar. Es ahí donde radican las oportunidades de reconocimiento y revalorización del otro. En esas dudas, confusión e incertidumbre (Folger, 2008, pág.12).

IV.3. EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA MEDIACIÓN: EL PROBLEMA DE LA LEGITIMACIÓN. LA TESIS RONDÓN-MUNUERA

El Trabajo Social tiene una finalidad y razón de ser más amplias que las de la mediación. Ana Martín Muñoz ha señalado que:

Como se desprende de la definición de la FITS, el campo de actuación del trabajo social es mucho más amplio, comprendiendo no solo la resolución de conflictos, sino fomentar el bienestar del ser humano, promoviendo cambios sociales e individuales, potenciando su realización y desarrollando políticas sociales y actividades humano-sociales destinadas a satisfacer las necesidades y aspiraciones de individuos y grupos (Martín Muñoz, 2012, pág. 91).

Así, el profesional del trabajo social interviene no sólo en la resolución de conflictos, sino también, por ejemplo, en la implementación de políticas o iniciativas sociales. Esta tesis doctoral conjuga estos dos extremos al centrarse en las virtualidades del trabajo social para dirimir los conflictos que derivan de las intervenciones, que actualmente se están llevando a cabo promovidas por la Unión Europea, relacionadas con necesidades de la población mayor en estos países. Mientras que el profesional del trabajo social que implementa y consolida estas intervenciones no ha de recurrir a las herramientas de mediación, sí pueden y deben hacerlo cuando surgen conflictos, en el nivel que sea, con motivo de estas intervenciones. Es decir, esta tesis examina el alcance y los límites de un trabajo social que podríamos denominar de segundo orden respecto de las intervenciones, que se consideran primarias.

Ana Martín Muñoz deduce que la herramienta de la mediación es antes que en la resolución de conflictos entre particulares («situaciones problema» según la terminología de la autora):

En los procesos de inserción e integración social, mediante la intermediación entre los que se encuentran en situación de dificultad y las instituciones o las organizaciones sociales; y entre organizaciones e instituciones de apoyo a personas con necesidades (Martín Muñoz, 2012, pág. 91).

Pues bien, desde la altura alcanzada en esta tesis doctoral tenemos que disentir del estrecho enfoque que esta autora tiene de las posibilidades de la mediación como herramienta en trabajo social. El profesional del trabajo social puede usar la mediación entre particulares y organizaciones sociales, o entre organizaciones, para fines no contemplados por esta autora. No se trata tan sólo de prestar una ayuda para la correcta inserción o integración del mayor en determinadas instituciones o actividades promovidas por determinados grupos sociales, sino de contribuir a la consolidación y procesos de mejora de determinadas intervenciones muy ambiciosas socialmente, y que contribuyen no sólo a la integración e inserción del mayor, sino a la realización efectiva de un buen número de derechos sociales, que nuestras sociedades están en condiciones de proporcionar y garantizar a nuestros mayores.

Como ha puesto de relieve Pilar Munuera-Gómez (2013) la historia de la mediación en el ámbito del trabajo social hunde sus raíces en la misma historia de la búsqueda de justicia social y de derechos sociales por parte de los pioneros del trabajo social. No resulta nada extraño este entrelazamiento entre justicia social y práctica profesional de la mediación. Por una parte, la mediación surge como práctica dondequiera que se presenten conflictos. Y los conflictos más urgentes y acuciantes de la historia han sido los que tienen que ver con el reconocimiento de los seres humanos como tales, y los ligados a la igualdad y libertad efectivamente existente de estos. Generalmente estos conflictos, ligados a la lucha por los derechos humanos y sociales, tienen su origen en los diferentes intereses que mueven y dividen a los seres humanos. Como señala Marc H. Ross, los conflictos afloran:

Cuando las partes se hallan en desacuerdo con respecto a la distribución de recursos materiales o simbólicos y actúan movidos por la incompatibilidad de metas o por una profunda divergencia de intereses (Ross, 1995, pág. 38)

Los conflictos que son el objeto de trabajo de esta investigación doctoral se han presentado con motivo de la implementación de determinadas políticas a nivel europeo. Estas intervenciones responden a la exigencia, cada vez más extendida, de desarrollar una vida saludable en todas sus etapas, también en y durante el envejecimiento —*aging*—. Consiguientemente, estas intervenciones tratan de garantizar, promover y consolidar unos derechos, derivados de nuestro mismo carácter de seres vivos, en unas sociedades, las europeas, que están en condiciones de hacerlos valer.

En esta búsqueda de justicia social y, las luchas a ella anejas, el profesional del trabajo social ha tenido que intermediar para solucionar —aunando persuasión y negociación— los conflictos que aquejaban a los más variopintos sectores de la sociedad. Esta intermediación constituye uno de los muchos roles que ha debido interpretar, con prudencia y sabiduría, el profesional del trabajo social (Ross, 1995, pág. 33).

El trabajador social realizará, conjuntamente con el cliente, uno de los siguientes roles de intervención «orador», gestor de relaciones, negociador, abogado, consejero, trabajador social, «administrador de caso», líder grupal, organizador, asesor, planificador o gestor de políticas en relación a los problemas desde las tendencias metodológicas o preferencias ideológicas del profesional (Simon, 1997, pág. 30).

Todos estos roles que puede adoptar el trabajador social al intentar ayudar a solucionar un conflicto a los clientes que recurren a él, están al servicio, como Rondón y Munuera señalan, de la *legitimación* de las vindicaciones de las partes. Sólo desde esta legitimación es posible reconocer al otro, y la justicia de sus pretensiones. Sólo desde ahí, desde unas reclamaciones legítimas, el conflicto está en vías de solución.

Cuando las personas involucradas en un conflicto no tienen capacidad para considerar o entender las razones del otro y resulta difícil llegar a un acuerdo, el mediador como persona legítima puede prestar ayuda, usando como técnica la legitimación. [...] En el contexto de la mediación significa la posibilidad de justificar y explicar las causas que explican las actitudes y comportamientos de los distintos grupos (Munuera y Rondón, 2009, pág. 29).

Independientemente del modelo de mediación que sea más adecuado en cada caso, el profesional del trabajo social que use la mediación ha de ayudar a reconocer la legitimidad o ilegitimidad de determinadas pretensiones. Y esto ha de hacerlo creando un clima en el que sea posible el reconocimiento de esa legitimidad con que se presentan las partes en la disputa. Y para ello hace posible, en su trabajo de mediación, un clima de comunicación que remueva los obstáculos externos que impiden el reconocimiento de la justicia con que se presentan ante el otro cada una de las partes. Es decir, en un ambiente que favorezca que cada parte pueda observar *imparcialmente* al otro. Esto es, como si fuera un observador externo al conflicto y no como si estuviera involucrado personal o profesionalmente en el mismo.

IV.4. EL TRABAJO SOCIAL Y LA MEDIACIÓN DE SEGUNDO ORDEN PARA CONSOLIDAR Y MEJORAR LAS POLÍTICAS DE LA UNIÓN EUROPEA RESPECTO AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

IV.4.1. LA MEDIACIÓN COMO TÉCNICA INTEGRADA DE INTERVENCIÓN SOCIAL

García-Longoria y Sánchez han llamado, convenientemente, la atención sobre el hecho de que la mediación como herramienta del trabajo social tiene dos posibles aplicaciones. Una en el contexto de otro tipo de intervenciones, como las que hemos explicado en el epígrafe III.4. de esta tesis doctoral. Otra como la única intervención contemplada ante un conflicto.

Dos acepciones en el concepto de mediación en función del contexto donde se aplica, la mediación como técnica integrada en la intervención social y la mediación como acción profesional específica. En el primer caso, la mediación como parte de la intervención social pretende una forma de intervención vinculada con otra serie de actuaciones para la resolución de problemas (García-Longoria y Sánchez, 2004, pág.262).

En esta tesis doctoral nos estamos centrando en la mediación como técnica complementaria e integrada en otros tipos de intervenciones. En unos contextos muy específicos: los de seis tipos ideales de personas, y nueve tipos de intervenciones muy específicas que son objeto de un interés prioritario por parte de la Unión Europea. En la parte empírica de esta investigación proponemos la mediación en el contexto de otras intervenciones (particularmente los servicios de ayuda a domicilio de la Cruz Roja Española).

Aquí hemos detectado un porcentaje, relativamente elevado el 11% de personas que acusan soledad, y que puede concurrir, o no, con una situación efectiva de aislamiento social.

IV.4.2. LA INTEGRACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA CONSOLIDACIÓN DE LAS ACTUACIONES EUROPEAS EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

La mediación es, según García Longoria «una forma específica de intervención profesional que no trata ningún otro problema de los sistemas con los que actúa, distinto de aquel conflicto que presentan las partes y cuya intervención centra, exclusivamente, la atención profesional» (García-Longoria, 2006). Es decir, la mediación es un tipo de intervención centrado en las personas, y por ellas en sus conflictos y las circunstancias que los acompañan y matizan. Precisamente por ello, es algo central en la mediación la escucha, la entrevista, la atención a los sentimientos y afectos que surgen ante el problema, es decir, el modo de encontrarse de las personas ante el conflicto, la propuesta de la finalidad de la mediación, y la proposición de una serie de etapas para el diálogo y la discusión de esos problemas.

Pero, en cualquier caso, la persona no sólo está en el centro objetivo del interés de la práctica de la mediación, sino que también es el sujeto efectivo de la misma. La mediación, a diferencia del arbitraje o la conciliación, busca el protagonismo activo, la implicación y el compromiso, la participación en suma de las partes afectadas por el conflicto en buscar activamente y por sí mismas la resolución de sus problemas. El rol del mediador es el de quien ayuda en proximidad, desde la cercanía de una relación intersubjetiva, no mediada por un aparato burocrático o mercantil de ningún tipo, sino acompañando a las personas en su proceso de resolución del conflicto y de construcción de posibles soluciones.

Este es un punto en el que nunca se insistirá suficientemente. La mediación es la intervención con personas. A diferencia de las intervenciones que hemos mentado en el epígrafe III.4., la mediación no interviene proporcionando útiles (aparatos de teleasistencia, ascensores, etc.), sino que se centra en la escucha activa de los afectados por un determinado problema. Y en el caso particular del que estamos tratando, en la escucha activa de al menos una persona mayor, y de aquellos otros que han entrado en una relación conflictual con ella. Se centra el profesional del trabajo social que usa la herramienta de la mediación en la percepción intransferiblemente personal del conflicto por parte de sus protagonistas. Y por ello no sólo en cómo lo ve, sino también en cómo se siente ante ese problema. Pues bien, esa persona, el cliente, es en nuestro caso una persona aquejada de aislamiento social y/o soledad. Y por ello, en unas circunstancias muy particulares, tanto en su contexto como en su historia, que circunstancian el problema.

Recordamos y desarrollamos, siquiera brevemente, algunos conflictos en que observamos la necesidad de la mediación por parte de los profesionales del trabajo social en las diferentes intervenciones sociales propuestas por el *European Partnership on Active and Healthy Aging*.

- i. El profesional del trabajo social en el ámbito de la salud puede usar la herramienta de la mediación entre familiares y personas mayores con la finalidad de que el mayor siga las recomendaciones y prescripciones médicas, de que los familiares asuman la responsabilidad de acompañar al mayor a las visitas médicas, de su papel en el archivo y custodia de la documentación médica generada cuando el mayor sufre deterioro cognitivo, o las recomendaciones dietéticas, etcétera. Esta finalidad es diferente de la inserción o integración del mayor.
- ii. Son frecuentes los conflictos con ocasión de las caídas. Las instituciones que ofrecen servicios de ayuda a domicilio suelen relatar casos de personas que sus cuidadores encuentran caídas, y de las que ningún familiar desea hacerse cargo. Otras veces, la persona mayor no desea los cuidados ofrecidos por el personal sanitario o las instituciones de cuidados. También aparecen muchos conflictos derivados del cansancio que sufren algunos vecinos o allegados por causa de los cuidados que asumen del mayor caído; familias que no asumen sus responsabilidades; o instituciones que descuidan sus programas de atención. Tampoco es un tema de integración o inserción la mediación que el profesional del trabajo social puede realizar entre una persona mayor y los servicios municipales encargados de realizar modificaciones ambientales necesarias para prevenir caídas en el domicilio (instalación de ascensores, etc.) El trabajo social sanitario, por último, podría ampliar su campo de acción al mediar entre personas mayores y las instituciones que promueven programas preventivos relacionados por ejemplo con la dieta o el ejercicio. La mediación puede conducir a una asunción consciente y responsable, emergida del mayor mismo, de las prescripciones y recomendaciones médicas.
- iii. La mediación puede ser una herramienta de trabajo social muy recomendable en lo que atañe a los conflictos derivados de la fragilidad, la debilidad física, funcional o cognitiva, y otras enfermedades ligadas a la edad. Como señalamos en el capítulo III, los equipos sanitarios de intervención pueden recurrir a la mediación para resolver conflictos derivados de diferentes tomas de postura respecto de cómo realizar las intervenciones, o por la necesidad de actualización de sus carreras profesionales. También señalamos en su momento los innumerables conflictos que se producen por la debilidad cognitiva de los mayores: por ejemplo, al no saber manejar el dinero, al no evaluar correctamente su capacidad para conducir, al sentirse extraños en las gestiones habituales de la vida (pagar facturas, sacar dinero en el banco, etc.)
- iv. Como dijimos, la mediación es una herramienta que puede usar el trabajador social en los conflictos que surjan con la implementación de nuevos protocolos sanitarios y entrenamientos específicos dirigidos a la actualización del personal sanitario en una sociedad progresivamente envejecida. Aquí la mediación se ha de llevar a cabo entre el personal sanitario y los políticos que diseñan e intervienen en temas de envejecimiento saludable. Los conflictos pueden surgir por demandas de formación específica, por la necesidad de protocolizar determinadas actuaciones sanitarias, etc. Estos conflictos surgirán dado el carácter ineludible y creciente del fenómeno demográfico del envejecimiento de

las poblaciones europeas. Como se trata de un hecho novedoso en la historia, no hay antecedentes que puedan ayudarnos a comprenderlo y prevenir las actuaciones necesarias. Frente a la tesis de Ana Martín Muñoz, este tipo de mediación no requiere los servicios del jurista profesional. Como surge por la implementación de políticas sociales, puede, en principio, ser muy bien llevada a cabo por el trabajador social.

- v. El tema de la multimorbilidad que afecta a muchos de nuestros mayores es una fuente incesante de conflictos, para los que la mediación llevada a cabo por el profesional del Trabajo Social se revela como especialmente adecuada e idónea. Ya comentamos que la cooperación entre diferentes áreas sanitarias constituye un reto difícil de abordar actualmente, por la hegemonía del «paradigma de las enfermedades aisladas». Es necesario un nuevo modelo de colaboración entre áreas clínicas especializadas orientado al tratamiento de los enfermos crónicos polimedicamentados. Lo mismo sucede con la colaboración entre médicos y farmacéuticos. Es previsible que surjan asociaciones de afectados por la polimedicamentación, por ejemplo, debida a interacciones y efectos adversos, que deben ser oídas, en su legitimación (Rondón-Munuera) por los profesionales del sistema de salud, las empresas farmacéuticas y los políticos. La mediación ejercida en el ámbito del Trabajo Social Sanitario puede, y debe, abordar estas problemáticas. Otra cosa sucede, cuando hay consecuencias jurídicas o consecuencias penales, por ejemplo, como en el reciente caso de la crisis norteamericana de la adicción a los opioides por parte de enfermos crónicos con patologías sumamente dolorosas. En estos casos, es obvio que el trabajo social debe dejar paso a los tribunales o a los mediadores provenientes del sistema judicial.
- vi. La gestión de los cuidados de las personas mayores y la de las enfermedades crónicas constituye un campo idóneo para la actuación del profesional del Trabajo Social que desee mediar en la solución de conflictos. Y esto por la multiplicidad de actores que intervienen en los cuidados de las personas mayores: desde los profesionales sanitarios a los voluntarios de oenegés, pasando por las familias, el personal de referencia y los centros de día, etc. Además, se suelen producir fenómenos de descoordinación entre todas estas personas, cuyas actividades tan necesarias son para las personas mayores, máxime cuando se encuentran en situación de aislamiento social y/o soledad. Por otra parte, ya hemos hablado de las nuevas políticas sociales sanitarias encaminadas al empoderamiento del paciente y centradas por lo tanto en él. La información que precede a la toma de decisiones y que sean estas personas mayores los protagonistas de sus decisiones en el campo de la salud, son dos factores que propician la mediación en la resolución de los conflictos que se presentan, o se presentarán con creciente frecuencia, entre nuestros mayores y los profesionales que los atienden y cuya actuación les afecta en una medida muy considerable.
- vii. La atención a las personas con deterioro cognitivo implica, como dijimos, la presencia de un considerable número de actores muy heterogéneos, y de intervenciones muy dispares: sanitarias, de restauración, de cuidados del hogar, intervenciones a nivel motor, psíquico, cognitivo, etcétera. Además, los familiares de estas personas pueden sentir el deterioro cognitivo de sus mayores

- como una amenaza a sus puestos de trabajo, sus familias o sus vacaciones, por poner algunos ejemplos. El profesional del Trabajo Social puede encontrar en la mediación una herramienta inestimable para alcanzar acuerdos, mejorar la comunicación entre las partes o reconfigurar las relaciones deterioradas por el sufrimiento y los avatares existenciales. Aquí la mediación se presta tanto a nivel de apoyo a la implementación efectiva de las intervenciones sociales, como a nivel de acuerdos entre personas particulares, por ejemplo, en el ámbito familiar.
- viii. Llegamos al punto señalado por Ana Martín-Muñoz como paradigmático del uso de la mediación social por parte del profesional del Trabajo Social: la inclusión social. En este caso, la inclusión del mayor en estado de aislamiento social y/o soledad. Como comentamos en su momento, el profesional del Trabajo Social puede intervenir muy satisfactoriamente para resolver los conflictos que surjan en intervenciones que tengan como finalidad la mejora de las habilidades sociales de algunos mayores. Precisamente factores como la timidez, el carácter hosco y asocial, la falta de aseo, etc., pueden exigir una actuación mediadora, si se quiere que esas intervenciones tengan éxito. Lo mismo sucede cuando la persona aislada socialmente rehúsa o rechaza el apoyo social que determinadas instituciones le ofrecen. El profesional del Trabajo Social puede favorecer el reconocimiento de la legitimidad (Rondón-Munuera) de estas iniciativas sociales. Éste también puede ser el caso cuando la persona se encuentra en una situación de soledad que provoca en ella episodios depresivos graves. Con frecuencia las personas afligidas no son capaces de presentarse socialmente, de establecer relaciones y contactos fructíferos y satisfactorios con otros. Se encapsulan en su propia soledad, y las políticas e intervenciones dirigidas a incrementar las oportunidades de contacto social pueden parecer violentarlas.
- ix. Las intervenciones dirigidas a implementar entornos *age-friendly* hacen converger a tal cantidad de profesionales que inevitablemente surgen problemas y conflictos en su ejecución. Un ejemplo bastará como botón de muestra: prolongar el tiempo para cruzar algunos semáforos es una decisión bastante conflictiva política y socialmente.

IV.5. IDONEIDAD DE LAS HERRAMIENTAS DE MEDIACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN INTEGRATIVA EN PROGRAMAS EUROPEOS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

El proyecto europeo de innovación sobre envejecimiento activo y saludable surgió en 2011. Se trata, como ya he comentado, de un proyecto verdaderamente magno en sus dimensiones. Como explica en su página web, ha implicado a más de 1500 autoridades gubernamentales en Europa a nivel regional y local. Forman parte de él más de 3.500 socios, y aglutina a más de 500 organizaciones líderes en la innovación en cuidados, salud e innovación digital. Se trata pues de un proyecto ambicioso, y que está orientando, desde sus inicios a comienzos de la segunda década del siglo XXI, los rumbos de las políticas *sociales* en nuestro continente.

Pero no se trata de un mero *proyecto*, del que en un futuro a medio o largo plazo podremos ver sus frutos. Estos se pueden monitorizar y evaluar ya, y lo han sido. Según

figura en el *Documento de Trabajo del Personal de la Comisión Europea* titulado *Progreso del consorcio de innovación europea sobre envejecimiento activo y saludable* se han realizado ya más de 28.700 evaluaciones a lo largo y ancho del territorio de la Unión Europea, se ha realizado el seguimiento de 2.900 personas mayores con enfermedades crónicas, se ha intervenido en 15.000 hogares con personas mayores en situación de fragilidad o de prefragilidad, y se ha proporcionado adiestramiento y formación a 6.300 cuidadores informales. Estas cifras indican inmediatamente que hay un caudal de experiencia y de posible retroalimentación que puede y debe ser ponderado, reflexionado, y que debe orientar el rumbo futuro de las intervenciones de este consorcio o proyecto. En otro lugar del documento que estamos ahora comentando se cuenta que estas intervenciones han movilizadado ya a más de un millón de personas en tareas de formación, empoderamiento y actividades de defensa, y que han participado ya alrededor de 93.000 ciudadanos europeos en actividades de prevención y gestión de enfermedades crónicas (no comunicables).

En la página de la *European Commission*³ se pueden visualizar todas las actividades, resultados y regiones implicadas en este mega consorcio europeo. Muchas han sido financiadas y están desarrollándose actualmente, por lo que aún no hay resultados. Pero sucede que cuando hacemos una búsqueda del término «mediación» y de la cadena «European Partnership on Active and Healthy Aging» vemos que siempre falta el primer término. Las virtualidades de la mediación para la implementación y consolidación de estas políticas están pues por dilucidar.

En lo que sigue queremos ofrecer algunas indicaciones sobre el alcance y los límites de la mediación. Hemos dividido este epígrafe de acuerdo con las posibilidades que ofrecen los procesos de mediación: resolver negociadamente un conflicto (modelo lineal de Harvard), mejorar la comunicación (modelo circular narrativo de Sara Cobbs, y transformar la relación entre las personas o agentes (modelo transformativo de Bush y Folder). Como es obvio, los conflictos y problemas posibles variarán según el tipo ideal de persona mayor con que se presenten. Por ello, los tipos ideales weberianos «Blueprint personas» constituyen el otro eje sobre el que evaluar el alcance y límites de cada una de estas finalidades de la mediación.

³ European Commission, Active and Healthy Living in the Digital World. https://ec.europa.eu/eip/ageing/commitments-tracker_en.html

IV.6. BÚSQUEDA DE SOLUCIONES A CONFLICTOS DE LAS ACTUACIONES DEL PROYECTO CON TIPOS SOCIALES WEBERIANOS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

IV.6.1. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «RANDOLPH» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como hemos dicho, reiteradas veces a lo largo de esta investigación, el tipo ideal «Randolph» se caracteriza por disfrutar de una tercera edad sin problemáticas de salud importantes.

Una de las fuentes de conflictos más frecuentes con este tipo ideal weberiano consiste en que desee insertarse en un programa o intervención destinada a la prevención de la fragilidad y de las caídas. Se trata de un conflicto relativamente frecuente porque Randolph ingresa en la tercera edad sano, fuerte, vital, y con sus capacidades cognitivas en buen estado. Desde su horizonte vital no le resulta posible contemplar la posibilidad de sufrir caídas como las que observa en personas de edad superior o de salud más precaria. Entre las intervenciones previstas por la Unión Europea para lograr una vida activa y sana, ocupan un lugar reseñable las dirigidas a la prevención de caídas, y no sólo las que tienen que ver con la rehabilitación. De nada sirve que se lancen campañas a nivel municipal o regional para prevenir caídas, si los destinatarios más idóneos (los Randolph, pues son los que en mejor estado de salud están para seguir disfrutando de su vida saludable y activa) no desean o no contemplan que esas campañas tengan que ver con ellos. Uno de los objetivos de estas campañas reside en la toma de conciencia acerca de la propia fragilidad. El trabajador social puede *mediar* entre las instituciones y sus programas y la población diana a la que van dirigidas esas acciones. Eso permite afinar los propios programas, porque empodera a la población diana, contribuye a una medicina más centrada en la persona, y permite la inclusión, tras el proceso de negociación de un número significativamente mayor de la población a la que va destinada. Se trata pues de un proceso lineal ganar-ganar.

Un buen número de personas tipo «Randolph» que se encuentran en situación de aislamiento social y/o soledad, pueden desear o querer —sin que concursen patologías como el autismo, la fobia social o trastornos sociopáticos— el estilo de vida que llevan, es decir, con pocos contactos sociales. Este deseo lo pueden tener por múltiples motivos, bien por hábito, bien por su lugar de residencia, bien porque sus otros significativos han desaparecido, etcétera. En este caso resulta obvio que se plantean problemas para con algunas intervenciones diseñadas por la Unión Europea: las relacionadas con la inclusión social. El trabajador social puede mediar también entre estas iniciativas de inclusión social y estas personas buscando la participación de estas en aquellas actividades e intervenciones. De nuevo se puede producir el fenómeno de una negociación que lleve a *ganar-ganar*, pues al prestar oídos y *legitimar* los deseos del mayor se consiguen intervenciones más ajustadas a las necesidades reales de un tipo de personas.

Las intervenciones dirigidas a la promoción de ambientes amigables con las personas mayores —ambientes *age-friendly*— entre personas relativamente mayores que se encuentran sin mayores problemas de salud, nos encontramos con un caso parecido al de las intervenciones dirigidas a prevenir las caídas o la fragilidad, o favorecer la inclusión social. Estas personas no ven la necesidad de acometer reformas en su hogar, por ejemplo. Piensan que más adelante pueden acometer esos gastos, o tienen prevista por ejemplo el ingreso en una residencia si las cosas les fueran peor. En este caso, muchas intervenciones preventivas fracasarían sin el concurso de la actividad del mediador.

IV.6.2. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «THERESA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como hemos comentado reiteradamente, el tipo ideal denominado «Theresa» se define por la prolongación natural en el tiempo de la buena salud del tipo ideal «Randolph», si bien estas personas desarrollan las normales patologías asociadas a la edad, generalmente motoras. Las personas que podemos englobar en sendos tipos ideales gozan de una manifiesta salud física, emocional e intelectual en términos generales.

Dijimos en su momento, que las personas que pueden ser subsumidas bajo el tipo ideal «Theresa» son destinatarios de algunas intervenciones, dirigidas a preservar el buen estado de salud, y la excelente forma física de que gozan estas personas. La edad de estas personas, sin embargo, es un factor nada desdeñable, y que soluciona el principal problema que las personas tipo «Randolph» tienen ante las intervenciones sociales. Las personas tipo «Theresa» generalmente tienen más conciencia, debido a su avanzada edad, de lo contingente y frágil que puede ser la salud de la que gozan.

En lo que respecta a las intervenciones *age-friendly*, las personas tipo «Theresa» no suelen tener conflictos. Las dolencias articulares y motoras propias de la edad hacen que sean conscientes de la conveniencia de arreglar su hogar, o de mudarse a uno que reúna una serie de requisitos, entre los cuales, el tamaño no es menor.

El conflicto puede plantearse por la otra parte, es decir, la falta de conciencia por parte de los actores sociales de que han de velar también por estas personas que no presentan problemas reseñables en lo físico, lo emocional o lo intelectual. Comentamos en el epígrafe III.6.2. que las personas tipo «Theresa» pueden en no pocas ocasiones asociarse y buscar la opción del *cohousing*, o viviendas colaborativas. En ocasiones, debido a las rentas de estas personas, no encuentran ayuda institucional para esta solución habitacional que les ayuda a vencer el aislamiento y/o la soledad. El profesional del Trabajo Social podría intentar mediar con las instituciones encargadas de políticas sociales y tuvieran en cuenta la oportunidad que la promoción y ayuda a las viviendas colaborativas supone para eliminar las lacras derivadas del aislamiento social y/o la soledad.

El profesional del Trabajo Social también puede mediar entre estas personas y las instituciones y agentes sociales para fomentar intervenciones preventivas, deseadas por estas personas, en materia de fragilidad y de prevención de caídas. Ya decimos que el conflicto se suele presentar por parte de las administraciones y las instituciones públicas o privadas, que

diseñan actuaciones. Las personas tipo «Theresa» no suelen ser objeto de políticas sociales. Por ejemplo, no tienen ningún tipo de ayuda a la dependencia, por el simple hecho de que no son dependientes, ni siquiera en grado leve. Sin embargo, por su edad, suelen ser conscientes de lo contingente, e incluso efímero, de su fortuna. Ellas pueden desear participar en programas preventivos, pero no suelen ser oídas.

Un tipo peculiar de conflicto, esta vez emocional, surge cuando una persona tipo «Theresa» se encuentra en situación de aislamiento social, por ejemplo, debido a la inseguridad de su zona de residencia, o por lo alejado de la misma respecto de centros urbanos. Aquí la labor del trabajador social puede recurrir a la mediación con instituciones de voluntariado que ofrecen servicios de acompañamiento, para *legitimar* los deseos de estas personas, a pesar de que su estado de salud les permita llevar a cabo muchas de las actividades con que solucionarían sus problemas, como conducir, etcétera.

IV.6.3. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «ELENÍ» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Las personas que podemos subsumir bajo el tipo ideal «Eleni», gozan de una edad en las que les son, generalmente, accesibles y familiares las intervenciones digitales. Sin ser nativos digitales como sus posibles nietos, han desarrollado las últimas décadas de sus vidas en ambientes muy digitalizados: desde los teléfonos móviles y ordenadores personales hasta el uso de internet e incluso el internet de las cosas. La edad en esto juega a su favor. Y juega también a favor de muchas de las intervenciones que el consorcio de la Unión Europea, que estamos comentando, promueve para su envejecimiento activo y saludable. Este envejecimiento es relativamente saludable para las personas tipo «Eleni», pues están moderadamente aquejadas por patologías crónicas, y como dijimos, en ellas suelen anunciarse los primeros estadios de la demencia, o las pérdidas de memoria. En muchas de las encuestas que hemos trabajado en la parte empírica de esta investigación nos encontramos con que la intervención se realizaba con personas típicamente «Eleni».

Como se comentó en su momento, los factores principales que aquejan a estas personas, y sobre las que la Unión Europea desea intervenir, son las enfermedades crónicas (principalmente circulatorias, como la hipertensión), la multimorbilidad y polimedicamentación que hunden sus raíces en la cronicidad de sus dolencias, y los incipientes deterioros cognitivos (de memoria y demencia, principalmente). Además, estas personas suelen padecer trastornos psíquicos como la ansiedad (ante posibles accidentes domésticos, por ejemplo), o la depresión (por la conciencia que tienen de su declive).

Esta ansiedad y estos estados depresivos suelen agravarse cuando se trata de personas en situación de aislamiento social y/o soledad. Pero no sólo se agrava la situación emocional de la persona. También lo suele hacer la salud física. Y es que el deterioro cognitivo dificulta el seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas. Esto es una fuente de conflictos que comprometen el éxito de las intervenciones que se realizan. Cuando Eleni no sólo sufre multimorbilidad, sino también pérdida de memoria, suele resultarle difícil seguir las prescripciones referentes a su polimedicamentación. Como vive sola puede no recordar

la cita telefónica que tuvo para visitar a un especialista, o no recordar dónde colocó la carta que la citaba, etcétera.

Tenemos aquí, en el caso de las personas tipo «Eleni» un caso distinto al de las personas tipo «Randolph» o «Theresa». La mayor dificultad de los «Randolph», y que justificaba el recurso a la mediación, consistía en que tomaran conciencia de que las actuaciones diseñadas a nivel europeo tenían que ver con ellos. Que ellos eran destinatarios de éstas. La mayor dificultad de las intervenciones con personas del tipo ideal «Theresa» residía, al contrario, en la toma de conciencia de las administraciones y actuaciones privadas, de que debían extender su radio de acción hacia ellas. Pues bien, las personas tipo «Eleni» suelen tener conciencia de la fragilidad, contingencia y precariedad de su estado de salud. Esto los diferencia de los «Randolph» y «Theresa». Además, el deterioro físico, emocional e intelectual de los «Eleni» tiene múltiples frentes (multimorbilidades y polimedamentación, círculos viciosos entre el deterioro físico e intelectual y el emocional).

Es en esta modalidad de su autoconciencia donde reside la fuente de los conflictos que entorpecen o dificultan el buen éxito de las intervenciones que con ellos se llevan a cabo. Su autoconciencia, a diferencia de los «Randolph» o los Theresa es la de personas enfermas, vulnerables. No tienen el grado de vulnerabilidad que tendrán los Procolo, María o Jacqueline, sino que se *sienten* vulnerables. Cuando estas personas se encuentran en situación de aislamiento social y/o soledad, esta sensación de vulnerabilidad puede evolucionar al desamparo y la indefensión. Esta «sensación» de vulnerabilidad no se corresponde con un estado físico, emocional o intelectual grave, sino leve o moderado.

Se da en las personas tipo «Eleni» algo así como una conciencia escindida que es fuente de conflictos. Que la gravedad de su estado de salud sea leve implica que, con frecuencia, no se entienden a sí mismas como destinatarias de las intervenciones. Pero al no beneficiarse de estas intervenciones su estado de salud se deteriora antes de lo esperado, su sensación de vulnerabilidad y desamparo se acrecienta. Se trata de un círculo vicioso. Su estado de salud, por leve y moderado que sea, se agrava al margen de unas intervenciones que no ven como apropiadas aún para ellos.

El profesional del trabajo social puede recurrir a la mediación para hacerles partícipes de las intervenciones que se están implementando, de que pacten con su vulnerabilidad y finitud también en el hecho de recurrir por ejemplo a los servicios de teleasistencia que piensan que no necesitan; de que formen parte en programas de prevención de caídas, puesto que incluso cuando se han caído y están contusionados niegan el haberse caído por puro olvido; de que decidan recurrir a intervenciones que les ayudan a seguir las prescripciones médicas, cuando están convencidos de que siguen al pie de la letra las tomas de medicación prescritas; o que decidan hacer reformas en su hogar, cuando ven lejos la posibilidad de sufrir una caída.

El profesional del trabajo social tiene a su disposición una serie de herramientas en la mediación lineal o Harvard, que son idóneas para la negociación con las personas tipo «Eleni», para que, al ceder ante estas intervenciones, es decir, al perder parte de la autonomía que ellos se reconocen a sí mismos, paradójicamente ganen (en salud física, emocional y

cognitiva). Se trata de un proceso de mediación, en el que estas personas han de tomar libre y autónomamente decisiones que cambien su estilo de vida.

IV.6.4. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «MARÍA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como vimos en el epígrafe III.6.4. las personas que podemos identificar como pertenecientes al tipo ideal weberiano «María» presentan unas dolencias crónicas más complejas y diferenciadas que las que pertenecen al tipo «Eleni». Y esto por el factor tiempo. El desgaste articular y los problemas metabólicos como la diabetes o la colesterolemia son muy frecuentes entre las personas tipo «María». Sin embargo, y como vimos, las personas tipo «Eleni» que presentaban rasgos iniciales de deterioro cognitivo, cuando alcanzan los ochenta suelen transitar al tipo ideal «Jacqueline». Por eso, las «Marías» suelen presentar una buena salud cognitiva, aunque mala física, particularmente «motora». El aislamiento social y/o la soledad constituyen impedimentos muy fuertes para el desempeño de una vida autónoma y activa. Debido a las dificultades y dolores motoras, las salidas se espacian entre todas las personas tipo «María». Y la situación de aislamiento y/o soledad puede repercutir gravemente sobre la riqueza de su dieta, o el acudir a las citas médicas.

Estas personas son candidatas naturales e inmediatas de muchas de las intervenciones que estamos comentando. Agradecen las actuaciones dirigidas a la prevención de caídas, a su fragilidad, a los cuidados integrales de sus enfermedades crónicas, a favorecer su autonomía, y las intervenciones en la ciudad y sus propios hogares. Si están solas o aisladas, también suelen gustar mucho de las actividades dirigidas a su inclusión social. Este es un hecho diferencial respecto a los tipos ideales weberianos que hemos considerado. Buscan, usan, disfrutan y agradecen las intervenciones. Piensan que son destinatarias de ellas. Hecho que se reforzado porque estas intervenciones generalmente van dirigidas a evitar la institucionalización de estas personas, o al menos retrasar su momento. Y por ello, los problemas que suelen surgir con la implementación o consolidación de las intervenciones son pocos. Quizá problemas puntuales respecto a la calidad de los servicios prestados, o con algunas personas (familiares, otros usuarios, o el equipo técnico de profesionales). En estos casos, la modalidad de mediación aconsejable es la profesional interpersonal, la realizada para negociar entre personas particulares con el finalidad de que gane el usuario y gane la intervención.

IV.6.5. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «PROCOLO» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Las personas que podemos identificar con el tipo ideal «Procolo», son igual que las personas tipo «María» candidatos naturales a muchas de las intervenciones que las instituciones realizan con personas mayores. En este caso el grado de conciencia de la necesidad que tienen de estas actuaciones y prestaciones sociales es muy intenso. Y es que estas personas, no sólo tienen patologías cronicadas, sino también, y con suma frecuencia enfermedades verdaderamente graves (carcinomas), que les conducen a abandonar sus

hogares y ser hospitalizados periódicamente. A diferencia de las personas tipo «María», los tipo «Procolo» que habitan hogares unipersonales ya sea por aislamiento social o por soledad, necesitan ayuda para el cumplimiento de muchas de las actividades de la vida diaria. Como dijimos, experimentan serias dificultades (sobre todo motoras) para el desempeño de muchas de estas actividades, aunque por su edad pueden aún vivir solos. Pero, a diferencia de las personas tipo «Eleni» no suelen presentar deterioro cognitivo. Hecho este que les permite vivir solas a pesar de su deterioro físico y/o emocional.

Para tratar de la mediación conviene recordar la diferencia que separa a las personas tipo «Procolo» de las «Jacqueline». Éstas últimas tienen un grado de dependencia que podríamos considerar severa o incluso de gran dependencia. En cambio, los Procolo se encuentran en la franja que va de la total autonomía a una autonomía bastante disminuida. Procolo puede sufrir, por ejemplo, un cáncer de vejiga. Pero no ha sufrido un accidente cerebro-vascular, por lo que, aunque su salud sea muy frágil, no tiene el grado de dificultad motora que pueden experimentar las personas afectadas por un ictus.

Entre las intervenciones que se realizan en los hogares unipersonales habitados por personas «Procolo» están las relativas a la prevención de caídas, la fragilidad por edad, la multimorbilidad, los cuidados integrales, la inclusión social, y la adaptación de sus hogares y la conversión de sus ciudades en entornos amigables con la edad. Estas personas suelen demandar servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y acompañamiento con voluntarios.

Como hemos dicho, las personas tipo «Procolo» se encuentran por su estado de salud a una distancia no lejana de la frontera con la pérdida de autonomía y la dependencia en un grado entre moderado y severo. Y esto es causa de una serie de conflictos con las intervenciones que se realizan con ellos. En el tema del seguimiento de las recomendaciones médicas se plantean estos conflictos entre los deseos del paciente y la recomendación del médico acerca de la actividad física que pueden acometer, el régimen de vida que deben llevar, la dieta, etcétera. También se plantean estos conflictos de autonomía/dependencia con las personas que les ayudan en domicilio que pueden invadir inadvertidamente espacios personales, íntimos, de sus decisiones autónomas. Estos conflictos que tienen que ver con la autonomía/dependencia pueden ser solucionados bastante bien con el recurso a la mediación. Y es que la mediación es una herramienta diseñada para favorecer la asunción de decisiones propias, conscientes, libres y personales por parte de las personas que tienen un problema. El profesional del Trabajo Social tiene en la mediación lineal un conjunto de técnicas especialmente idóneas para solucionar estos conflictos de autonomía/dependencia.

IV.6.6. MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON EL TIPO IDEAL «JACQUELINE» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como señalamos en el epígrafe III.6.6. de esta investigación, es de vital importancia el diagnóstico precoz de las personas que se podrían englobar bajo el tipo ideal weberiano «Jacqueline». Máxime cuando estas personas habitan hogares unipersonales. Allí mismo señalamos la oportuna labor que pueden desarrollar los profesionales del Trabajo Social alertando de que una persona puede encontrarse en la situación de ser tipificada como «Jacqueline».

Las personas tipo «Jacqueline» son objetos de múltiples intervenciones, porque sin ellas, sería extremadamente difícil su supervivencia. La ayuda que necesitan es mucha. Y si habitan hogares unipersonales, deben recibir ayuda a domicilio. Esto plantea un primer nivel de aparición de conflictos, los que se plantean por el difícil ajuste entre las intervenciones que ha de recibir. Unas pueden colisionar con otras. Algo tan sencillo como establecer un horario para que los profesionales de la Enfermería, fisioterapeutas, personal de ayuda a domicilio, etcétera, pasen a diferentes horas por el hogar de estas personas, puede tener sus dificultades. Un trabajador social, del centro de salud, o de los servicios sociales comunitarios, podría recurrir muy exitosamente a técnicas de negociación tipo Harvard, para mediar entre las diferentes actuaciones y ordenarlas.

Por otra parte, muchas de las intervenciones que se acometen con este tipo de personas, son rechazadas por ellas. En muchos casos exigen que sean sus familiares cercanos (hijos, esposa) los que por ejemplo curen sus úlceras, rechazando la atención de los cuidados médicos integrales por parte de un profesional de la Enfermería cualificado. En este caso, el éxito de la intervención social requiere, a nuestro juicio, de la mediación que se puede llevar a cabo entre estas tres partes en litigio. La mediación lineal puede ayudar a resolver estos serios conflictos, y la transformativa puede ayudar a mejorar las relaciones entre estos mayores y los profesionales que les atienden, entre los profesionales y los familiares, entre los familiares y los mayores tipo «Jacqueline». Este es un punto que causa mucho dolor a miles de familias en nuestro país, y que podría aliviarse significativamente si se invirtiera adecuadamente en los profesionales de la mediación. El sistema de intervenciones necesarias para una vida activa y saludable se vería muy fortalecido por esas intervenciones de segundo orden que son las mediaciones, y la salud emocional de muchas personas, afectados y familiares, se vería muy mejorada.

La mayor parte de las personas tipo «Jacqueline» necesitan tal cantidad de intervenciones para el desarrollo de su vida que suelen estar institucionalizadas, en residencias u hospitales. Aquí no se daría el caso de aislamiento social, salvo el derivado del posible rechazo a la convivencia, o los problemas derivados de malos tratos por parte de profesionales de estas residencias, o por acoso por parte de otros internos. Aquí tenemos casos que entran en el terreno de lo penal, y en el que se debe prescindir de la mediación y recurrir a la denuncia ante las autoridades pertinentes.

La mayor parte de las personas tipo «Jacqueline» necesitan tal cantidad de intervenciones para el desarrollo de su vida que suelen estar institucionalizadas, en residencias u hospitales. Aquí no se daría el caso de aislamiento social, salvo el derivado del posible rechazo a la convivencia, o los problemas derivados de malos tratos por parte de profesionales de estas residencias, o por acoso por parte de otros internos. Aquí tenemos casos que entran en el terreno de lo penal, y en el que se debe prescindir de la mediación y recurrir a la denuncia ante las autoridades pertinentes.

Otro caso nos lo ofrecen las personas mayores que habitando en el seno de instituciones, sufren no obstante de soledad. Aquí si encontramos un amplio campo para la mediación por parte de los profesionales del Trabajo Social de estas instituciones. Estos pueden mediar entre el mayor y sus familiares para lograr una calidad de vida emocional que

el mayor no tiene. Puede mediar también entre el mayor e instituciones de voluntariado que ofrecen servicios de acompañamiento, etc.

IV.7. MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS TIPOS SOCIALES WEBERIANOS DE PERSONAS MAYORES

IV.7.1. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «RANDOLPH» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

La edad y la buena salud, en términos generales, física, emocional e intelectual del tipo ideal «Randolph» suele provocar que las campañas informativas desplegadas por las diferentes intervenciones para una vida activa y saludable no tengan el efecto deseado en estas personas. Precisamente por su buen estado de salud a todos los niveles, y porque en modo alguno se sienten ancianos, las intervenciones promovidas suelen fracasar en estas personas. Sienten que no van aún con ellas. El mensaje emitido no llega a su destinatario. Y por ello la comunicación fracasa.

La mediación circular-narrativa constituye una herramienta muy eficaz, en las manos de un profesional del Trabajo Social, para lograr que el mensaje alcance a su destinatario. Además, este tipo de mediación está diseñado precisamente para que los destinatarios del mensaje cambien su percepción de la realidad. Esto es especialmente importantes con personas que no *perciben* que esas intervenciones tengan algo que ver con sus necesidades e intereses presentes o actuales. Se aplica con los tipos «Randolph» aquello que Watzlawick denominó la paradoja de la comunicación cuando una de las partes o las dos renuncian a la comunicación. Los «Randolph» no sienten que esas campañas informativas o que esas intervenciones tengan que ver con ellos. Las intervenciones pueden desistir de comunicar con los tipos «Randolph», y así desnaturalizarse. El profesional del Trabajo Social puede legitimar a los ojos de la persona tipo «Randolph» las intervenciones, y evitar así que ignoren esas actividades e iniciativas, de modo que estas personas vean la legitimidad de las mismas. El profesional del Trabajo Social puede ahondar en el conflicto, siguiendo a la escuela de Sara Cobb, ahondar en las causas de la inconsciencia que tienen estas personas respecto de su futuro probable a medio plazo. Y al mismo tiempo hacer ver a los responsables de estos programas las *historias verdaderas* por las que los destinatarios de sus acciones posponen decisiones respecto a su hogar, su inclusión social o la prevención de caídas.

IV.7.2. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «THERESA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como he señalado, las personas físicas que se pueden englobar bajo el tipo ideal «Theresa», suelen tener problemas para ser oídos por las personas jurídicas encargadas de diseñar e implementar intervenciones sociales. Aquí el canal de comunicación aparece roto no por parte del receptor de las políticas sociales, como sucedía en las personas tipo «Randolph», sino por parte del emisor. Este no «oye» los mensajes emitidos por las Theresa.

Aquí tenemos una fuente de conflictos, para las que la mediación circular narrativa puede ayudar.

IV.7.3. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «ELENÍ» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

El problema de la comunicación es especialmente significativo con las personas que podemos englobar bajo el tipo ideal «Eleni». Como dijimos, no suelen admitir que muchas de las intervenciones que se realizan, por ejemplo, en prevención de caídas, acondicionamiento del hogar, seguimiento de las prescripciones médicas, etc., les sean necesarias. Y no lo suelen hacer porque su deterioro físico, emocional o intelectual es leve o moderado, a pesar de que tengan dolencias crónicas. O quizá precisamente porque sus dolencias se han cronificado, y viven acostumbradas a ellas, y habiendo alcanzado cierto grado de dominio de su hipertensión, por ejemplo, que aleja de su conciencia la preocupación de los episodios iniciales. Precisamente por ello, pueden posponer el momento de recurrir a las intervenciones, como si su no avanzada edad, o la levedad o moderación de sus dolencias, les impidiese ver lo idóneas que son para ellos. Y esta es una dificultad que pueden experimentar los responsables de las intervenciones que se diseñan para ellos, o los familiares o allegados que prevén posibles complicaciones en su estado de salud.

Esta situación es particularmente conocida por los expertos en mediación circular narrativa. Se trata del momento en que una de las partes abandona la comunicación. No habla. Eso es algo que suele suceder a las personas tipo «Eleni», que se niegan imaginarse a sí mismos como objetos de estas intervenciones. Precisamente por ello, el profesional del Trabajo Social puede aprovechar este deseo, sincero, de ser protagonistas de sus propias decisiones, para ahondar en cómo van a gestionar su vida, en qué cambios deben hacer que sean *legítimos*, en que tomen conciencia de sus problemas, de la precariedad de su estado de salud. El mediador puede y debe explorar junto a la persona tipo «Eleni» los factores que están operativos en su negación de que necesite esas intervenciones, o en su resistencia al cambio. Puede tener un miedo a admitir su estado, o sufrir la presión sociológica que supone admitir que necesita un servicio de teleasistencia o de adaptar el baño de su casa.

La mediación con la finalidad de mejorar la comunicación con los Eleni puede realizarse integrada en el seno de otras intervenciones, como las que está implementado la Unión Europea. La exploración de los factores operativos en sus resistencias a admitir cambios en su estilo de vida o en su hogar, puede resultar en unas decisiones responsables sobre su futuro y los de sus otros significativos. También puede, como es obvio, realizarse profesionalmente, con miembros de su familia, por ejemplo, pues estos pueden experimentar sus negativas como un muro ante el que no cabe proseguir el diálogo.

IV.7.4. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «MARÍA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Antes (epígrafe IV.6.4) hemos comentado que las personas tipo «María» no suelen presentar problemas para su integración en intervenciones más allá de los lógicos problemas interpersonales que surgen, inevitablemente, en la convivencia diaria. Si hay problemas para mediar de manera integrativa con otras intervenciones suelen referirse a la calidad de los servicios prestados o a la insuficiencia de las intervenciones realizadas en su área local, que puede hacer aconsejable la mediación entre las personas afectas y las autoridades locales, provinciales o regionales que deberían prestar una cartera de recursos y servicios a personas mayores.

Esto lleva a que el recurso de la mediación para mejorar la comunicación entre estas personas y las intervenciones que se realizan es particularmente importante para empoderar a los usuarios, y diseñar intervenciones centradas efectivamente en los usuarios de las mismas, y no en los profesionales que las atienden.

Entre los conflictos que pueden afectar a estas personas como usuarios de intervenciones merece un puesto destacable los derivados de la adaptación de estas personas a la institución que interviene. Ésta tiene sus propias normas, y personas aisladas socialmente y/o solitarias pueden tener muchas dificultades para adaptarse a las nuevas normas, en lo que tiene de cambios necesarios en su estilo de vida. Recuérdese que las personas tipo «María» *necesitan* de estas intervenciones, pero pueden tener fuertes dificultades de adaptación a las mismas. Por ello, es importante saber comunicar estas normas internas de funcionamiento, que provocan el rechazo de estos usuarios. Estos problemas de adaptación no son tan agudos en los tipos sociales examinados anteriormente: Randolph, Theresa y Eleni, pues por su estado de salud o por su edad no tienen las problemáticas tan agudas que tienen los tipos María, Procolo y Jacqueline. Aquí si no hay adaptación hay un empeoramiento significativo, que puede tener fatales consecuencias.

IV.7.5. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «PROCOLO» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

En el epígrafe IV.6.5. he comentado que, a nuestro juicio, la fuente principal de los conflictos que tienen lugar entre las personas tipo «Procolo» y las actuaciones que se diseñan para ellos son los derivados de su autonomía/dependencia. Ellos, que no sufren deterioro cognitivo, aunque sí físico, y con suma frecuencia también emocional (pues la gravedad de sus patologías no es plato que a nadie guste), pueden habitar con relativa facilidad en sus hogares unipersonales (frecuentemente por divorcio, separación o soltería) y no por viudez (por la edad de los Procolo). Como lo hacen, y tienen pleno uso y dominio de sus facultades mentales, suelen presentar conflictos ante las recomendaciones, las invasiones de la intimidad, la dilación, retraso o necesidad de cambio de sus deseos, decisiones y resoluciones, etc. Y esto puede acontecer por no haber sabido comunicar adecuadamente la recomendación o prescripción, por actuar precipitadamente, sin considerar los gustos, preferencias y decisiones de la otra persona en lo que concierne a sus hábitos, costumbres, la disposición de

su hogar, su tiempo, etcétera. Aquí la mediación circular narrativa ofrece una herramienta muy útil al profesional del Trabajo Social que medie para mejorar la comunicación entre este tipo de personas y las intervenciones en las que se integran. La mediación circular-narrativa está enfocada a la modificación de la percepción, de la mirada que lanzamos al mundo, a los otros o a nosotros mismos. A la legitimación de las percepciones que cada parte tiene del conflicto y del otro.

IV.7.6. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN CON EL TIPO IDEAL «JACQUELINE» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Las intervenciones con personas tipo «Jacqueline» pueden verse muy beneficiadas por el uso de la mediación por parte de profesionales del Trabajo Social, con la finalidad de mejorar la comunicación entre el personal de esas intervenciones, las personas mayores a las que atienden y sus familias. El desamparo concomitante a una edad muy avanzada en la que se ha ingresado con dependencia severa o grave, hace que estas personas, como dijimos, se apoyen ante todo en las personas con las que siempre han contado. Con frecuencia, prefieren —llegan a exigir— que sean sus familiares quienes los asistan. Por ejemplo, curando sus escaras o úlceras, cambiándolos o duchándolos, etcétera. Por diversos motivos pueden vivir como una intromisión en su intimidad la actuación de los profesionales de esas intervenciones. Por todo ello, se puede recurrir a la mediación circular, para legitimar el relato de estos profesionales, o para que estos perciban la legitimidad de las pretensiones de las personas a las que atienden. Se trata de un servicio especialmente importante para miles de familias, que no pueden hacerse cargo de la atención que requieren sus mayores, aunque sea simplemente porque no están cualificados ni preparados para ello. Legitimar a estos profesionales ante el mayor es una tarea muy necesaria socialmente, e imprescindible para el éxito de las intervenciones con las personas tipo «Jacqueline».

IV.8. TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON LOS TIPOS IDEALES WEBERIANOS DE PERSONAS MAYORES.

IV.8.1. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «RANDOLPH» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

El tipo «Randolph» en situación de aislamiento social y/o soledad puede haber llegado a esos extremos por ruptura de vínculos con otros significativos como algunos familiares. No resulta infrecuente que personas divorciadas no se traten con sus hijos, o que el ritmo de la vida contemporánea impida el trato frecuente y asiduo de sus hijos con estos mayores. También sucede que el buen estado general de salud, a diferentes niveles, de las personas tipo «Randolph» haga que las instituciones se «olviden» de atenderlos adecuadamente cuando viven aislados. Este olvido puede deberse simplemente a que los programas se destinan a mayores con problemáticas de salud o derivadas de la edad, que no tienen los «Randolph». En todos estos casos la mediación puede ayudar significativamente a la transformación de las relaciones entre los responsables de las iniciativas y programas

institucionalizados y los tipos «Randolph». También se podría acometer una mediación profesional entre estos y sus familiares, pero este no es el tema de nuestra investigación doctoral. En sendos casos el profesional del Trabajo Social encontrará en el modelo transformativo de Bush y Folger una herramienta muy idónea.

Este modelo de mediación es especialmente importante para la legitimación de las iniciativas promovidas institucionalmente, y por ello las del consorcio de la Unión Europea. Pues la mediación transformativa, como dijimos, es especialmente sensible a la revalorización y reconocimiento del otro. El trabajador social puede incidir sobre los «olvidos» que las políticas sociales pueden sufrir respecto de las personas tipo «Randolph» que viven aisladas o en soledad. Su buen estado y su no muy avanzada edad suele provocar que estas iniciativas no valoren ni reconozcan como destinatarios naturales suyos a estas personas.

IV.8.2. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «THERESA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Las personas tipo «Theresa» suelen ser muy independientes. No se sienten desamparadas, sino en buen uso de sus capacidades físicas y mentales. Por ello, suele ocurrir que, si se diseñan intervenciones específicas para ellas, las intervenciones fracasen porque no se adaptan a sus gustos, sus costumbres, su sentido de la privacidad o de su espacio, o incluso pueden llegar a sentirse inútiles, porque piensan que ellas son perfectamente capaces de realizar las actividades para las que se les proporciona ayuda y no necesitan de nadie. Para que estas intervenciones tengan éxito, la ayuda de la mediación es inestimable. Si se le proporciona una ayuda a domicilio, y despiden a los asistentes que se les asignan, por ejemplo, los servicios sociales deberían recurrir a un proceso de mediación antes que inhibirse ante lo que consideran excentricidades o autosuficiencia de estas personas.

Con frecuencia las personas tipo «Theresa» en situación, no ya de aislamiento social, sino de soledad, suelen tener una historia vital surcada por algún conflicto, más o menos grave, con otros significativos. En estos casos se podría establecer una mediación profesional entre ellas y los familiares que se desentienden de ellas, o a las que éstas añoran. Aquí fundamentalmente se trata de transformar esta relación dañada por los avatares existenciales. Y se trata de un tipo de mediación más urgente por la avanzada edad de las personas tipo «Theresa».

IV.8.3. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «ELENI» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

El profesional del Trabajo Social al que se recurra para que medie con una persona tipo «Eleni» a fin de que acepte una intervención, la use, disfrute, y se beneficie de ella, puede usar muy bien de la mediación transformativa para *mejorar las relaciones entre los «Eleni» y el personal, profesional o voluntario, que implementa estas intervenciones*. Si en los «Eleni» se da una negación de la necesidad de la intervención, y además es operativa una

fuerte resistencia a admitir cambios en sus vidas, parece lógico que pueden sentir las intervenciones como imposiciones de sus familias, que aún no necesitan, o que sienten como violentas porque les hacen pensar en una condición senil que no ven en sí mismos. Se trata de un fenómeno muy estudiado por la mediación transformativa, sujetos que no se abren a la iniciativa ajena, a los otros, que están centrados en sí mismos, ensimismados.

IV.8.4. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «MARÍA» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Aconsejo al profesional del Trabajo Social el recurso a la mediación transformativa con determinados conflictos que se producen con las personas que podemos englobar bajo el tipo «María». Debido a su avanzada edad y a su precario estado de salud, el personal técnico encargado de algunas intervenciones puede sufrir cierto colapso por cansancio, o síndrome de *burn-out*. Entonces hay que transformar estas relaciones usuario-cuidador, pues no es aconsejable el cambio constante de cuidador.

IV.8.5. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «PROCOLO» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Como hemos comentado en los epígrafes IV.6.5 y IV.7.5, las personas que podemos englobar bajo el tipo ideal «Procolo» necesitan realizar un pacto con su posible y creciente pérdida de autonomía. El solo hecho de estar afectado de una grave dolencia cardíaca o un cáncer aleja a estas personas de la autonomía que tenían o que les correspondería si hubieran ingresado en la tercera edad sin esas dolencias. Pero pactar con la propia finitud, aceptarse a uno mismo, y aceptar la pérdida de autonomía son asuntos muy difíciles en la vida. Esto implica la necesidad de cierta transformación de la actitud de esa persona para consigo mismo, y también de las actitudes hacia los otros. Las personas tipo «Procolo» se encuentran en la difícil tesitura de vivir autónomamente, pero teniendo que hacer crecientes concesiones en su modo y estilo de vida. Este rasgo que se da en todas las personas por el simple hecho de hacerse mayores, en los Procolo es determinante, y quizá más agudo y difícil que en ninguno de los otros tipos sociales que estamos examinando. Por ello, porque las relaciones con los demás, las actitudes hacia ellos, y las expectativas que tienen para con ellos son diferentes, pueden beneficiarse mucho de un estilo de mediación cuya finalidad sea la transformación de las relaciones: es decir el modelo transformativo de Bush y Folger.

IV.8.6. MEDIACIÓN PARA MEJORA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL TIPO IDEAL «JACQUELINE» EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

Las personas tipo «Jacqueline» que habitan hogares unipersonales se encuentran en un gran riesgo vital. Ya comentamos que es frecuente que los bomberos o la policía encuentren sus cadáveres, por avisos de vecinos que notan una ausencia prolongada o los efectos de la descomposición del cadáver. Precisamente porque estas personas pueden tener la voluntad de seguir viviendo solas, se puede hacer necesario recurrir a la mediación entre

los profesionales encargados de centros residenciales y los mayores que no desean vivir en estos centros, o tienen dificultades que les hacen penosas estas intervenciones. La transformación de estas relaciones entre el mayor y la institución es muy importante, porque le es suficiente un acto de su voluntad para abandonar la actuación, que le es de vital importancia dado el estado de las personas tipo «Jacqueline». Se trata de una finalidad propia de la mediación transformativa, el reconocimiento del otro, en este caso de la iniciativa que se le ofrece al mayor, con sus bondades, y sus limitaciones.

Concluimos ahora la primera parte de esta tesis. Una parte teórica en la que nos hemos acercado a los fenómenos del envejecimiento y al de la soledad en las últimas etapas de la vida. Hemos visto que la realidad de las personas mayores es sumamente compleja. Y para penetrar en las diferencias que separan los diferentes modos de vivenciarla, hemos acudido a una metodología de investigación social: aquella que inauguró Max Weber con sus tipos ideales. Al hacerlo, pensamos que tomamos parte en la empresa colectiva del saber y la investigación que muchas instituciones de la Unión Europea están acometiendo para acercarse diferenciada y matizadamente al fenómeno del envejecimiento. Al menos hay seis tipos diferentes de vivenciar el proceso del envejecimiento. Seis tipos que están en función de las variables edad y estado de salud. Pensamos que la intervención con estos seis tipos ideales de personas ha de ejercerse diferenciadamente. Que si no se hace así entonces advienen una serie de efectos perversos que pueden afectar a las intervenciones. Como toda intervención al ejecutarse va a presentar ineludiblemente conflictos, pensamos que los profesionales del Trabajo Social, pueden mediar para su resolución. Pero que esta mediación ha de ser diferenciada según los tipos de personas a las que se dirijan. Por otra parte, hemos estudiado las intervenciones que van a ser objeto preferente de las políticas sociales de la Unión Europea. El desarrollo de estas intervenciones también presentará, ineludiblemente, conflictos con sus usuarios o derivados de su implementación.

En la parte empírica de esta tesis vamos a estudiar un caso concreto de intervenciones con mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Son las realizadas por la Cruz Roja de Aragón durante el año 2019. Vamos a estudiar su desarrollo, su alcance y sus límites, los conflictos que se presentaron o que podían haberse presentado, y vamos a investigar la idoneidad de las técnicas de mediación ejercidas por profesionales del Trabajo Social para la implementación y éxito de esas intervenciones.

SEGUNDA PARTE: PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO V. LA CRUZ ROJA DE ARAGÓN Y LOS PROYECTOS EUROPEOS DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

V.1. LA RED CROSS EUROPEAN UNION OFFICE

Esta tesis doctoral trata sobre la integración de las prácticas de mediación con personas mayores en intervenciones promovidas por las políticas de la Unión Europea. Entre las intervenciones con personas mayores promovidas a nivel regional, estatal y europeo, las actuaciones de la Cruz Roja se encuentran entre las más extendidas en nuestro país y otros de nuestro entorno. Además, las intervenciones de esta institución cuentan con una gran solera y bagaje, es decir, con una riquísima experiencia que les ha permitido dirigir y corregir esas actuaciones. Además, la gran implantación de la Cruz Roja, y la eficacia de sus programas, les hace acreedores de una estima social que se traduce en el amplio número de voluntarios y personal del que disponen.

La Cruz Roja tiene una oficina en la Unión Europea: la *Red Cross EU Office*, que representa ante las autoridades y cuerpos legislativos y ejecutivos de la Unión Europea a 27 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja operantes en los diferentes estados que conforman la Unión, junto con la Cruz Roja Noruega, la de Islandia, y las federaciones de sociedades de la Cruz Roja y la Luna Creciente.

La Cruz Roja instituyó su Oficina en la Unión Europea con la finalidad de «ayudar a coordinar las relaciones entre sus asociados y las instancias decisorias, así como los grupos de intereses, de la Unión Europea, compartiendo su dilatada experiencia y su competencia para apoyar a las personas y comunidades vulnerables dentro y fuera de la Unión Europea» (Red Cross Eu Office, s.f.). Así pues, las estrategias de ayuda de las diferentes sociedades nacionales de la Cruz Roja en territorio europeo, las decisiones sobre las intervenciones a realizar, y los esfuerzos por implementarlas y consolidarlas no están disociadas de las estrategias y decisiones políticas de los 27.

Las intervenciones de la Cruz Roja son especialmente importantes en el territorio europeo. No en vano, la Cruz Roja es la red de ayuda humanitaria más grande del planeta Tierra. Como señalan en la página web de su oficina en la Unión Europea, buscan «facilitar y dar voz a posiciones y recomendaciones comunes a todos los estados miembros de la Unión Europea y sus propios miembros. También escrutan los desarrollos europeos que podrían tener impacto en la labor de sus miembros y, además, los apoyan para elaborar y coordinar propuestas conjuntas para acceder a fondos europeos» (Red Cross Eu Office, s.f.). Observamos pues un alto grado de sintonización entre las políticas sociales de la Unión Europea y las intervenciones de la Cruz Roja. No sólo se trata de que (i.) las sociedades nacionales de la Cruz Roja que operan en territorio europeo deben estar sujetas a las legislaciones europeas, sino que (ii.) la Cruz Roja colabora activamente al

diseño e implementación de esas políticas sociales, y (iii.) se beneficia ampliamente, en sus proyectos, de los fondos de la Unión Europea para políticas sociales. Los temas principales —*Key Themes*— de la actividad de la Cruz Roja en el territorio europeo son:

1. La ayuda humanitaria
2. La protección civil
3. La cooperación para el desarrollo.
4. Las migraciones y el asilo
5. Los servicios sociales
6. La pobreza y la exclusión social

V.2. LA CRUZ ROJA Y SUS PROYECTOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD.

Para esta tesis doctoral son especialmente de interés los temas 5 y 6: los servicios sociales que presta la Cruz Roja y las intervenciones dirigidas a combatir la pobreza y la exclusión social. Respecto a los servicios sociales, la Cruz Roja tiene como principios guías de sus prestaciones de servicios sociales: «responder a las necesidades de los grupos de personas vulnerables, aliviando el sufrimiento humano, y ayudando a las personas a vivir con dignidad y buena salud física y mental» (Red Cross Office, s.f.) . En esta investigación doctoral también he tratado de un grupo de personas vulnerables y sufrientes: las que están de lleno en el proceso de envejecimiento, particularmente las que sufren enfermedades crónicas en distintos grados. Además, he atendido a dos condiciones que pueden considerarse fuentes de sufrimiento: el aislamiento social y la soledad. Y el objetivo final de esta investigación es el mismo que el que guía las prestaciones de servicios sociales de la Cruz Roja: contribuir al envejecimiento saludable de las personas europeas, explorando las virtualidades de la mediación para resolver los conflictos que surgen con motivo de la implementación de intervenciones. En este caso, algunas de las llevadas a cabo por la Cruz Roja.

Soy consciente de los límites de mi investigación. Exploro una pequeña parcela de las virtualidades de la mediación —por la que se integra en otras intervenciones sociales. Además, estas intervenciones no son todas las que pueden llevarse a cabo con las personas mayores, sino las relacionadas con el envejecimiento activo y saludable —*active and healthy aging*—. Y, por último, exploro únicamente los conflictos que surgen entre estas intervenciones sociales, diseñadas, pilotadas y financiadas por la Unión Europea, con personas en situación de aislamiento social y/o soledad. Por supuesto, la mediación ofrece un conjunto de herramientas que pueden ser aplicadas a muchas otras situaciones e intervenciones sociales. Pero, me parece legítimo, útil y necesario centrar la atención de esta investigación en aquellas intervenciones hacia las que se están dirigiendo las inversiones en materia social a nivel europeo, intentando determinar los desafíos a los que se enfrentan estas intervenciones con mayores, y ayudando a las organizaciones prestatarias de estos servicios y a los mayores que habitan hogares unipersonales y/o se sienten solas, y que son objeto de sus cuidados. Entre estas organizaciones, las que no tienen ánimo de lucro —como la Cruz Roja— merecen un alto grado de estima, que se traduce en la ayuda que la investigación académica puede prestarles.

V.3. LOS PROYECTOS REGIONALES DE LA CRUZ ROJA CON PERSONAS MAYORES: LA CRUZ ROJA DE ARAGÓN

Entre los proyectos que elaboran las diferentes sociedades nacionales de la Cruz Roja, y que concurren a la financiación europea también los hay relacionados con el Consorcio de Innovación Europeo para el Envejecimiento Activo y Saludable — *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*—. En España la Cruz Roja ha formado parte del *Partnership for Innovation* en el principado de Asturias (Health Technology Evaluation Agency) . El Gobierno del Principado de Asturias formó un consorcio en el que entraba junto con la Cruz Roja Asturiana, dos centros tecnológicos: la fundación para la promoción de la investigación científica aplicada y la tecnología en Asturias y el *cluster* sobre biomedicina y salud de la Universidad de Oviedo, el instituto Oftalmológico Fernández-Vega, y el Centro Europeo de empresa e innovación. La finalidad de este consorcio estribaba en responder efectivamente a la pregunta por «cómo hacer el mejor uso de las iniciativas y programas europeos para hacer frente a las consecuencias socioeconómicas de los cambios demográficos, en particular el de una población que envejece, fenómeno muy notable en Asturias (más del 22% de la población tiene más de 65 años) (*Ibidem*).»

En la comunidad autónoma de Aragón, el Consorcio Europeo tiene como uno de sus socios al *Sector Sanitario de Barbastro* en Huesca. Se trata de una de las organizaciones locales y regionales que fueron acreditadas como *reference sites* en 2019. El Sector Sanitario de Barbastro aglutina a los centros de salud de Abiego, Aínsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binéfar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Mequinenza, Monzón Rural, Monzón Urbano y Tamarite de Litera, los Centros de Especialidades C.M.E. Monzón y C.M.E. Fraga, al Hospital de Barbastro, a la Unidad de Salud Mental de Barbastro y la Unidad de Salud Mental de Monzón. «Su influencia se extiende en una zona geográfica de 8500 km², habitados por algo más de 110.000 personas. Se trata de una zona muy extensa, de escasa población y porcentaje de mayores de 65 años del 21,7%, superior al de Aragón y al de España» (Servicio Aragonés de Salud.) . Un área geográfica tan extensa, y tan poco poblada, implica que los problemas de aislamiento social y/o soledad se agudizan en extremo. Se trata pues de un banco de pruebas especialmente idóneo para comprobar la efectividad de las políticas implementadas a nivel europeo para promover un envejecimiento activo y saludable.

El mapa sanitario de Aragón está distribuido en ocho sectores. Cada uno de ellos posee una red de centros de atención primaria, especializada, sociosanitaria y salud mental. Los ocho sectores son:

1. Sector Sanitario Alcañiz.
2. Sector Sanitario Barbastro.
3. Sector Sanitario Calatayud.
4. Sector Sanitario Huesca.
5. Sector Sanitario Teruel.
6. Sector Sanitario Zaragoza I.
7. Sector Sanitario Zaragoza II.
8. Sector Sanitario Zaragoza III.

V.4. LA CRUZ ROJA DE ARAGÓN Y SUS INTERVENCIONES CON PERSONAS MAYORES

En el año 2019, la Cruz Roja de Huesca atendió a un total de 4.791 personas mayores (Cruz Roja Española Huesca). Las intervenciones que realizaron con ellas tenían como objetivos: «disminuir la soledad y aislamiento de los usuarios, contribuir al mantenimiento de la autonomía personal y la independencia, mejorar la calidad de vida de los usuarios y de sus familias y mantener a las personas en su entorno socio-comunitario» (*Ibidem.*). Estas intervenciones fueron las siguientes:

1. Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas.
2. Ayuda a domicilio complementaria.
3. Centro de día para personas mayores.
4. Promoción del envejecimiento saludable (salud constante)
5. Red social para personas mayores *enred@te*

Se trata de intervenciones realizadas por la *Cruz Roja Española de Aragón*, insertas en el *Programa de interés social financiado con cargo a la asignación tributaria del IRPF*. A cada una de estas intervenciones se le asignó un código. Estos son los siguientes

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	CÓDIGO DEL PROGRAMA
Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas	2017/0129/009
Ayuda a domicilio complementaria.	2017/0129/010
Centro de día para personas mayores	2017/0129/011
Promoción del envejecimiento saludable (salud constante)	2017/0129/012
Red social para personas mayores <i>enred@te</i>	2017/0129/013

Tabla 12. Programas de la Cruz Roja de Aragón con personas mayores

Como vemos, se trata de intervenciones que caen de lleno en el ámbito de actuaciones o intervenciones que la Unión Europea está promoviendo con su *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*. Por ejemplo, el proyecto de «Ayuda a domicilio complementaria» entra de lleno en las intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad. La «Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas» es un proyecto que intenta solventar las necesidades relativas a la asistencia en la vida cotidiana de las personas ancianas con deterioro cognitivo.

Las relaciones entre los proyectos llevados a cabo por la Cruz Roja en Aragón y las intervenciones que la Unión Europea está realizando pueden observarse con claridad en la siguiente tabla.

PROYECTOS CRUZ ROJA ESPAÑOLA DE ARAGÓN	INTERVENCIONES BUSCADAS POR EL <i>EUROPEAN INNOVATION PARTNERSHIP ON ACTIVE AND HEALTHY AGING</i>
Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas	Necesidades e intervenciones relativas a la asistencia en la vida cotidiana de las personas ancianas con deterioro cognitivo
Ayuda a domicilio complementaria	<p>a) Necesidades e intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad.</p> <p>b) Necesidades e intervenciones relativas a las prescripciones y recomendaciones sanitarias</p> <p>c) Necesidades e intervenciones para la gestión personal e institucional de la multimorbilidad.</p> <p>d) Necesidades e intervenciones relativas a la gestión integral de los cuidados y de las enfermedades crónicas.</p> <p>e) Necesidades e intervenciones relativas a la gestión personalizada de la salud y la prevención de las caídas.</p>
Centro de día para personas mayores	<p>a) Necesidades e intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad.</p> <p>b) Necesidades e intervenciones relativas a las prescripciones y recomendaciones sanitarias</p> <p>c) Necesidades e intervenciones para la gestión personal e institucional de la multimorbilidad.</p> <p>d) Necesidades e intervenciones relativas a la gestión integral de los cuidados y de las enfermedades crónicas.</p> <p>e) Necesidades e intervenciones relativas a la gestión personalizada de la salud y la prevención de las caídas.</p> <p>f) Necesidades e intervenciones arquitectónicas y de urbanismo de las personas mayores: edificios, ciudades y ambientes <i>age-friendly</i>.</p>

Promoción del envejecimiento saludable (salud constante)	a) Necesidades e intervenciones relativas a la gestión personalizada de la salud y la prevención de las caídas b) Necesidades e intervenciones relativas a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad c) Necesidades e intervenciones educativas para un envejecimiento activo y saludable y nuevas necesidades de entrenamiento y protocolos para el personal sanitario. d) Necesidades e intervenciones relativas a la extensión de la vida activa e independiente y de soluciones abiertas y personalizadas
Red social para personas mayores <i>enred@te</i>	a) Necesidades e intervenciones relativas a la inclusión social de las personas mayores

Tabla 13. Comparativa entre los proyectos de la Cruz Roja de Aragón y las intervenciones buscadas por el Consorcio Europeo para la Innovación en envejecimiento activo y saludable

El programa «Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas» está dirigido a aquellos mayores de 65 años que sufren un temprano deterioro cognitivo. La razón de esto estriba en que no podrían habitar hogares unipersonales si el deterioro fuera grave o muy grave. Por ello sus destinatarios son personas dependientes en grado I, y quizá alguno en grado II. En nuestra tipología ideal serían las personas que podemos subsumir bajo los tipos «Procolo», «María» y en menor grado «Jacqueline».

El programa «Ayuda a domicilio complementaria» tiene como finalidad aquellos mayores de 65 años que tienen dificultad para realizar bien las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se trata de aquellas personas que podemos subsumir bajo los tipos ideales «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».

La Cruz Roja Española en su proyecto «Centro de día para mayores» tiene como sujetos diana a los mayores que tienen cualquier tipo de deterioro cognitivo, en el grado en que este se encuentre. Por su deterioro, estas personas no son capaces de atender a las actividades básicas de la vida diaria por sí solos. Es decir, necesitan ayuda para levantarse y acostarse, para asearse y vestirse, para comer o pasear. En la tipología ideal que vengo usando, se trata de aquellas personas que podemos identificar como pertenecientes a los tipos «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline». Aunque se ha de comentar que hay muchas personas de estos tipos no presentan deterioro cognitivo, aunque sí tengan problemas de enfermedades crónicas, de movilidad, etcétera que les dificulten o les imposibiliten llevar a cabo las ABVD.

El programa «Promoción del envejecimiento saludable (Salud constante)» se dirige en cambio a todos los mayores de 65 años que necesitan ayuda para seguir las prescripciones y recomendaciones médicas, que quieran o necesiten seguir unos estilos de vida saludable en el proceso de envejecimiento, o que necesiten hogares *age-friendly*. Por eso, este programa está dirigido a todos los tipos ideales que contempla el *European*

Innovation Partnership on Active and Healthy Aging: «Randolph», «Theresa», «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».

Por último, el programa «Red social para personas mayores *enred@te*» tiene como finalidad combatir la soledad y/o el aislamiento social en cualquier persona mayor de 65 años. De nuevo, tiene como sujetos-diana a todas las personas que podamos incluir bajo los tipos sociales «Randolph», «Theresa», «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».

En la siguiente tabla podemos sintetizar estas correspondencias

PROGRAMA DE LA CRUZ ROJA	TIPOS IDEALES A LOS QUE VA DIRIGIDO	PERSONAS ATENDIDAS 2018	ÁMBITO TERRITORIAL
«Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas»	«Procolo», «María» y «Jacqueline».	507	<p>Ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel y en las Comarcas</p> <p>Comunidad de Teruel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo Aragón 2. Andorra- Sierra de Arcos 3. Bajo Martín 4. Matarraña, 5. Cuencas Mineras, 6. Jiloca, 7. Gúdar-Javalambre, 8. Campo de Cariñena, <p>Comunidad de Calatayud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Cinco Villas, 10. Ribera baja del Ebro, 11. Hoya de Huesca, 12. Jacetania 13. Alto Gállego.
«Ayuda a domicilio complementaria»	«Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».	1239	<p>Ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel y en las Comarcas de la Comunidad de Teruel,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo Aragón, 2. Andorra- Sierra de Arcos, 3. Bajo Martín, 4. Matarraña,

			<p>5. Cuencas Mineras, 6. Jiloca, 7. Gúdar-Javalambre, 8. Ribera Alta del Ebro, 9. Campo de Borja, 10. Campo de Cariñena,</p> <p>Comunidad de Calatayud:</p> <p>11. Cinco Villas, 12. Ribera baja del Ebro, 13. Jacetania, 14. Alto Gállego, 15. Sobrarbe, 16. Monegros, 17. Bajo Cinca, 18. Cinca Medio, 19. Somontano de Barbastro, 20. Hoya de Huesca.</p>
«Centro de día para mayores»	«Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».	49	Teruel —Calle San Miguel, n.º 3, plantas 1º y 2º—
«Promoción del envejecimiento saludable (Salud constante)»	«Randolph», «Theresa», «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».	517	<p>Comarcas de la Comunidad de Teruel:</p> <p>1. Bajo Aragón, 2. Andorra Sierra de Arcos, 3. Bajo Martín, 4. Matarraña, 5. Cuencas Mineras, 6. Jiloca, 7. Gúdar Javalambre, 8. Cinco Villas, 9. Campo de Cariñena,</p> <p>Comunidad de Calatayud:</p> <p>10. Ribera Baja del Ebro, 11. Zaragoza, 12. Hoya de Huesca, 13. Monegros, 14. La Litera, 15. Monzón, 16. Jacetania, 17. Alto Gállego</p>

			18. Somontano.
«Red social para personas mayores <i>enred@te</i> »	«Randolph», «Theresa», «Eleni», «María», «Procolo» y «Jacqueline».	1021	Las tres capitales de Provincia y las Comarcas de Somontano de Barbastro, 1. Sobrarbe, 2. Bajo Cinca, 3. Cinca Medio, 4. La Litera, 5. Ribagorza, 6. Jacetania, 7. Alto Gállego, 8. Hoya de Huesca, 9. Campo de Cariñena, Comunidad de Calatayud, 10. Cinco Villas, 11. Ribera baja del Ebro, Comunidad de Teruel, 12. Bajo Aragón, 13. Andorra-Sierra de Arcos, 14. Matarraña, 15. Bajo Martín, 16. Cuencas mineras, 17. Jiloca, 18. Gúdar-Javalambre.

Tabla 14. Sinopsis de los programas de la Cruz Roja de Aragón con personas mayores

No podemos afirmar con exactitud el número total de personas mayores que la Cruz Roja de Aragón atendió en el año 2018, puesto que una misma persona podría haber participado en más de un proyecto. En cualquier caso, el número total no podría exceder la suma de las personas atendidas en los diferentes proyectos: 3.333 personas.

Respecto del ámbito de actuación, los proyectos no se han realizado en todas las comarcas aragonesas. Esta comunidad autónoma tiene un total de 33 comarcas. La mayor parte de las intervenciones se han realizado en dos terceras partes de esta comunidad autónoma, presumiblemente, aquellas donde la Cruz Roja está mejor implantada.

Podemos observar fácilmente las actuaciones realizadas con las personas mayores por parte de la Cruz Roja de Aragón en 2018 en la siguiente figura.

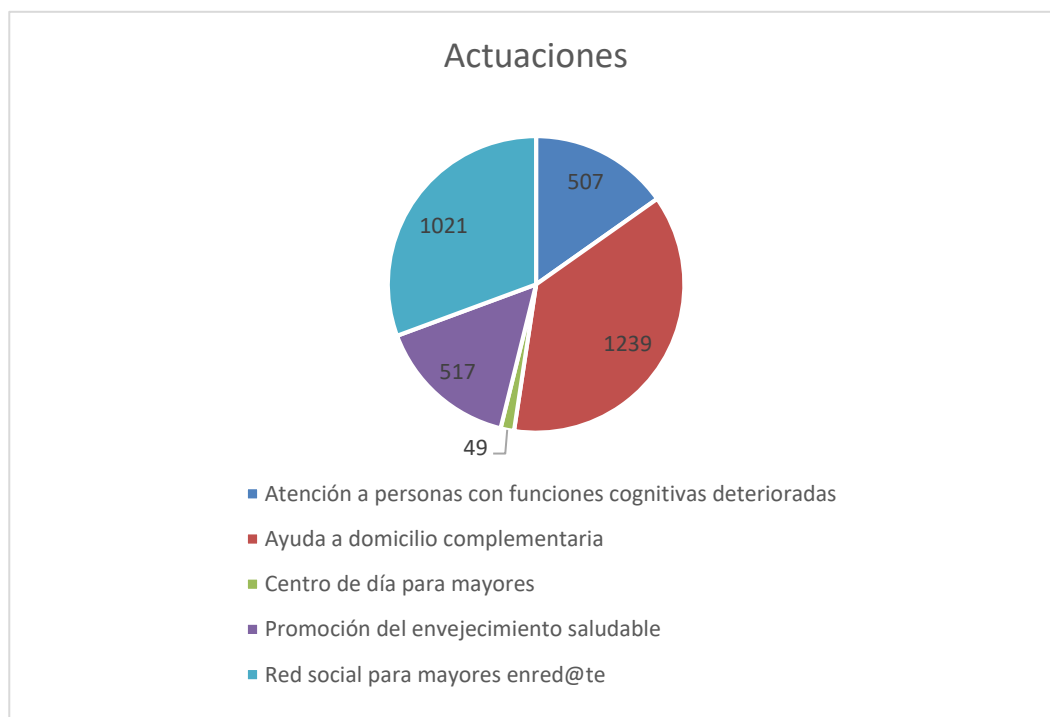


Figura 16. Tipos de intervenciones realizadas por la Cruz Roja en Aragón y porcentaje de personas con las que se ha actuado

Como vemos la intervención que han atendido a más personas es el proyecto Ayuda a domicilio complementaria, seguido por la Red social para mayores Enred@te. En cambio, el Centro de Día para mayores es la intervención que menos usuarios ha tenido. Esto es debido a que la Cruz Roja solo cuenta con un Centro de Día, el de Teruel. Las plazas de este centro de día son 33, pero si durante 2018 atendió a 49 personas, esto significa que atendió a usuarios en diferentes periodos. Las otras dos intervenciones: Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas y Promoción del envejecimiento saludable han alcanzado un número de usuarios similar y aproximadamente la mitad del que han tenido las actuaciones más numerosas.

Si tenemos en cuenta el número de comarcas en que se han realizado las diferentes actuaciones, vemos que la más implementada en los diversos territorios donde ha actuado la Cruz Roja de Aragón es también la Ayuda a domicilio complementaria. Este servicio es pues muy demandado y la Cruz Roja lo ofrece en una amplia zona de los territorios donde opera. Lo mismo sucede con la actuación «Red social para mayores “Enred@te”», que se ofrece en 21 de las comarcas donde ha actuado la Cruz Roja. Si atendemos al criterio espacial, la «Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas» constatamos que es un servicio muy demandado, pero que solo se ha ofrecido en quince comarcas. Es muy probable que haya potenciales usuarios en otras comarcas a los que no se ha podido atender. En cambio, las actuaciones para la «promoción del envejecimiento saludable» se han ofrecido en 20 comarcas y tiene un número de usuarios muy reducido proporcionalmente a la población diana a la que se dirige.

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA EMPÍRICA

VI.1. CONTEXTO JUSTIFICATIVO DEL MARCO TEMPORAL DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Los análisis estadísticos, demográficos y sociales que se han llevado a cabo en esta investigación empírica se realizaron en base a encuestas realizadas entre julio y octubre de 2019, un mes antes de la irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2.

Según la Organización Internacional de la Salud, el 1 de diciembre de ese mismo año se detectó el paciente cero en la ciudad china de Wuhan. El 16 de diciembre fueron ingresados hospitalariamente los primeros pacientes. El 30 de diciembre se lanzó la primera alerta internacional sobre el virus, y un día más tarde, las autoridades sanitarias chinas publicaron el primer mensaje oficial y los primeros datos estadísticos y de sintomatología. Un mes más tarde el virus SARS-CoV-2 se había extendido por diecinueve países, entre ellos varios europeos: el 24 de enero de 2020 se informó de casos en Francia, y el 28 de enero en Alemania.

Tres días más tarde, el 31 de enero, el ministerio de sanidad del gobierno de España informó del primer caso en nuestro territorio de COVID-19, en la Isla de la Gomera: un turista alemán. Nueve días más tarde, el 9 de febrero se informó de un segundo caso: un turista británico en Palma de Mallorca, quién dio positivo en SARS-CoV-2 tras entrar en contacto, en los Alpes, con un ciudadano francés. Cuatro días más tarde, el 13 de febrero, un vecino de la localidad valenciana de La Eliana falleció a causa del coronavirus. Fue el primer ciudadano español del que se tenga noticia en morir a causa de este virus. Apenas tres semanas más tarde, el 6 de marzo muere el primer aragonés, un hombre de 87 años. Dos días más tarde, ya se habían notificado tres muertes en el territorio aragonés. Uno de estos fallecidos, de 93 años, era usuario de una residencia donde el virus se había extendido a 13 de las personas que habitaban en ella. Ese mismo día, Salud Pública de Aragón clausura varios centros residenciales y limita las visitas externas en toda la comunidad.

El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declara oficialmente la pandemia global, y se sitúa en Europa el nuevo epicentro de ésta. Al día siguiente, el gobierno italiano decreta el confinamiento obligatorio de sus ciudadanos. El jueves 12 de marzo, el gobierno de Aragón ordenó el cierre de todos los centros educativos de esa comunidad autónoma. El 14 de marzo de 2020, el presidente del gobierno de España, Pedro Sánchez, decretó el segundo estado de alarma de la historia reciente de nuestro país. Ese día por la noche se decretó el confinamiento por cuarentena a todos los ciudadanos de nuestro país. El plan de desconfinamiento de España se anunció el 28 de abril, con diferentes fases y que afectaba desigualmente, según la evolución clínica de los casos, a los diversos territorios del país. El 6 de mayo, la comunidad de Aragón entró en la fase 1 de la desescalada, aunque solicitó que algunos territorios rurales de esa

comunidad pasasen a la fase 2. No obstante, tendría que esperarse hasta el 11 de mayo para pasar a la fase 1. El 25 de mayo Aragón pasó a la fase 2, y el 8 de junio a la fase 3.

El 21 de junio se decretó el fin del estado de alarma. Entonces se inició el periodo denominado «nueva normalidad» en todo el territorio nacional. La «nueva normalidad» exigía el uso obligatorio de la mascarilla y la distancia mínima interpersonal de 1,5 metros. La obligatoriedad de la mascarilla en espacios interiores se mantuvo hasta el miércoles, 20 de abril de 2022. En cambio, mantener la distancia de seguridad de 1,5 metros sigue siendo obligatorio a día de hoy [11 de mayo de 2022].

Estas dos medidas hacían extremadamente difícil la realización de nuevas entrevistas a nuestros mayores, máxime cuando estaban aislados o en situación de aislamiento social y/o soledad. Desde ese 21 de junio de 2020, se produjeron nuevos brotes y olas de la pandemia, lo que implicó que numerosos territorios, al constatar el incremento en casos, volvieran a fases de desescalada en la que eran posibles las restricciones. Esto afectó también a la comunidad aragonesa.

Otra consecuencia de la pandemia fue el incremento de la pobreza. Se estima que el número de pobres en el territorio nacional aumentó en más de 700.000 personas, y que una de las regiones más afectadas fue precisamente Aragón. Resulta indudable que esta epidemia ha tenido sobre nuestros mayores unos efectos devastadores, especialmente entre los mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Los efectos sanitarios, psicológicos, sociales y económicos han debido ser tremendos.

No obstante, ha sido imposible, debido a las numerosas restricciones, tanto de movilidad como de distancia social, como por las sucesivas olas de la pandemia, la regresión y evolución de fases de desescalada, y el miedo generalizado entre nuestros mayores al contacto social, volver a realizar el trabajo de campo necesario para analizar y evaluar el estado actual —aún no postpandémico— de nuestros mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Sin embargo, estimamos que esta investigación es sumamente importante pues proporciona los datos de referencia para poder comparar rigurosamente el estado actual de nuestros mayores. Investigación ésta que deseamos acometer tan pronto como sea posible.

VI.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

En virtud de la finalidad de esta investigación y en coherencia con el conocimiento adquirido reflejado en el marco teórico, en el trabajo empírico en adelante nos adentramos en el conocimiento propio, para averiguar los conflictos sociales que se presentan en las personas mayores que participan en los programas de Cruz Roja Aragón, en virtud de la comunicación social con los diferentes actores participantes que se produce en la práctica diaria. Entre estas interacciones nos interesaban las problemáticas, los conflictos con los usuarios, o dificultades no subsanables o no atendibles por las actuaciones de la Cruz Roja. Como hemos dicho, la mediación se realiza sobre conflictos, con la finalidad de resolverlos, mejorar la comunicación entre las partes o mejorar las relaciones entre ellas.

Así pues, los objetivos que se persiguen con este análisis cualitativo y cuantitativo de los datos recolectados en base a las encuestas estructuradas son los siguientes:

1. Analizar los conflictos sociales que se presentan en la gestión diaria de la intervención social con las personas mayores usuarias del servicio de Cruz Roja Aragón y como fueron vividos por sus usuarios.
2. Describir las necesidades sociales que viven los usuarios de esos proyectos y que pueden entorpecer el logro de una vida activa y saludable, porque afectan a su situación de aislamiento social y/o soledad.
3. Averiguar la magnitud de sendos tipos de conflictos, elaborando una cartografía ideal de los tipos ideales de personas mayores y los conflictos que sufren, estableciendo así relaciones entre los mismos.
4. Evaluar el potencial de la mediación como conjunto de prácticas y herramientas destinadas a la resolución de esos conflictos particulares.

VI.3. UNIVERSO Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El trabajo de campo de esta investigación se realizó entre julio y octubre de 2019. Se trataba de unas entrevistas estructuradas que se realizaron a una muestra de las personas mayores con las que la Cruz Roja de Aragón había intervenido en el año anterior. El 1 de enero de 2019, la comunidad autónoma de Aragón contaba con 1.319.291 habitantes y a 1 de enero de 2020 con 1.329.391 habitantes, Es decir, la población total de Aragón se incrementó en un año en 10.100 personas (variación absoluta). Consecuentemente la variación relativa fue de un 0,8% (Instituto Aragonés de Estadística). No obstante, y según el último censo publicado por el Instituto Aragonés de Estadística, el 1 de julio de 2021, la población total de Aragón había descendido hasta 1.313.465 habitantes. Es decir, la población se ha reducido en estos años en 15.926 habitantes. Es decir, desde el 1 de enero de 2020 al 1 de julio de 2021 la población aragonesa ha disminuido en un 1,19%, cifra mayor que el incremento que experimentó entre 2019 y 2020. Aún no sabemos si a 1 de diciembre de 2021 o a 1 de julio de 2022 la cifra habrá continuado descendiendo.⁴

Si consideramos como universo al total de personas mayores con que la Cruz Roja intervino en los programas que estamos comentando, independientemente de que la misma persona pudiese participar en varios proyectos, entonces el universo es de 3.333 personas. Esto supone, que las intervenciones de la Cruz Roja con personas mayores se hicieron sobre un 0,25% de la población total de Aragón. La muestra que se ha tomado es de 100 personas, lo que supone un 3% del universo definido por las actuaciones llevadas a cabo por la Cruz Roja de Aragón con personas mayores.

⁴ Según el comunicado del Instituto Aragonés de Estadística del 16 de diciembre de 2021, «durante la primera mitad del año 2021 Aragón disminuyó su población en 17.668 personas, un 1,33%. La provincia de Huesca aumentó en 586 personas, la provincia de Teruel disminuyó su población en 144 y la provincia de Zaragoza perdió 18.109 residentes.» Esto hace de Aragón la comunidad autónoma española que más ha decrecido poblacionalmente.

Aragón era, en el momento en que se realizó nuestra investigación, desde el punto de vista demográfico, una comunidad autónoma con fuertes desigualdades de población. La mayoría de la población habita la ciudad de Zaragoza, con un total de 681.877 personas. Es decir, el 51,68% de la población total de la Comunidad Aragonesa vive en una sola ciudad. Muy de lejos le siguen el resto de las ciudades, como puede observarse en la siguiente figura del Instituto Aragonés de Estadística:

Cifras oficiales de población a 1 de enero de 2020.

Municipios más poblados de Aragón. A 1 de enero de 2020.

Unidad: número de personas

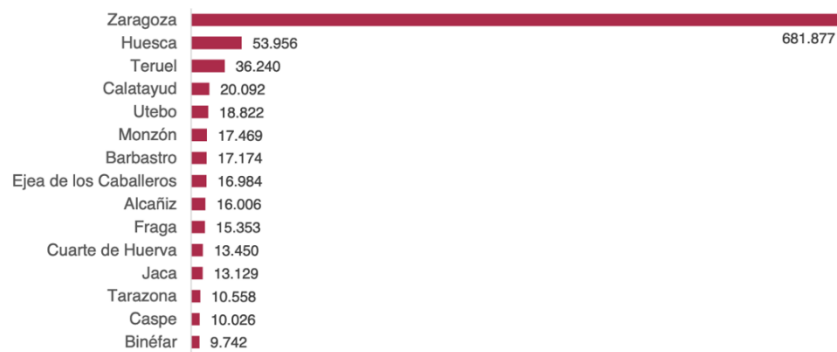


Figura 17. Distribución de la población aragonesa por ciudades. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.

Un año más tarde el Instituto Aragonés de Estadística arrojaba estos datos:

Cifras oficiales de población a 1 de enero de 2021.

Municipios más poblados de Aragón. A 1 de enero de 2021

Unidad: número de personas

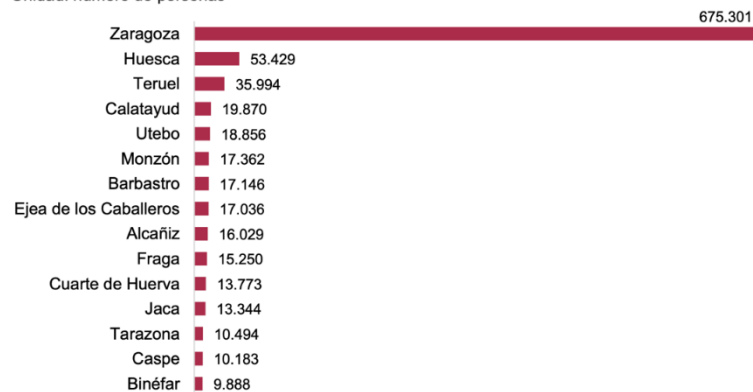


Figura 18. Municipios más poblados de Aragón. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística

La pirámide de población de Aragón era —en el momento en que se realizaron las encuestas— bastante similar a la española, con una gran franja de personas entre 40 y 54 años que se estrecha en los márgenes superior e inferior de esa franja.

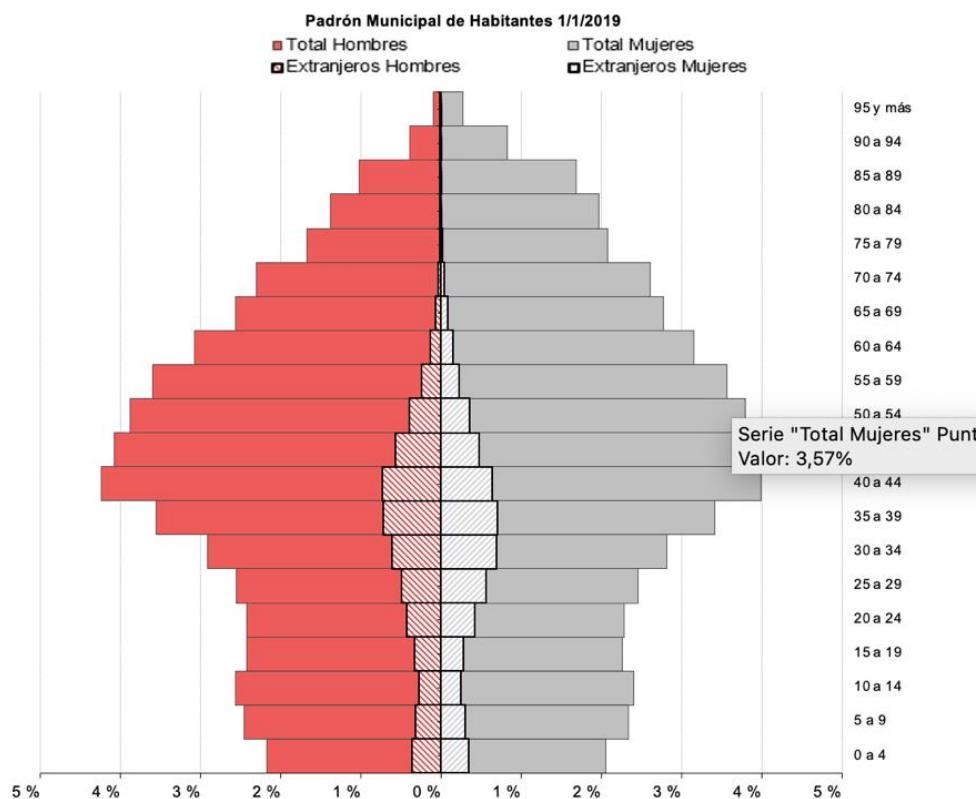


Figura 19. Pirámide de población de Aragón a comienzos de 2019. Fuente: «Pirámides de población, a 1 de enero de 2019» proporcionadas por el Gobierno de Aragón: «Padrón municipal de habitantes. Pirámides de población, Aragón» <https://www.aragon.es/-/piramides-de->

Si pasamos a cuantificar la pirámide de población obtenemos que la población mayor de 65 años en Aragón era de 285.599 personas a 1 de enero de 2019. Es decir, el 21,64% de la población aragonesa era mayor de 65 años al comenzar el año 2019.⁵

⁵ Como he comentado anteriormente, no ofrecemos las cifras ni las pirámides poblacionales ulteriores, porque falsearían el contexto demográfico de una investigación prepandémica.

Pirámides de población a 1 de enero de 2019

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2019

Elaboración. Instituto Aragonés de Estadística.

Elegir territorio

2

ARAGÓN

Total población			
Edad	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
0 a 4	55.735	28.609	27.126
5 a 9	63.300	32.422	30.878
10 a 14	65.507	33.795	31.712
15 a 19	61.725	31.913	29.812
20 a 24	62.145	31.953	30.192
25 a 29	66.122	33.604	32.518
30 a 34	75.589	38.393	37.196
35 a 39	91.929	46.828	45.101
40 a 44	108.647	55.900	52.747
45 a 49	104.834	53.771	51.063
50 a 54	101.336	51.187	50.149
55 a 59	94.610	47.455	47.155
60 a 64	82.212	40.629	41.583
65 a 69	70.434	33.876	36.558
70 a 74	64.746	30.312	34.434
75 a 79	49.567	22.112	27.455
80 a 84	44.209	18.207	26.002
85 a 89	35.707	13.403	22.304
90 a 94	16.077	5.091	10.986
95 y más	4.859	1.234	3.625
Total general	1.319.290	650.694	668.596

Tabla 15. Distribución por géneros y por edad de la población aragonesa a comienzos de 2019. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística

Si desglosamos por provincias, observamos que Huesca tiene un total de 49.497 personas mayores de 65 años (17,33% del total de personas mayores). Teruel, contaba con 32.317 (11,32%) y Zaragoza, 203.785 habitantes mayores de 65 años (71,35%). La Cruz Roja de Aragón desarrollo sus proyectos con personas mayores con 3333 personas, esto supone que intervino sobre el 1,16% de la población aragonesa mayor de 65 años.

VI.3.1 UNIDADES DE MUESTREO Y ANÁLISIS, MARCO DE LA MUESTRA Y MUESTRA

Uno de los requisitos sin los que la investigación social resulta imposible, o una mera abstracción es el muestreo. En nuestro caso, habría resultado inviable entrevistar al conjunto de personas mayores atendidas por la Cruz Roja Aragonesa, mucho menos a la población mayor de 65 años en Aragón. Hemos realizado nuestra investigación sobre una pequeña muestra de la población mayor atendida por la Cruz Roja de Aragón, y ni siquiera en todos los territorios de esta comunidad autónoma. Por todo ello, la investigación sobre esta muestra pretende extraer conclusiones sobre la posibilidad, viabilidad y necesidad de la mediación para resolver algunos conflictos que emergen en el desarrollo de las intervenciones llevadas a cabo por diferentes actores sociales para implantar las políticas de envejecimiento activo y saludable en todo el territorio de la Unión Europea. Por ello se tuvo que elegir un número de personas representativas de todo el colectivo de personas

jubiladas mayores de 65 años. Interesaba también que en la muestra estuviesen representados hombres y mujeres de la tercera y cuarta edad. Que esta muestra además representase a personas que habitan grandes ciudades, como Zaragoza, o pequeños pueblos o aldeas. En este sentido, para este estudio, se ha seleccionado una muestra de forma aleatoria para todo el territorio de Aragón, sin distinciones en la dicotomía rural/urbano. Sólo así la muestra podría reunir los atributos de la población y la distribución geográfica del conjunto de ciudadanos de este territorio. Es decir, esta muestra, pequeña —tan sólo 100 personas entrevistadas— podría ser representativa de un universo mucho mayor: el conjunto de personas mayores con las que se ha intervenido a nivel europeo en los diferentes proyectos del consorcio para el envejecimiento activo y saludable.

La muestra que se ha seleccionado la componen un total de 100 personas. Como se ha indicado hemos usado el material empírico recogido en forma de encuestas estructuradas para nuestra investigación. El error muestral que aspiramos a cometer no debe ser muy grande de forma que sea posible la extrapolación a grandes números.

La **unidad de muestreo** está formada por individuos con los que ha intervenido la Cruz Roja. Son mayores de 65 años, y han sido objetos de intervención por su calidad de personas mayores. Además, la selección fue aleatoria, permitiendo un muestreo probabilístico, dentro del marco espacio-temporal definido por la entera comunidad aragonesa y el arco de edades que van de los 65 a los 100 años (las personas mayores seleccionadas tenían 91 años). Es decir, se diseñó la encuesta atendiendo a criterios de hábitat, edad y género para que se entrevistasen aleatoriamente a personas de los dos sexos, de toda la comunidad en la que realiza sus intervenciones con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad y cubriendo todo el arco de edades.

Posteriormente de forma aleatoria se asignaron los sujetos finales de los diferentes estratos de forma proporcional a los datos del universo. Esto nos asegura la representatividad de la muestra, al determinar las cantidades adecuadas de sujetos de cada grado en la muestra final.

No consideramos en nuestra muestra individuos que hayan sido objetos de otras intervenciones de la Cruz Roja en Aragón. Sólo así, esta unidad de muestreo puede coincidir con las personas destinatarias de las políticas europeas para un envejecimiento activo y saludable. Además, hemos podido constatar que las cifras de población de Aragón son similares a las del territorio nacional en el segmento de los mayores.

La **unidad de análisis** la componen 100 individuos que habitan en 22 de las 33 comarcas aragonesas, tanto en grandes ciudades, como capitales de provincia, cabeceras de partido judicial y de comarca, como pueblos y aldeas repartidos por toda la geografía aragonesa. Todas las personas seleccionadas de los programas, cuentan con capacidades cognitivas aceptables, sin tener diagnosticada ningún tipo de demencia.

El **marco de la muestra** ha sido proporcionado por la coordinación de los programas mencionados la Cruz Roja de Aragón. Las encuestas fueron realizadas con los profesionales en los domicilios de los participantes, con una hora de duración cada una. Se han manejado los *anexos 9 a 13 de la memoria de actuación de 2018 de la Cruz Roja en Aragón*.

La distribución por sexo y edad de la muestra es la siguiente:

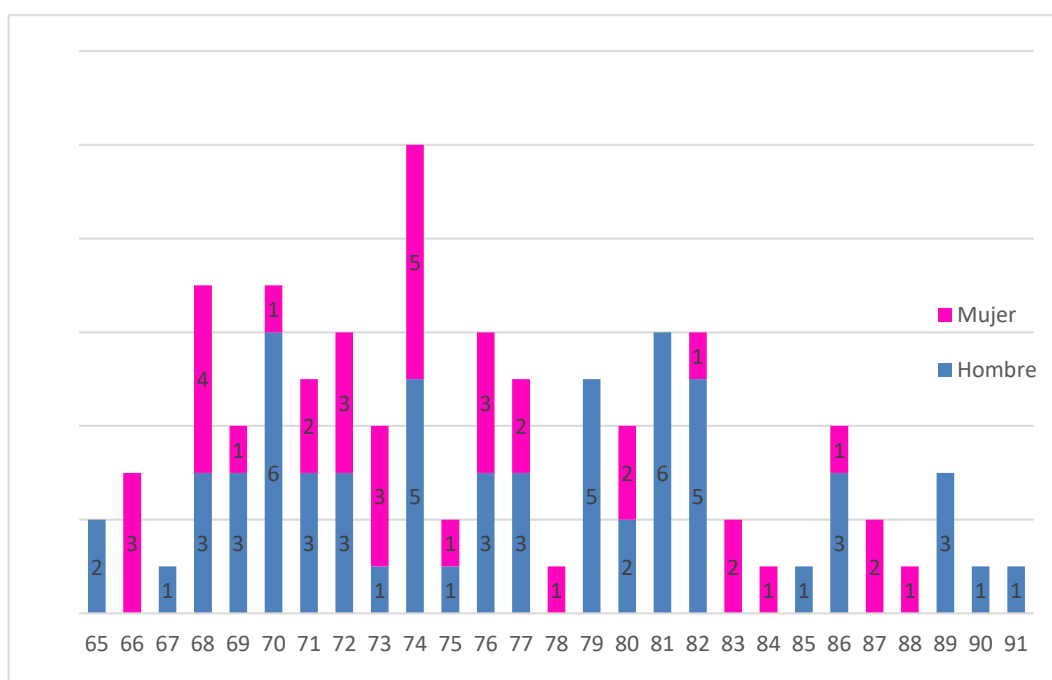


Figura 20. Distribución por género y edad de la muestra

La edad media de las personas encuestadas es de 76 años, y por ello estas ocupan preferentemente la franja entre los 68 y los 83 años. Por otra parte 68 personas encuestadas tienen menos de 80 años. Los mayores de esta edad son 32. Es decir, el 68% de la muestra lo componen personas menores de 80 años, lo que se corresponde con la elevada mortalidad que se registra en función de la edad, o con otros factores como algunas patologías neurodegenerativas o deterioro cognitivo que hiciera imposible la respuesta a las cuestiones de la encuesta. También es de destacar que el número de personas que viven solas disminuye, en nuestra muestra, muy significativamente a partir de los 78 años.

VI.3.2. ERROR MUESTRAL Y NIVEL DE CONFIANZA DE LA MUESTRA

El universo de personas con que la Cruz Roja ha intervenido en Aragón por su calidad de mayores de 65 años es una población que puede considerarse como finita. Como hemos dicho, el total de personas con que esta institución ha intervenido es tan sólo de 65 años. Este es el **tamaño de la población finita**.

Para calcular el tamaño de la muestra hemos usado la siguiente ecuación:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \left[\left(\frac{Z^2 * \frac{p(1-p)}{e^2}}{1} \right) + \left(Z^2 * \frac{p(1-p)}{e^2 N} \right) \right]$$

Ecuación 1 Tamaño de la muestra

Donde:

N = tamaño de la población. Es decir, conjunto total de personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad con los que ha intervenido la Cruz Roja de Aragón. Cada uno de los individuos seleccionados se considerarán unidades de muestreo.

No se han realizado estratos para controlar la variable género, por lo que en la muestra resultó que había más hombres que mujeres. No obstante, la elección de las unidades de muestreo ha sido completamente aleatoria.

E = margen de error (porcentaje expresado con decimales)

Z = puntuación z (Z es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción específica se aleja de la media).

La correlación entre el nivel de confianza deseado y la puntuación z se ha obtenido de la siguiente tabla.

Nivel de confianza deseado	Puntuación z
80%	1.28
85%	1.44
90%	1.65
95%	1.96
99%	2.58

p, se utiliza como una ponderación del valor aproximado del parámetro que queremos medir. Esta idea se puede obtener revisando la literatura, por estudio pilotos previos. Como no tenemos esa información, utilizaremos el valor $p = 0.5$ (50%).

Deseamos un nivel de confianza alto. Vamos a elegir un 90%.

Entonces tenemos que:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \left[\left(\frac{Z^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{e^2}}{1} \right) + \left(Z^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{e^2 * 3333} \right) \right]$$

Si deseamos, como es habitual en investigación social rigurosa, un margen de error del 95%, entonces la puntuación z ha de ser de 1,96.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \left[\left(\frac{1,96^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{e^2}}{1} \right) + \left(1,96^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{e^2 * 3333} \right) \right]$$

El valor de e que es tolerable en la comunidad científica va de 0,1 a 0,2. Nosotros elegimos que $e=0,1$. Por lo que:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \left[\left(\frac{1,96^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{0,1^2}}{1} \right) + \left(1,96^2 * \frac{0,5(1-0,5)}{0,1^2 * 3333} \right) \right]$$

De donde se calcula que el **Tamaño de la muestra= 96.0688**

Se trabajó con una muestra igual a 100 personas, y no de 96. Esto no menoscaba ni el margen de error ni el margen de error tolerable. Más aún, el margen de error se reduce, pasando de 0,1 a un $e = 0.0980147$

Como el tamaño del universo es de 3333 personas atendidas por la Cruz Roja, el número de encuestas sería de:

$$\frac{3333}{100} = 33,3$$

Es decir, 1 encuesta por cada 33 personas aproximadamente

VI.3.3. TIPO DE MUESTREO

La confección de la muestra necesaria para esta investigación se realizó aleatoria y sistemáticamente, puesto que resultaba patente el universo de la población objeto de nuestro trabajo. La Cruz Roja de Aragón ofreció el listado completo de los mayores en situación de aislamiento social y/o soledad con los que intervenía. Este listado se dividió en

Las condiciones metodológicas del muestreo fueron las siguientes:

- Grupos de edad: 65-79 años, >80 años
- Sexo: masculino, femenino
- Tipología ideal weberiana de las personas objeto: «Randolph», «Eleni», «Procolo», «Theresa», «María», «Jacqueline».
- El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio sistemático, de modo que reúna los estándares habituales de científicidad. Como ya se ha dicho anteriormente, se realizó un muestreo probabilístico, dentro del marco espacio-temporal definido por la entera comunidad aragonesa y el arco de edades que van de los 65 a los 100 años (las personas mayores seleccionadas tenían 91 años). Es decir, se diseñó la encuesta atendiendo a criterios de hábitat, edad y género para que se entrevistasen aleatoriamente a personas de los dos sexos, de toda la comunidad en la que realiza sus intervenciones con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad y cubriendo todo el arco de edades.

Posteriormente de forma aleatoria se asignaron los sujetos finales de los diferentes estratos de forma proporcional a los datos del universo. Esto nos asegura la representatividad de la muestra, al determinar las cantidades adecuadas de sujetos de cada grado en la muestra final.

- No consideramos en nuestra muestra individuos que hayan sido objetos de otras intervenciones de la Cruz Roja en Aragón. Sólo así, esta unidad de muestreo puede coincidir con las personas destinatarias de las políticas europeas para un envejecimiento activo y saludable. Según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2021, la proporción de personas de mayores de 65 en Aragón era del 21,80% mientras que la media española se situaba en el 19,77%. Es decir, se trata de una diferencia algo superior a los dos puntos porcentuales. Una población ligeramente más envejecida la aragonesa.

Con los datos que proporcionó la Cruz Roja de Aragón y que hemos explicitado más arriba en el epígrafe I.4., es imposible identificar la composición del universo en cuanto a los grupos de edad, al sexo y al tipo ideal weberiano (*blueprint personas*). En los anexos proporcionados por la Cruz Roja solo figura el número de personas con las que han intervenido en cada proyecto. El muestreo también depende de los criterios de repartición elaborados por el *European Partnership on Active and Healthy Aging* de la Unión Europea: es decir los tipos ideales que hemos explicitado en la primera parte de la investigación (la conceptual). Estos criterios de repartición de la muestra están pues decididos teórica y conceptualmente por nuestra investigación, y en última instancia por el objeto de estudio de ella: las políticas europeas sobre envejecimiento con su distinción entre diferentes tipos de personas mayores. Así, la distribución según por grupos de edad y género utilizados en esta investigación, que van disminuyendo conforme avanza la edad, como corresponde con el incremento de mortalidad en función de la edad.

VI.4. HERRAMIENTAS (CUESTIONARIO) DE ESTA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

VI.4.1. ESTRUCTURA Y ADECUACIÓN DEL CUESTIONARIO A LOS TEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se ha realizado en base a una entrevista estructurada que se ha realizado íntegramente a la muestra elegida. Se trata de un cuestionario diseñado para las características de esta investigación, para el cual se realizó una consulta previa a los profesionales técnicos de Cruz Roja para su validar su adecuación a los sujetos participantes, con un pilotaje previo. En las distintas preguntas, se destacan los aspectos significativos que la soledad de los usuarios mayores de la Cruz Roja de Aragón tiene sobre su bienestar social y sobre su calidad de vida, así como los conflictos sociales que se presentan en su día a día en situaciones de soledad.

Se trata de una entrevista estructurada con preguntas semiabiertas. Las preguntas de la 1 a la 8 y la 11 están cerradas, y las 32 restantes están abiertas, dejando en estas libertad al encuestado para responder. El peso de las preguntas semiabiertas es indicativo del carácter heurístico de esta investigación, que busca pistas sobre cómo incide la soledad en la vida de las personas mayores con las que actúa la Cruz Roja. La técnica se

ha estructurado recabando información de las siguientes secciones, que constituyen la determinación de los temas que esta investigación está tratando.

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Situación socio-familiar.
- III. Soporte social y relaciones sociales.
- IV. Necesidades sociales y calidad de vida.
- V. Conflictos sociales susceptibles de mediación.
- VI. Situaciones de soledad.

VI.4.2. ASPECTOS DE LA REALIDAD SOCIAL OBJETOS DE REGISTRO Y MEDICIÓN

Entramos en el terreno de las variables que vamos a registrar y correlacionar con nuestra investigación empírica. En sintonía con los objetivos de investigación planteados, estas variables representan *indicadores* de los conflictos experimentados por las personas mayores con las que han trabajado la Cruz Roja. Así, en la segunda parte de la investigación se pretende averiguar el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores. Así el objeto de nuestra investigación lo constituyen los problemas y conflictos que esas personas vivieron o viven en el transcurso de las intervenciones o a pesar de ellas.

Las encuestas registran tanto aspectos subjetivos como objetivos de la conducta de las personas mayores con que actúo la Cruz Roja de Aragón. Es decir, en el cuestionario hay dos tipos de preguntas: las que tratan de hechos objetivos como el género, la edad, el nivel de instrucción, etc., la frecuencia de contactos, y las que tienen que ver con valoraciones de hechos, como la relación que el entrevistado tiene con las personas que visitan su hogar, o con personas cercanas, con estados de ánimo subjetivos, valoración de la frecuencia de los contactos.

En nuestro cuestionario hay preguntas con que intentamos **clasificar la realidad social** a la que nos enfrentamos. Se trata de preguntas que denominamos «nominales o clasificatorias». De este tipo son el género, la profesión o el estado civil. En nuestra base de datos a cada respuesta específica a estas preguntas se le ha asignado un valor numérico que permite un tratamiento cuantitativo. Por ejemplo, saber el porcentaje de hombres y mujeres de la muestra, o respecto de cualquier otra pregunta. Denominamos a las variables que obtenemos con estas preguntas **variables nominales-clasificatorias**.

Hay otro tipo de preguntas con las que intentamos medir estados subjetivos de nuestros encuestados: su satisfacción con una determinada intervención, su estado habitual de ánimo, etc. Estas preguntas, aun teniendo una naturaleza cualitativa, permiten **cuantificar el grado de intensidad** de la satisfacción/insatisfacción, el estado de ánimo depresivo, la actitud subjetiva ante una determinada intervención, etc. Se trata de preguntas muy importantes en nuestro cuestionario, pues permiten graduar y cuantificar las actitudes y disposiciones de las personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad a los que van dirigidas las intervenciones, y así detectar posibles conflictos,

y posibilidad de mediación con ellos. Llamamos a las variables que obtenemos con estas preguntas **variables ordinales**.

También hay en nuestro cuestionario una serie de preguntas que tratan de **medir la realidad social objeto de nuestra investigación en sus magnitudes cuantificables inmediatamente**. Ejemplos de estas preguntas son el nivel de ingresos, el número de enfermedades crónicas padecidas, o el número de fármacos ingeridos de forma habitual y diaria. Generalmente hemos escalado las respuestas a estas preguntas según **intervalos**. Denominamos a las variables que obtenemos con estas preguntas **variables de intervalo-razón**.

La mayor parte de nuestras preguntas son abiertas. Pero como es lógico, ha sido labor nuestra la interpretación de las respuestas. Fruto de esa interpretación ha sido la elaboración de los espectros e intervalos de los que se gradúan las variables. Así, aunque la pregunta por el grado de instrucción se formuló como abierta, nuestra labor interpretativa nos ha conducido a establecer el siguiente espectro:

1. Sin estudios, no sabe leer ni escribir.
2. Sin estudios, pero sabe leer y escribir.
3. Primarios o básicos incompletos.
4. Primarios o básicos completos.
5. Secundarios (Bachiller superior o equivalente).
6. Universitarios incompletos.
7. Universitarios completos.
8. Otros.

Es decir, nuestra interpretación ha consistido principalmente en elaborar un conjunto de respuestas que recorran la totalidad del espectro posible, y que esas respuestas constituyan una serie de **categorías** que puedan usarse como variables y permitan un tratamiento estadístico.

Hay también en nuestro cuestionario una serie de preguntas que actúan como **filtros**, permitiendo un volumen de información más manejable, y sobre todo más significativo. Por ejemplo, si se pasa el filtro de la sensación subjetiva de soledad o aburrimiento, se inquiere ulteriormente por la causa o motivo de la misma.

En la encuesta estos aspectos quedan consignados en la siguiente tabla:

Pregunta formulada	Código o Escala	Tipo de información registrada	Tipo de pregunta	Tipo de medida	Tipo de análisis	Variable o indicador
P1 Género	1.Hombre 2.Mujer	Objetiva	Nominal clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V1. Género
P2 Edad	De 65 a 110	Objetiva	Ordinal	Numérica	Análisis cuantitativo	V2. Edad
P3 Nivel de instrucción o estudios máximo alcanzados	1.Sin estudios, no sabe leer ni escribir. 2.Sin estudios, pero sabe leer y escribir. 3.Primarios o básicos incompletos. 4.Primarios o básicos completos. 5.Secundarios (Bachiller superior o equivalente). 6.Universitarios incompletos. 7.Universitarios completos. 8.Otros.	Objetiva	Intervalo-razón	Numérica	Análisis cuantitativo	V3. Nivel de instrucción
P4 Estado civil	1.Soltero/a. 2.Casado/a. 3.Divorciado/a 4.Viudo/a.	Objetiva	Nominal clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V4. Estado civil
P5 Sus ingresos mensuales en la actualidad son	1.Inferiores a 300€. 2.Entre 300 y 600€. 3.Entre 600 y 1000€. 4.Superiores a 1000€. 5.NS/NC.	Objetiva	Intervalo-razón	Numérica	Análisis cuantitativo	V5. Ingresos mensuales
P6 Trabajo realizado en la vida activa	1.Trabajo no cualificado (peón, auxiliar, comercio, agricultura y ganadería, etc.). 2.Trabajo cualificado (oficial de primera, segunda, etc.).	Objetiva	Nominal clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V6. Trabajo realizado

	<p>3.Mando intermedio (capataz, jefe de equipo, encargado).</p> <p>4.Personal técnico (Diplomado, Licenciado, profesión liberal).</p> <p>5.Personal directivo.</p> <p>6.No ha trabajado nunca.</p> <p>7.Otras situaciones.</p> <p>8.Dedicación exclusiva al hogar o crianza.</p> <p>9.NS/NC</p>					
<p>P7</p> <p>¿Realiza algún trabajo fuera de casa?</p>	<p>1.Sí, ayudo a mis hijos/as.</p> <p>2.Cuidado de nietos/as.</p> <p>3.Ayuda o apoyo a familiares.</p> <p>4.Trabajo en tareas no remuneradas (campo, colaboración en el negocio familiar, tareas manuales, etc.).</p> <p>5.Tareas del hogar.</p> <p>6.Otros.</p> <p>7.No realizo ninguna actividad o tarea fuera del hogar.</p>	Objetiva	Nominal Clasificatorio	Numérica	Análisis cuantitativo	V7. Trabajo actual
<p>P8</p> <p>¿Con quién vive en su hogar?</p>	<p>1.Con su pareja sin hijos/as.</p> <p>2.Con su pareja e hijos/as.</p> <p>3.Con hijos/as solteros/as/separados o sin pareja.</p> <p>4.Con hijos/as casados/as o en pareja.</p> <p>5.Con nietos/as.</p>	Objetiva	Nominal Clasificatorio Filtro	Numérica	Análisis cuantitativo	V8 Personas con quienes se convive

	<p>6. Con hermanos/as solteros/as o viudos/as.</p> <p>7. Con hermanos/as casados.</p> <p>8. Con otros familiares.</p> <p>9. Con vecinos/as o amigos/as.</p> <p>10. Con una interna o empleado/a de hogar.</p> <p>11. Rotando en casas de familiares.</p> <p>12. Con otras personas.</p> <p>13. Vivo solo/a.</p>					
<p>p9</p> <p>¿Cómo es la relación que mantiene con las personas con quienes convive?</p>	<p>1. Excelente o muy buena.</p> <p>2. Buena.</p> <p>3. Regular.</p> <p>4. Mala.</p> <p>5. Muy mala</p> <p>6. NS/NC</p>	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo	V9 Grado de satisfacción con las personas con quienes convive
<p>P10</p> <p>a) ¿Tiene otros familiares o personas cercanas?</p>	<p>1. Sí.</p> <p>2. No.</p>	Objetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V10 Familiares cercanos
<p>P10</p> <p>b) ¿Qué familiares o personas cercanas tiene?</p>	<p>1. Hermanos/as.</p> <p>2. Hijos/as.</p> <p>3. Nietos.</p> <p>4. Sobrinos.</p> <p>5. Vecinos/as.</p> <p>6. Amigos/as.</p> <p>7. Otros.</p> <p>8. No tiene</p>	Objetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo	V11 Grado de parentesco con los familiares cercanos existentes
<p>P11</p> <p>¿Con qué frecuencia tiene contactos o visitas con</p>	<p>1. A diario.</p> <p>2. Una o dos veces por semana.</p>	Objetiva	De intervalo	Numérico	Análisis cuantitativo	V12 Frecuencia de contactos con otros

familiares o amigos durante la semana?	3. Más de dos veces por semana. 4. No tengo contactos habituales.					significativos
P12 ¿Cómo valora los contactos con estas personas?	1.Excelente o muy buena. 2.Buena. 3.Regular. 4.Mala. 5.Muy mala. 6.NS/NC	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo	V13 Valoración de los contactos con otros significativos
P13 a) ¿Se siento solo?	1.Sí. 2.No.	Subjetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V14 Sensación de soledad
P13 b) ¿Se aburre?	1.Sí. 2.No.	Subjetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V15 Sensación de aburrimiento
P14 a) ¿Ve a sus amigos o familiares con la frecuencia que le gustaría?	1.Sí. 2.No.	Subjetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V16 Grado de satisfacción con la frecuencia de contactos
P14 b) ¿Por qué no pueden verse tanto como les gustaría?	1.Lejanía (viven fuera). 2.Falta de trato o relación. 3.Mucho trabajo (motivos laborales). 4.Tienen otras obligaciones. 5.Otros.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cualitativo	V17 Causa o motivo de contactos poco frecuentes
P15 a) ¿Qué tareas realiza diariamente?	1.Tareas domésticas. 2.Talleres y asociaciones. 3.Campo. 4.Ayuda a familiares. 5.Otros.	Objetiva	Abierta	Numérica	Análisis cuantitativo	V18 Tareas cotidianas

P15 b) ¿Sale habitualmente a la calle?	1.Sí. 2.No	Objetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V19 Actividades fuera del domicilio
P15 c) Explique las tareas que realiza	Abierta	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cualitativo	V20 Tareas diarias
P16 Si no realiza actividades, tareas, o lo hace en menor medida que antes. ¿Qué ha cambiado en su vida para que esto ocurra?	1.Desánimo, desganar. 2.Cansancio, falta de fuerzas. 3.Motivos de salud (también los ligados a la edad). 4.Barreras arquitectónicas. 5.Otros.	Objetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo	V21 Causas o motivos que han alterado las tareas cotidianas
P17 a) ¿Qué tipo de actividades realiza en su tiempo libre?	1.Pasear, caminar. 2.Salir con los amigos, vecinos. 3.Ver la televisión, oír música. 4.Talleres en asociaciones (gimnasia, manualidades, talleres de memoria, etc.). 5.Viajar. 6.Voluntariado. 7.Otros.	Objetiva	Abierta	No numérica	Análisis cualitativo	V22 Actividades en el ocio.
P17 b) ¿Pertenece a alguna asociación o grupo similar?	1.Sí. 2.No.	Objetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V23 Perteneencia al tejido asociativo
P18 a) ¿Qué le gustaría hacer y no hace en su día a día?	1.Hago lo que he hecho siempre. 2.Comprar. 3.Pintar, coser, leer. 4.Pasear, salir a la calle. 5.Ver a los hijos, nietos, etc. 6.Otros.	Subjetiva	Abierta	a) No numérica	Análisis cualitativo	V24 Deseos frustrados

P18 b) ¿Por qué no puede hacer lo que le gustaría?	1.Salud o edad. 2.Carencia de infraestructuras. 3.Lejanía. 4.Carencia de familiares (viudez, hijos, etc.). 5.Otros.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cualitativo	V25 Causas o motivos de la frustración
P19 a) ¿Qué puede decirnos sobre el servicio de ayuda a domicilio y tele asistencia, que recibe?	1.Excelente o muy buena. 2.Buena. 3.Regular. 4.Mala. 5.Muy mala. 6.NS/NC.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cualitativo	V26 Grado de satisfacción con los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia
P19 b) En caso de no ser usuario de ayuda a domicilio o tele asistencia. ¿Cómo valora la ayuda que le proporciona Cruz Roja?	1.Excelente o muy buena. 2.Buena. 3.Regular. 4.Mala. 5.Muy mala. 6.NS/NC	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo	V27 Valoración de las demás intervenciones ofrecidas por la Cruz Roja de Aragón
P20 ¿Hay algún aspecto que mejoraría o que necesita?	1.No responde. Todo está bien. 2.Falta de personal. 3.Falta de medios. 4.Masificación. 5.Otros.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cualitativo	V28 Aspectos a mejorar y necesidades de intervención
P21 a) ¿Considera usted que la Administración garantiza bien sus derechos?	1.Sí. 2.No.	Subjetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V29 Opinión sobre la salvaguarda de los derechos por parte de la administración

P21 b) ¿Por qué?	1.Me deniegan las ayudas. Faltan recursos. 2.Desconfío de la administración. 3.Otros. 4.NS/NC	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo	V30 Causa o motivo de la percepción subjetiva de vulneración de derechos
P22 a) ¿Dónde preferiría vivir usted?	1.En mi casa. 2.En una residencia. 3.Con mis hijos. 4.En otro lugar.	Subjetiva	a) Clasificatoria b) Abierta	a) Numérica b) No numérica	Análisis cuantitativo	V31 Preferencia de hábitat
P22 b) ¿Por qué me gustaría vivir ahí?	1.Por libertad o independencia 2.Porque me puedo valer por mí mismo/a 3.Por los cuidados especializados que me dan. 4.Otros	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo	V32 Causa o motivo de la preferencia de hábitat
P23 ¿Ha habido cambios significativos en su vida en los últimos años?	1. Sí, por una grave enfermedad (cáncer, ictus). 2. Sí, al enviudar/divorciarme, etc. 3. Sí, cada vez soy más dependiente. 4. Sí, tengo problemas cognitivos (memoria, etc.) 5. Problemas de corazón, coronarios, etc. 6. Otros.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo Y cualitativo	V33 Percepción de cambios vitales significativos
P24 a) ¿Está satisfecho con su vida?	1.Sí. 2.No	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo	V34 Percepción subjetiva de satisfacción con la propia vida
P24 b) ¿Ha conseguido sus propósitos?	1.Sí, eran de carácter económico, no me ha faltado nada. 2.Sí, porque no me arrepiento de nada. Estoy contento/a.	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cualitativo y cuantitativo	V35 Consecución de propósitos vitales

	<p>3.No, he sido una persona maltratada por mi pareja, o he sufrido celos.</p> <p>4.No, he tenido que dedicar mi vida a cuidar a un familiar enfermo.</p> <p>5.No, no he podido tener hijos/as.</p> <p>6.Otros.</p>					
<p>P25</p> <p>¿Qué aspectos son más importantes en su vida?</p>	<p>1.Familia.</p> <p>2.Salud.</p> <p>3.Buena situación económica.</p> <p>4.Autonomía e independencia.</p> <p>5.Otros.</p>	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo	<p>V36</p> <p>Aspectos más importantes de la vida propia</p>
<p>P26</p> <p>a) ¿Tiene enfermedades crónicas?</p>	<p>1.Sí</p> <p>2.No</p>	Objetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo	<p>V37</p> <p>Existencia de enfermedades crónicas</p>
<p>P26</p> <p>b) ¿Cuáles?</p>	<p>1.Hipertensión.</p> <p>2.Colesterol.</p> <p>3.Diabetes.</p> <p>4.Ansiedad o depresión.</p> <p>5.Deterioro cognitivo (memoria, etc.)</p> <p>6.Otros</p> <p>7.Corazón.</p> <p>8.Ninguna</p>	Objetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo.	<p>V38</p> <p>Enfermedades crónicas sufridas</p>
<p>P27</p> <p>a) ¿Se encuentra satisfecho con su estado de salud?</p>	<p>1.Sí.</p> <p>2.No</p>	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo	<p>V39</p> <p>Percepción subjetiva de la satisfacción con el estado de salud</p>

P27 b) ¿Qué podría hacerse para mejorar su estado de salud?	1.No hay posibilidad alguna. 2.No tengo información sobre los proyectos para mejorar ese estado. 3.Otros. 4.Mejores tratamientos	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V40 Posibilidad es subjetivas de mejora del estado de salud
P28 a) ¿Cuántos fármacos toma diariamente?	1.Ninguno. 2.De 1 a 3. 3.De 4 a 6. 4.De 7 a 9. 5.De 10 a 12. 6.De 13 o más	Objetiva	Intervalo-razón	Numérica	Análisis cuantitativo	V41 Ingesta diaria de fármacos
P28 b) ¿Toma medicación para los nervios, la ansiedad, la depresión?	1.Sí. 2.No.	Objetiva	Clasificatoria	Numérica	Análisis cuantitativo	V42 Ingesta de psicofármacos
P29 ¿Cómo se encuentra de memoria?	1.Excelente o muy buena. 2.Buena. 3.Regular. 4.Mala. 5.Muy mala	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo	V43 Percepción subjetiva del estado de memoria
P30 a) ¿Cómo se ha sentido en los últimos cuatro meses en cuanto al estado de ánimo?	1.Feliz. 2.Cansado. 3.Deprimido o triste. 4.Otros.	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V44 Percepción subjetiva del estado anímico
P30 b) ¿Qué ha ocurrido para que se sienta así?	1.Viudedad o divorcio. 2.No tiene visitas de la familia. 3.Problemas de salud. 4.No sabe / No contesta.	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V45 Causa o motivo determinante del estado de ánimo

P31 a) ¿Cree usted que se desenvuelve bien en su domicilio y entorno?	1.Sí. 2.No.	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V46 Valoración de sus capacidades para habitar hogar unipersonal
P31 b) ¿Necesita ayuda en su vida diaria?	1.Sí, para las actividades básicas instrumentales. 2.Sí, para las actividades de la vida diaria. 3.No, no necesito ayuda	Subjetiva	Clasificatoria	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V47 Necesidad de ayuda en la vida diaria
P33 ¿Tiene miedo de alguien?	1.De que mi hijo me obligue a vivir con él. 2.De algún miembro de la institución (cuidadores, compañeros). 3.No.	Subjetiva	Clasificatoria	No Numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V48 Miedos de terceras personas
P34 ¿Cómo es la relación que usted tiene con las personas que le cuidan?	1.Excelente o muy buena. 2.Buena. 3.Regular. 4.Mala. 5.Muy mala. 6.No me cuida nadie	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo	V49 Relación con cuidadores
P35 a) ¿Está sólo/a muchas veces o mucho tiempo?	1.No me siento solo. 2.Me siento algo solo. 3.Me siento muy solo.	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V50 Frecuencia de la sensación de soledad
P35 b) ¿Cómo se siente cuando está solo?	1.Me siento bien. 2.Me siento regular. 3.Me siento mal (triste). 4.Me siento muy mal (deprimido). 5.No siento la soledad.	Subjetiva	Ordinal	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V51 Percepción de la soledad

P36 En caso de sentirse sólo. ¿Qué ha cambiado en su vida en los últimos años para que se sienta más sólo que antes?	1.Enviudado. 2.He enfermado. 3.Mis hijos se han ido de casa. 4.NS/NC.	Objetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V52 Cambios significativos relacionados con la percepción de soledad
P38 ¿Le llaman personas para salir a la calle?	1.Sí, mis vecinos/as. 2.Sí, las asociaciones, instituciones, con que colaboro. 3.Sí, mis hijos/as. 4.Sí, mis amigos/as. 5.Sí, mis cuidadores. 6.No me llama nadie.	Objetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V53 Apelación intersubjetiva para la realización de actividades fuera del hogar
P39 ¿Qué tecnologías de la información usa?	1. Teléfono fijo. 2. Teléfono móvil. 3.Ordenador (internet). 4.Redes sociales. 5.WhatsApp. 6.No utilizo esas tecnologías.	Objetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V 54 Uso de Tics
P40 ¿Sirven de ayuda los recursos que ofrecen los Servicios Sociales (Centros de día, actividades, programas, etc.)?	1.No utilizo recursos de los servicios sociales. 2.No, porque no puedo desplazarme. 3.No, porque no existen esos recursos en mi localidad. 4.Voy a las actividades para relacionarme con personas. 5.Voy a los talleres (memoria, etc.). 6.NS/NC	Subjetiva	Abierta	No numérica	Análisis cuantitativo y cualitativo	V55 Percepción de la utilidad de las intervenciones y recursos sociales

Tabla 16. Sinopsis del cuestionario utilizado en esta investigación

VI.4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La pregunta hacedera en este momento es ¿qué información de la recabada por este cuestionario interesa a nuestra investigación? ¿Cómo registrar debidamente la información que nos proporcionan las respuestas a las variables con las que interrogamos a estas cien personas? Para responder a ello vamos a operacionalizar nuestras variables, es decir vamos a proceder a analizar o descomponer las variables más abstractas en indicadores e índices que nos permitan medir el objeto de nuestra investigación. Seguimos aquí las recomendaciones de Boudon y Lazarsfeld (Boudon y Lazarsfeld, 1985).

En esta investigación inquirimos por la idoneidad de las herramientas de mediación para la resolución de los posibles conflictos que surgen en las intervenciones con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad con la finalidad de lograr una vida activa y saludable. Precisamente por ello el interés central de nuestro trabajo empírico reside en la identificación de esos problemas o conflictos que surgen en el transcurso de esas intervenciones, o no son removidos por esas intervenciones. Ese es el objetivo de esta parte empírica de esta tesis doctoral. La idoneidad de las herramientas de mediación para la resolución de determinados tipos de conflicto por parte del profesional del trabajo social ha sido tratada en la primera parte de esta investigación. La eficacia de esas herramientas no es objeto de esta investigación, tan sólo la determinación de si los conflictos que se presentan son aptos para ser tratados mediante la práctica de la mediación social ejecutada por trabajadores sociales.

Pues bien, el concepto fundamental, es el de ***conflictividad para el éxito de una intervención*** de una persona mayor en situación de aislamiento social y/o soledad con la que se interviene socialmente en tanto que mayor. Este concepto remite pues al de ***conflicto social***. Para definirlo apelamos a la autoridad de Rubin, Pruitt y Hee quienes lo hicieron del siguiente modo:

El conflicto [social] significa diferencia de intereses percibida, o una creencia (*belief*) que las partes en sus aspiraciones normales no pueden alcanzar simultáneamente (Pruitt y Rubin, 1986, pág. 5).

Esta definición de conflicto implica pues que haya diferencias entre los intereses o creencias de dos partes. Esta divergencia entra en conflicto cuando la consecución de un interés excluye al otro, o cuando una creencia margina a la otra.

Los ingredientes pues del conflicto social en el seno de una intervención destinada a mejorar la calidad de vida de personas mayores solas o aisladas son:

1. Personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad con las que se actúa.
2. La institución que interviene con esas personas mayores.
3. Las necesidades, intereses y creencias de 1 y 2 sobre la calidad de vida.

De acuerdo con estos ingredientes la existencia de un conflicto social en el éxito de las intervenciones que estamos investigando tiene las dimensiones que especifico a continuación:

a) **Dimensión sociológica del aislamiento social y/o la soledad.** Se refiere a los motivos sociodemográficos, socio-familiares, de soporte social y de relación social que pueden generar situaciones de aislamiento social y/o soledad. Son motivos como la edad, el estado civil (soltero/a, divorciado/a, viudo/a), la profesión, el nivel de formación, de ingresos, la existencia y/o calidad de las relaciones intersubjetivas, familiares, de amistad, de interacción en las tareas habituales o en el tiempo libre.

b) **Dimensión vital-subjetiva (física y psicológica) del aislamiento social y/o la soledad.** Tiene que ver con las necesidades, intereses y creencias de las personas mayores que habitan en hogares unipersonales respecto de su bienestar y calidad de vida. Se trata de aspectos como el lugar deseado de residencia, las actividades que le atraen, o sus gustos (intereses), las enfermedades físicas o psíquicas que padece, su estado anímico (necesidades), o la valoración de familiares, amigos, y relaciones y redes de soporte social (creencias).

c) **Dimensión institucional de la intervención con personas mayores aisladas socialmente y/o en soledad.** Se refiere a la efectividad y calidad *percibida* de estas intervenciones, en sus diferentes programas, para mejorar la calidad de vida y atender a las necesidades de las personas con que intervienen.

Podemos proceder pues a la selección de variables de esta compleja realidad social que podamos registrar, cuantificar (y en algunos casos meramente interpretar), y que actúen como **indicadores** de conflictos sociales en el seno de estas intervenciones. Podemos operacionalizar estas variables en la siguiente tabla.

VARIABLE GENERAL	VARIABLES INTERMEDIAS		VARIABLES INDICADORES
Conflicto social en el transcurso de una intervención con mayores	Dimensión sociológica	Dimensión socio-demográfica	V1. Género V2. Edad V3. Nivel de instrucción V4. Estado civil V5. Ingresos mensuales V6. Trabajo realizado V7. Trabajo actual V31. Preferencia de hábitat. V32. Causa o motivo de la preferencia de hábitat.

		Dimensión socio-familiar	<p>V8. Personas con quienes se convive.</p> <p>V9. Grado de satisfacción con las personas con quienes convive</p> <p>V10. Familiares cercanos</p> <p>V11. Grado de parentesco con los familiares cercanos existentes.</p>
		Dimensión de redes sociales y apoyo social	<p>V12. Frecuencia de contactos con otros significativos.</p> <p>V.13. Valoración de los contactos con otros significativos.</p> <p>V16. Grado de satisfacción con la frecuencia de contactos.</p> <p>V17. Causa o motivo de contactos poco frecuentes</p> <p>V22. Actividades de ocio y recreo.</p> <p>V23. Pertenencia al tejido asociativo</p> <p>V45.6 Valoración subjetiva de las capacidades para habitar un hogar unipersonal.</p> <p>V47. Necesidad de ayuda en la vida diaria.</p> <p>V48. Miedos de terceras personas.</p> <p>V49. Relación con cuidadores.</p> <p>V53. Apelación intersubjetiva para la realización de actividades fuera del hogar.</p> <p>V55. Percepción de la utilidad de las intervenciones y recursos sociales.</p>
	Dimensión físico-psicológica	Estado físico-psicológico	<p>V37. Existencia de enfermedades crónicas.</p> <p>V38. Enfermedades crónicas sufridas.</p> <p>V39. Percepción subjetiva de la satisfacción con el estado de salud.</p>

			<p>V40. Posibilidades subjetivas de mejora del estado de salud.</p> <p>V41. Ingesta diaria de fármacos.</p> <p>V42. Ingesta de psicofármacos.</p> <p>V43. Percepción subjetiva del estado de memoria.</p> <p>V44. Percepción subjetiva del estado anímico.</p> <p>V45. Causa o motivo determinante del estado anímico.</p> <p>V47. Necesidad de ayuda en la vida diaria.</p> <p>V48. Miedos de terceras personas.</p> <p>V49. Relación con cuidadores.</p> <p>V50. Frecuencia de la sensación de soledad.</p> <p>V51. Percepción subjetiva de la soledad.</p> <p>V52. Cambios significativos relacionados con la percepción de la soledad.</p>
		Capacidades	<p>V18. Tareas cotidianas</p> <p>V19. Actividad fuera del domicilio.</p> <p>V20. Tareas diarias.</p> <p>V21. Causas o motivos que han alterado las tareas cotidianas.</p> <p>V22. Tareas en el ocio</p> <p>V47. Necesidad de ayuda en la vida diaria.</p> <p>V54. Uso de Tics</p> <p>V55.</p>
		Intereses	<p>V22. Actividades en el ocio.</p> <p>V23. Pertenencia al tejido asociativo.</p> <p>V24. Deseos frustrados.</p>

			<p>V25. Causas o motivos de la frustración.</p> <p>V31. Preferencias de hábitat.</p> <p>V32. Causa o motivo de la preferencia de hábitat.</p> <p>V53. Apelación intersubjetiva para la realización de actividades fuera del hogar.</p>
		Necesidades	<p>V37. Existencia de enfermedades crónicas.</p> <p>V38. Enfermedades crónicas sufridas.</p> <p>V39. Percepción subjetiva de la satisfacción con el estado de salud.</p> <p>V40. Posibilidades subjetivas de mejora del estado de salud.</p> <p>V41. Ingesta diaria de fármacos.</p> <p>V42. Ingesta de psicofármacos.</p> <p>V43. Percepción subjetiva del estado de memoria.</p> <p>V44. Percepción subjetiva del estado anímico.</p> <p>V45. Causa o motivo determinante del estado anímico.</p> <p>V47. Necesidad de ayuda en la vida diaria.</p>
		Creencias	<p>V48. Miedos de terceras personas.</p> <p>V50. Frecuencia de la sensación de soledad.</p> <p>V51. Percepción subjetiva de la soledad.</p>
	Dimensión institucional	<p>V23. Pertenencia al tejido asociativo.</p> <p>V26. Grado de satisfacción con los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia.</p> <p>V27. Valoración de las demás intervenciones ofrecidas por la Cruz Roja de Aragón.</p> <p>V28. Aspectos a mejorar y necesidades de intervención</p>	

		<p>V29. Opinión sobre la salvaguarda de los derechos por parte de la Administración.</p> <p>V30. Causa o motivo de la percepción subjetiva de vulneración de derechos.</p> <p>V47. Necesidad de ayuda en la vida diaria.</p> <p>V48. Miedos de terceras personas.</p> <p>V49. Relación con cuidadores.</p> <p>V55. Percepción de la utilidad de las intervenciones y recursos sociales.</p>
--	--	---

Tabla 17. Variables generales, intermedias e indicadores utilizados en esta investigación

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS DIFICULTADES Y CONFLICTOS SURGIDOS EN EL CURSO DE INTERVENCIONES CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL Y/O SOLEDAD

VII.1. VARIABLES E INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICAS

Como hemos dicho esta investigación se ha realizado sobre una muestra de cien personas que participaron en los diferentes programas que la Cruz Roja realiza en Aragón con personas mayores. La única condición que puso el investigador estribaba en que viviesen solos, o acompañados de alguna persona interna, no por familiares o personas cercanas y disponer de las capacidades cognitivas suficientes para la comprensión de las preguntas. En esta muestra resultó que 39 eran mujeres y 61 eran varones. Esta distribución se debe a que la mayoría de los usuarios de estos programas (universo) son varones. En la figura siguiente se representan los datos de la razón de género:

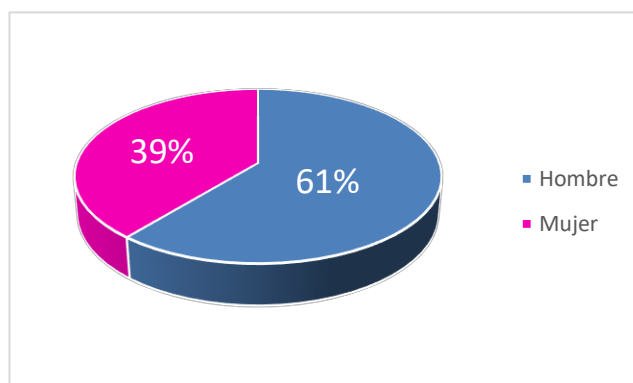


Figura 21. Representación figura de la composición de la muestra por género

En lo que toca a la distribución por edades de la muestra, se observa en cambio una rica presencia de la tercera y la cuarta edad. El 49 % de la muestra tiene entre 65 y 74 años, y el 51% restante entre los 75 y los 91 años. Por tanto, existe una equidad en cuanto a la distribución de los grupos de tercera y cuarta edad.

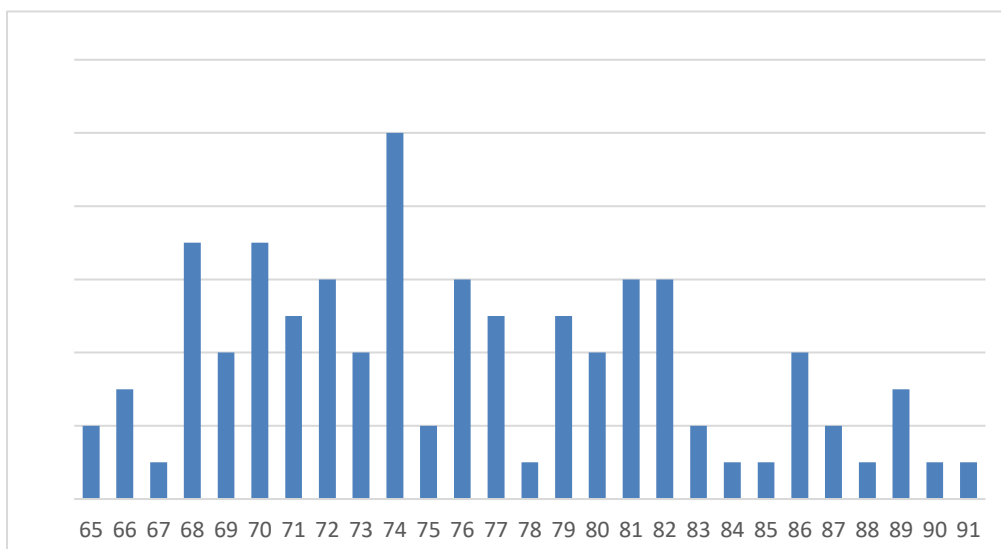


Figura 22. Distribución por edades de la muestra

Si ahora combinamos en una figura la distribución por edades, con los géneros que tienen obtenemos la siguiente figura.

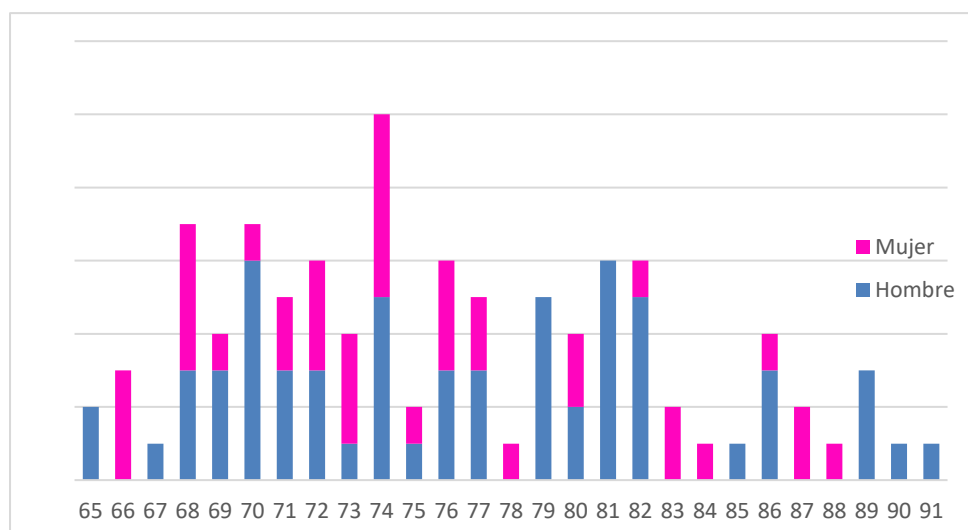


Figura 23. Distribución por género y edad de la muestra

Es preciso tener en cuenta la condición general que se puso a la selección de encuestados: vivir solos o asistidos por alguien que no sea familiar ni allegado. Esta muestra parece indicar pues, que los varones suelen afrontar, proporcionalmente, los últimos años de vida en soledad. Es muy probable que las mujeres busquen vínculos intersubjetivos y atención en instituciones residenciales, etc. En cualquier caso, sorprende que, dada la mayor esperanza de vida de la mujer sobre los varones, sin embargo, sean más los hombres que viven solos al final de sus días que las mujeres que lo hacen. Otro factor que podría explicar esta anomalía puede deberse a que la mayoría de la población encuestada ha trabajado en el campo, y tiene una fortaleza física mayor que la de los habitantes de la ciudad. Por último, es preciso considerar el hecho de que la Cruz Roja de Aragón atienda a más varones de edad avanzada que a mujeres por la situación problemática en que estos viven.

Entre los factores que acabamos de mencionar, hemos hecho referencia al trabajo realizado por la mayoría de los encuestados. Este hecho está en correlación con la formación recibida. En la siguiente figura se aprecia que el 19% no ha completado la enseñanza primaria, y que el 43% solo logró terminar este nivel educativo. Sólo hay un 2% de personas analfabetas, pero hay que sumarle un 7% de personas que no habiendo estudiado al menos sabe leer y escribir. Esto supone que el 71% de los encuestados tiene como mucho un nivel de formación equivalente a la enseñanza primaria. Se trata de un porcentaje muy alarmante, que hunde sus raíces en el contexto histórico-cultural de la infancia de estas personas. Este hecho es muy importante para el éxito de determinadas intervenciones. Es muy difícil que estas personas puedan seguir las recomendaciones y prescripciones médicas, que puedan usar para comunicarse e interactuar las nuevas tecnologías, etcétera.

Pero, por otro lado, existe un porcentaje significativo de universitarios por encima de la media en esa generación (12%), hecho que puede deberse a la presencia en la muestra de habitantes de las grandes ciudades aragonesas. Lo visualizamos a continuación en la figura:

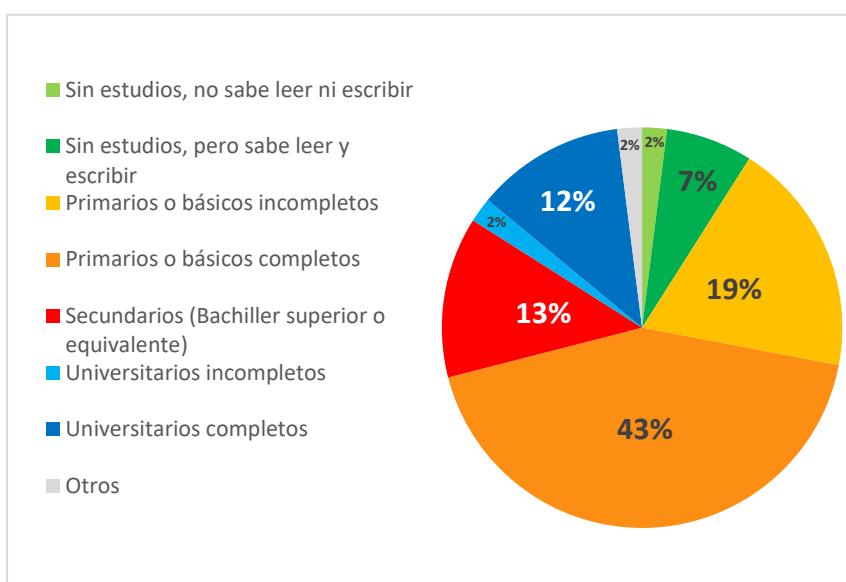


Figura 24. Distribución de la muestra por nivel de estudios

Si ahora combinamos el nivel de instrucción con el género, entonces observamos que entre las mujeres se incrementa significativamente el número de personas con menor nivel educativo. Este hecho hay que conjugarlo con que la muestra la proporción de mujeres es significativamente menor que el de varones. En la figura siguiente el anillo externo representa las mujeres; el interno, los varones. El 3% de las mujeres es analfabeta, frente al 2% de hombres. El 21% de las mujeres no ha completado la formación primaria frente al 18% de los hombres. El 46% de las mujeres solo tiene estudios primarios, frente al 41% de varones. La diferencia se incrementa en los estudios medios, en los que los hombres doblan a las mujeres. En cambio, la formación universitaria es más o menos equivalente, aunque un 3% de los hombres no lograron licenciarse en la enseñanza superior. Un hecho significativo es que un 5% de las mujeres tienen otro tipo de formación, no reglada, pero que probablemente les ha permitido un tipo de vida no

accesible a los varones. Por ejemplo, formación profesional tipo corte y confección, peluquería, etcétera. Se observa pues cierto grado de desigualdad en la formación de hombres y mujeres, muy probablemente debida también a razones socio-culturales de la época en que nacieron y desarrollaron su vida activa.

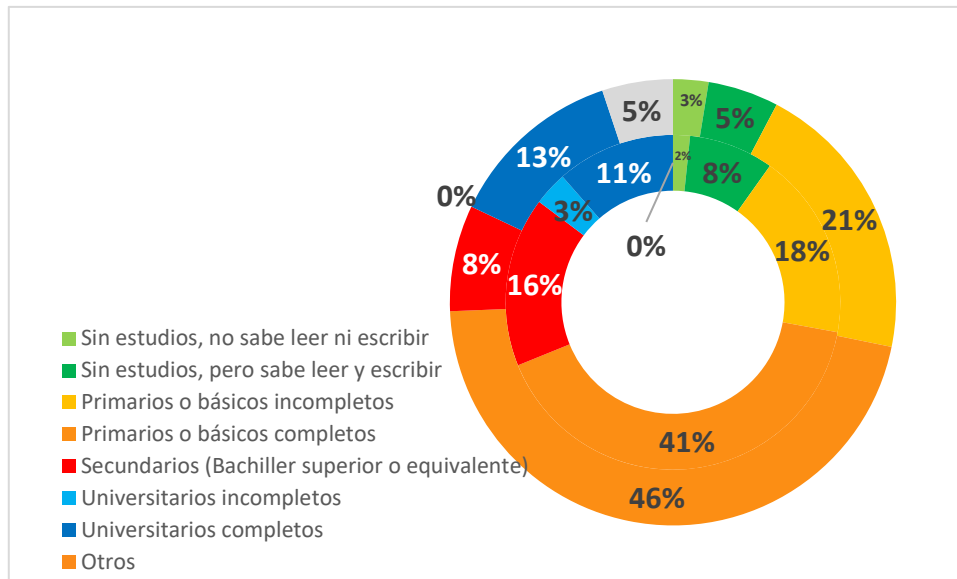


Figura 25. Nivel de instrucción por género (I)

En la siguiente figura podemos observar los mismos hechos, pero distribuidos por columnas. Representación ésta que quizá añade claridad a los datos que estamos analizando.

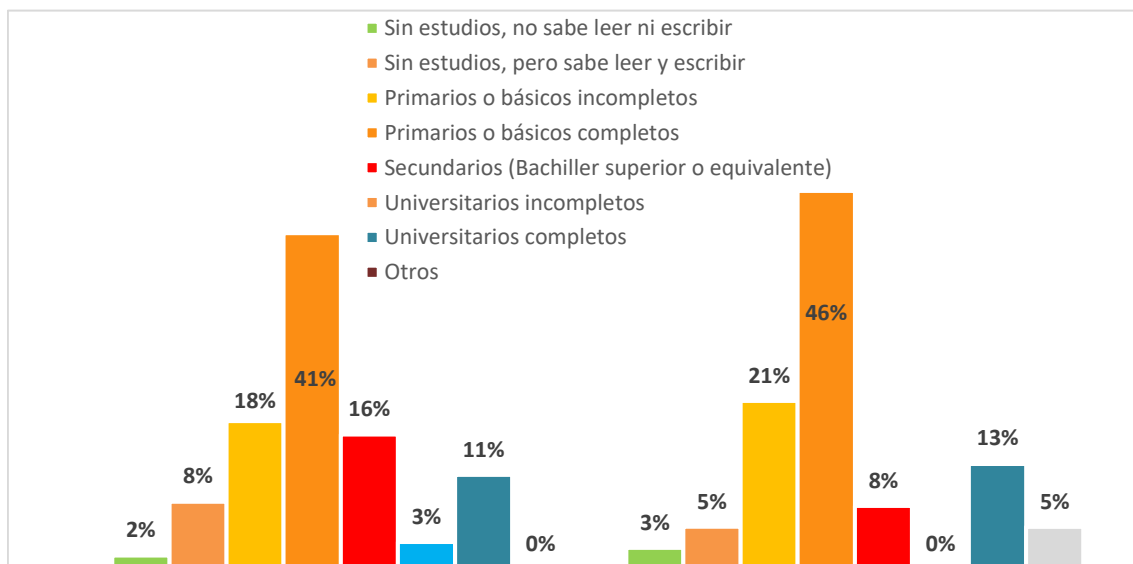


Figura 26. Nivel de instrucción por género (II)

En esta última figura, en la campana de la izquierda podemos ver representada el nivel de formación de los hombres. La campana de la derecha representa el nivel de formación de las mujeres en la muestra. Se observa que la campana es más perfecta entre los hombres que entre las mujeres. Aquí volvemos a constatar la dificultad y

problematicidad que experimentan estos hombres y mujeres para con las intervenciones que se realizan con la finalidad de mejorar su envejecimiento activo y saludable. Las mujeres, proporcionalmente tendrán más dificultades con determinadas intervenciones por su nivel de formación.

Si ahora estudiamos no sólo el nivel de instrucción, sino que lo combinamos con las edades en que hemos distribuido la muestra. Observamos que las personas sin estudios o con los primarios (ya sea completos o incompletos) se distribuyen uniformemente a lo largo de todas las edades que la muestra comprende. Esto implica muchos problemas para la solicitud de ayudas, y para el desenvolvimiento en las tareas cotidianas en el mundo en que vivimos. Piénsese por ejemplo en tareas ordinarias como obtener dinero en un cajero automático, etcétera. También tienen estas dificultades, personas que viven solas o aisladas socialmente para anotar fechas de citas médicas, recordarlas, o seguir las prescripciones y/o recomendaciones médicas que precisan la lectura de prospectos (con la finalidad de detectar posibles efectos secundarios, efectos adversos, etcétera); para actividades tan habituales como seguir un control sobre enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial, que dificultan la gestión de la comorbilidad; o finalmente para acceder a la información general o presentar solicitudes o instancias ante los organismos competentes. Se trata de problemas que afectan de lleno a nuestros mayores aislados o en situación de soledad, y con las que tropiezan las intervenciones que se llevan a cabo con ellos. Y en ellas, el papel del mediador resulta muy oportuno, como resulta obvio.

No obstante, en esta figura en que se distribuye el nivel de estudios por edades se aprecia que la mayor parte de la población tiene estudios secundarios (terminados o no).

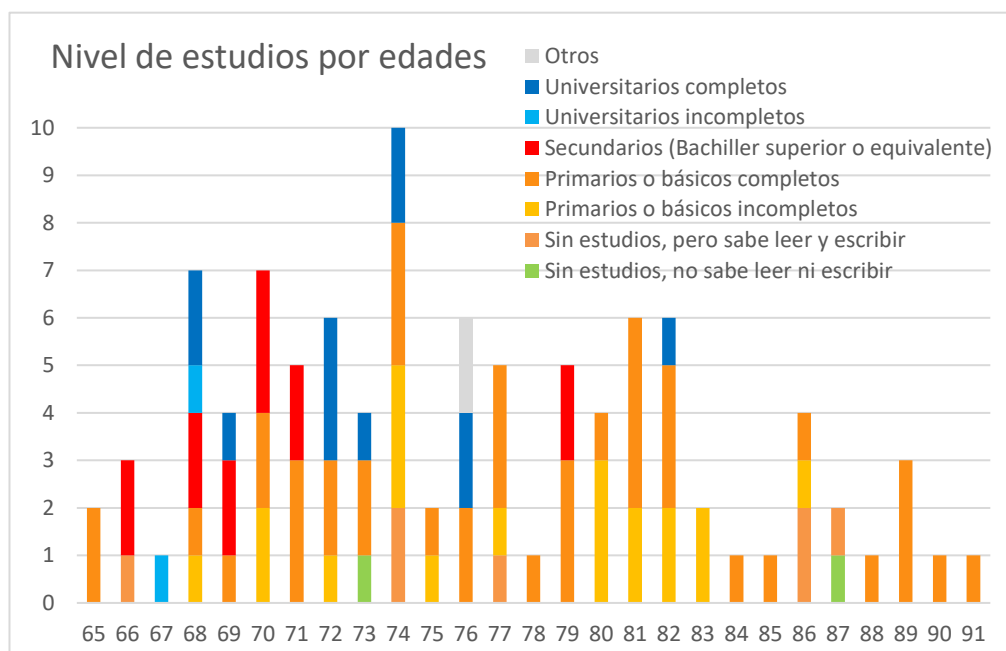


Figura 27. Distribución del nivel de estudios por edades en la muestra

Aquí ya no se plantean las dificultades anteriores. Tampoco con quienes los tienen universitarios o de formación profesional.

El estado civil es el siguiente indicador sociodemográfico que hemos considerado. Se trata de un indicador especialmente relevante, pues en él se pueden observar directamente las causas de la soledad: viudez, divorcio o soltería. Si atendemos exclusivamente al estado civil sin discriminarlo por género o por edades, entonces comprobamos que la mayor parte de la muestra está compuesta por viudos o viudas. En realidad, casi dos terceras partes de la población que consideramos: el 58%. Se trata de un hecho muy significativo pues nos indica una posible causa de depresión. Más adelante cruzaremos estos datos con las enfermedades crónicas y las mentales. Los divorciados que no han logrado, o no han querido rehacer su vida son relativamente pocos, el 16%. Seguramente en ellos se dan otro tipo de problemas, que afecten al trato con sus hijos, por ejemplo. Por último, algo más de la cuarta parte de nuestra población ha llegado soltera a su tercera o cuarta edad. Se trata, probablemente, de un hecho demográfico que estamos comenzando a ver en nuestras sociedades, y cuya realidad, naturaleza y problemáticas debe abordar el profesional del trabajo social y la investigación social, como se indica en la figura 21:

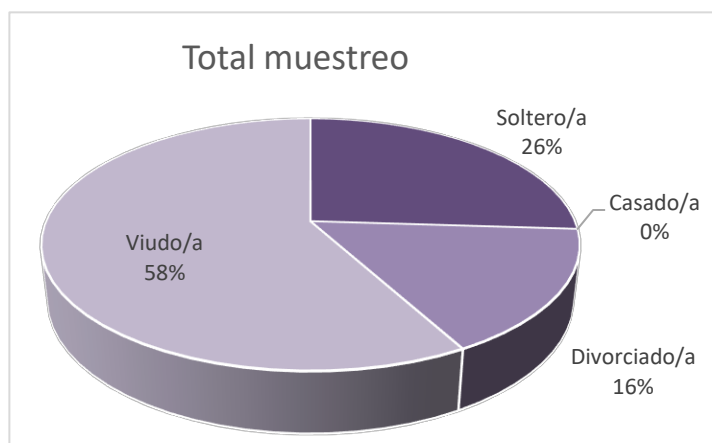


Figura 28. Representación gráfica del estado civil de la muestra

Si ahora descomponemos el indicador del estado civil en hombres y mujeres observamos que entre los varones la tercera parte ha permanecido soltera durante toda su vida. Se trata de un porcentaje muy alto si se compara con el de mujeres de la muestra, el 18%. Es decir, se trata de una diferencia de 13 puntos porcentuales.

Esta diferencia porcentual se invierte entre las mujeres y hombres viudos. Como parece lógico son bastantes más las viudas que los viudos. Hay una diferencia de 14 puntos porcentuales a favor de éstas. Hecho, que como es lógico, parece deberse a la mayor longevidad de las mujeres, como puede apreciarse en las figuras 29 y 30:

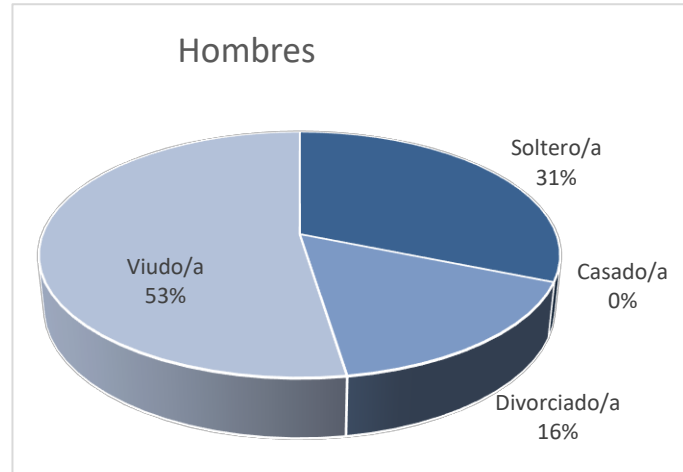


Figura 29. Distribución del estado civil de la muestra por género (hombres)

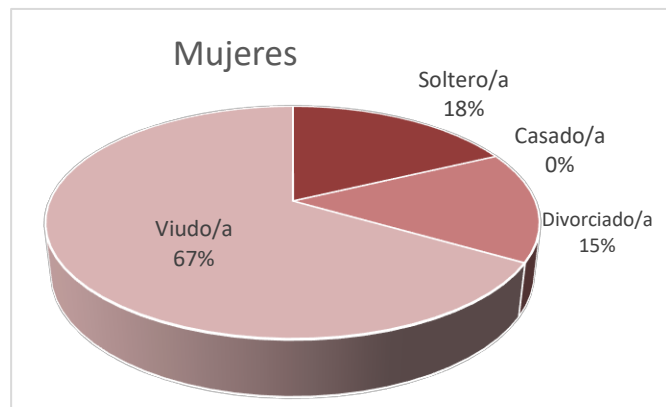


Figura 30. Distribución del estado civil de la muestra por género (mujeres)

Entre los problemas a que apuntan estos indicadores parece que el porcentaje de viudez tan elevado en la muestra debe ser una fuente de trastornos psiquiátricos y/o psicológicos. Y el porcentaje tan elevado de varones solteros implica un desvalimiento y desamparo mayor que entre los/as viudos/as, o divorciados/as, quienes pueden tener hijos que los atiendan, y que los acompañen en estas últimas etapas vitales. Las personas solteras pueden tener sobrinos (que no suelen estar tan pendientes de ellos como los familiares de primer grado), incluso algunos hermanos más jóvenes. Más adelante veremos estos datos.

Debemos atender ahora a la distribución del estado civil por edades en la figura 24. Resulta sorprendente comprobar que a partir de los 74 años la figura representa una fuerte tendencia hacia la viudez que se hace absoluta a partir de los 83 años. Es triste pensar que la práctica totalidad de las personas que habitan hogares unipersonales están viudos a partir de los 74 años. Se trata de un dato que indica que el hogar que antaño fue compartido, ahora está vacío. Con una ausencia que es muy real, cotidiana en muchos casos, y que es fuente de problemáticas personales frecuentes.

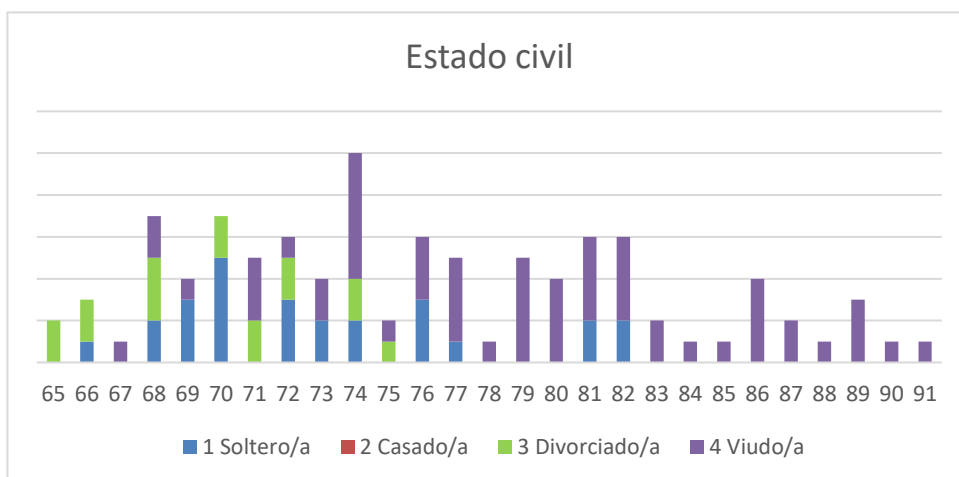


Figura 31. Distribución del estado civil por edades

Cotejemos ahora el estado civil con el nivel de estudios. Sabemos ya que el 58% de las personas de la muestra son viudas. Y parece lógico que haya una importante representación de personas enviudadas a lo largo de todo el espectro en que se divide la formación en nuestras sociedades contemporáneas. Lo que resulta sorprendente es que la inmensa mayoría de ese 58% de personas viudas solo ha alcanzado a formarse a nivel primario (algo más del 30% los había terminado, y aproximadamente algo más del 10% no logró terminarlos). Esto significa que de ese 58% de personas viudas, aproximadamente el 70% sólo tiene estudios primarios. Hay seguramente que añadir el porcentaje de personas que no han recibido ningún tipo de formación reglada. Aquí nos encontramos con un semillero de problemas muy importante por las razones que hemos comentado anteriormente.

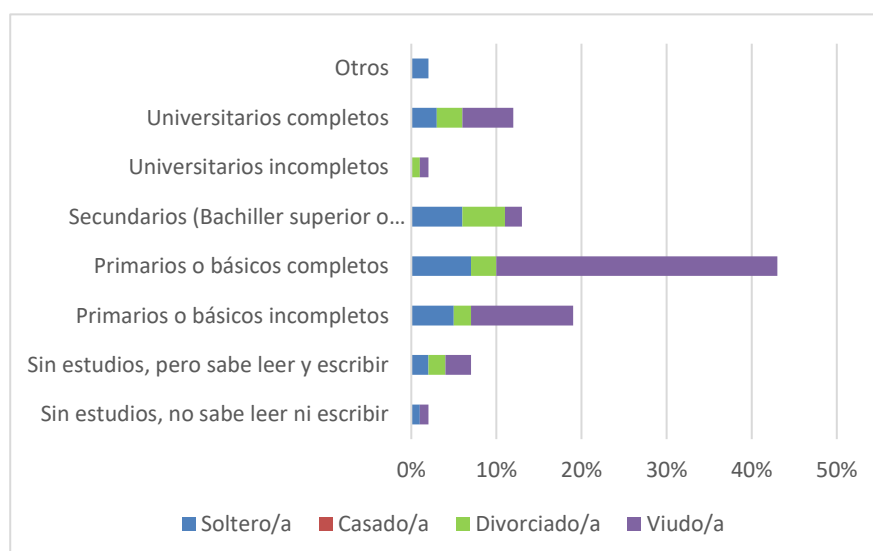


Figura 32. Nivel de estudios según estado civil

Una serie de datos muy significativos los obtenemos si cruzamos los datos de nivel de estudio con los datos de personas divorciadas. La tercera parte (31%) de los divorciados han completado el bachillerato. Como aproximadamente un 25% de los

divorciados han accedido a los estudios universitarios (licenciándose efectivamente o no), entonces tenemos que aproximadamente el 56% de los divorciados tiene un buen nivel de formación. Esto, cualesquiera que sean las causas, seguramente relacionadas con problemas de género, nos indica que estas personas han sido más capaces de afrontar graves situaciones en su pasado, y que parecen tener más medios psíquicos y económicos para sobreponerse a vivir en situación de soledad. Más aún, para muchas de esas personas, la situación de soledad fue consiguientemente deseada. Este hecho no se puede afirmar de los solteros, y mucho menos de los viudos. Pero sí se puede afirmar, al menos, de una de las partes que acuerdan una separación o divorcio. Más adelante cruzaremos estos datos con los derivados de enfermedades como la ansiedad, la depresión, y con los indicadores de percepción de soledad.

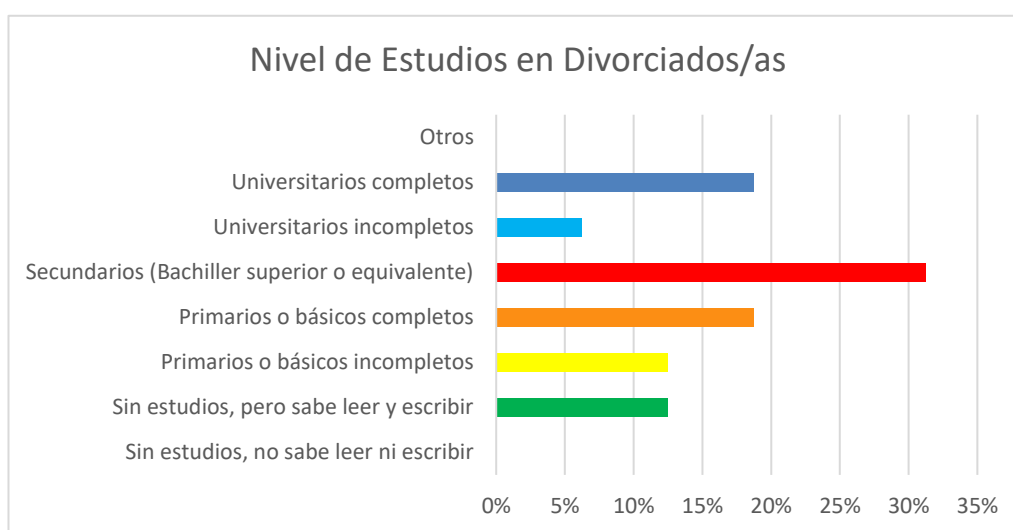


Figura 33. Nivel de estudios entre las personas divorciadas

Pasemos ahora a los indicadores económicos. Hemos de tener en cuenta la reticencia de muchas personas a hablar de sus ingresos, hecho constatable en el 7% de los encuestados que no se pronunciaron al respecto. Además, esa cautela lleva a tomar estos datos, procedentes de entrevistas, con prevención. Los únicos datos con cierto grado de fiabilidad sólo podrían proceder de los informes de la tesorería pública. Datos que obviamente no tenemos. La tendencia psicológica es a no revelar los datos de los ingresos, o hacerlo a la baja. El primer dato sorprendente estriba en que algo más de la tercera parte de nuestra muestra goza de una buena prestación contributiva (superior a 1000€). El 50% de la muestra recibe prestaciones entre los 600 y los 1000 euros. Estos datos parecen corresponderse con pensiones de viudedad, por jubilación o por incapacidad permanente:

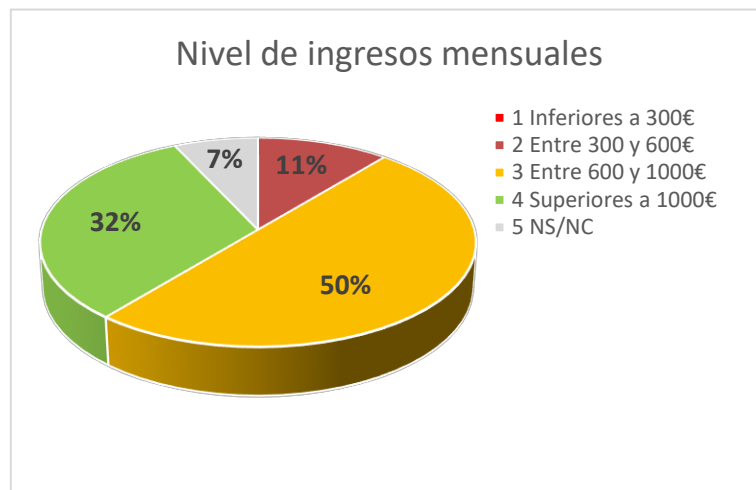


Figura 34. Nivel de ingresos mensuales de la muestra

La estructura de la encuesta no nos permite discriminar estos datos, aunque se podrían cruzar estos datos con los del estado civil para poder acercarse, en la medida de lo posible a estos datos. No obstante, no creo que sean significativos para el objeto de nuestra investigación. En cualquier caso, en nuestra muestra al menos el 82% (considérese el 7% que rehusó hablar) declara tener unos ingresos superiores a los 1000€. Resulta preocupante el 11% que declara tener unos ingresos inferiores a los 300€, procedentes en consecuencia de pensiones no contributivas de la Seguridad Social o de pensiones asistenciales a ancianos y enfermos del extinguido Fondo Nacional de Asistencia Social (FAS).

Ahora podemos ver la distribución de estos ingresos por género. Lllaman poderosamente la atención dos hechos. El primero, que la mayor parte de las mujeres se sitúen en la franja de pensiones superiores a los 600€, es decir prestaciones contributivas. Entre los 600 y los 1000 euros, casi el 60% de las personas que obtienen estas prestaciones económicas son mujeres. Si tenemos en cuenta que el 58% de nuestra muestra son personas viudas, parece lógico pensar que la mayor parte de estas mujeres son viudas, puesto que la prestación contributiva mínima por viudedad está en los 797,90 euros mensuales. El otro hecho que llama la atención ya lo hemos comentado anteriormente, y es que un porcentaje relativamente pequeño de la muestra cobra prestaciones no contributivas. En el diagrama de barras con que ilustro el nivel de ingresos por género se observa además claramente que ninguna de las personas mayores entrevistadas cobra prestaciones inferiores a los 300€. Hecho éste que puede interpretarse por la razón de que habitan hogares unipersonales, y no centros asistenciales. Unos ingresos tan escuálidos harían imposible el vivir solas, y mucho más el vivir con calidad de vida. Por último, en esta figura se observa también que el grado de desconfianza respecto al entrevistador es mayor en los varones que en las mujeres, cuestión que se comprueba fácilmente al cotejar las barras de los que no saben o no contestan a la pregunta.

A pesar de que los datos muestran que el nivel de ingresos es aceptable, sin embargo, es constatable un pequeño desequilibrio de género. Son más los hombres que las mujeres que tienen ingresos superiores a los 1000€. Y, por el contrario, son más las mujeres que cobran ingresos inferiores a los 1000€ que los hombres, hecho que se repite en la franja de los ingresos inferiores a los 600€. Es decir, hay más mujeres que hombres

que cobran pensiones no contributivas. Esta desigualdad por género es un dato a tener en cuenta para el éxito de las intervenciones que se realizan. Este dato se hace más crudo al tener en cuenta que solo el 39% de la muestra son mujeres, frente al 61% de los hombres. Esto se puede traducir como un error en la persona diana al que las intervenciones de la Cruz Roja en Aragón dirigieron sus esfuerzos. Participaron más hombres que mujeres, dado el grado de confiabilidad de la muestra y, sin embargo, las mujeres necesitaban más de algunas de sus intervenciones que los hombres. Intervenciones como la ayuda a domicilio es lógico que la necesiten, objetivamente, las rentas más bajas. Sin embargo, parece que el criterio ha sido la mayor o menor habilidad o pericia para realizar adecuadamente las tareas de la vida cotidiana. Aunque la muestra recoge mayores que pertenecían a una generación que comenzaba a ser equitativa en el reparto de las tareas del hogar, sin embargo, se observa esta desigualdad de género que lastra a las intervenciones realizadas.

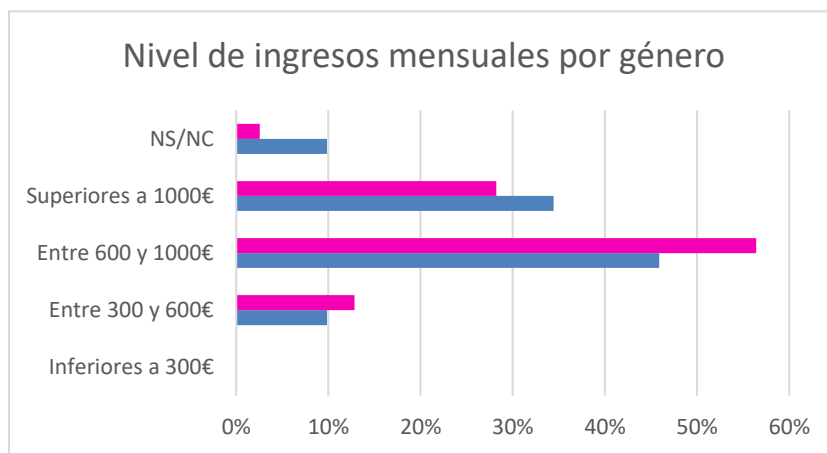


Figura 35. Nivel de ingresos mensuales por género

¿Cómo se distribuyen los niveles de ingreso por edad? Para hacer más clara esta figura, he sobreimpresionado una línea que uniría los puntos nodales de la figura. Así se observa una campana de Gauss en la distribución por edades de las prestaciones económicas percibidas. Veamos la primera de las figuras:

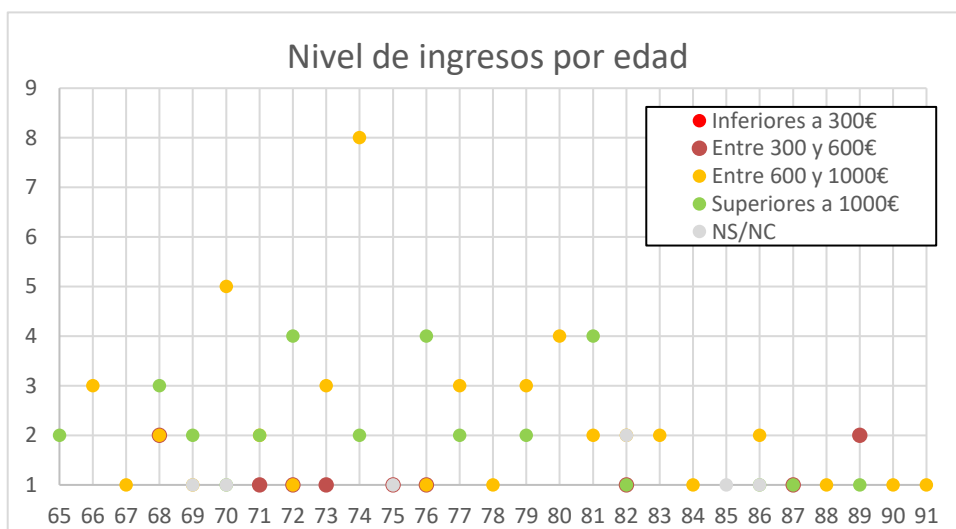


Figura 36. Distribución por edades del nivel de ingresos

Y ahora veamos la misma figura, pero sobreimpresionando una línea que uniría las cotas superiores del número de personas que reciben en cada edad una prestación. Se observa nítidamente una campana que asciende hasta los 74 años. A partir de aquí la figura descende. Se trata de un hecho congruente por completo con la distribución por edades de la muestra (véase figura 15). Es decir, el número mayor de personas que tienen la misma edad se corresponde también con la cantidad de sus ingresos mensuales: entre 600 y 1000 euros.

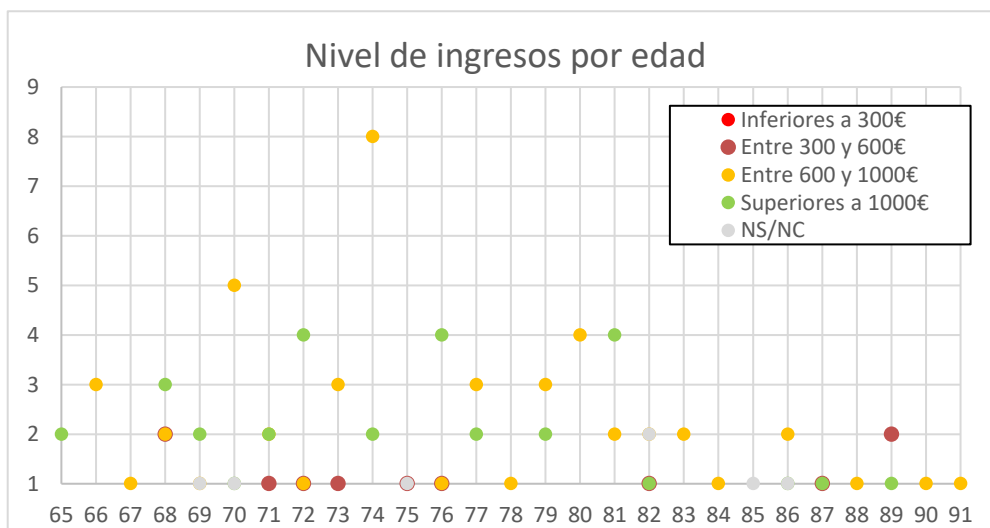


Figura 37. Campana de distribución de ingresos

Ahora nos podemos preguntar si los ingresos mensuales percibidos se corresponden de algún modo con el nivel de estudios alcanzado. Nos encontramos con hechos relativamente sorprendentes. La mayor parte de las personas de nuestra muestra tiene tan solo los estudios primarios. Pues bien, sorprende a primera vista, que la mayor parte de las personas que obtienen prestaciones por más de 1000€ mensuales se encuentran en esta franja. La sorpresa se desvanece al constatar el periodo histórico en

que estas personas desarrollaron su vida laboral. Los que hoy forman parte de la tercera y/o cuarta edad no necesitaban títulos universitarios, ni siquiera formación secundaria para trabajar en la banca, mucho menos para gestionar pequeñas o medianas empresas, por lo que pueden haber tenido una buena base de cotización. Otro hecho significativo está en que la mayor parte de las personas que no responden a esta pregunta solo tienen estudios primarios.

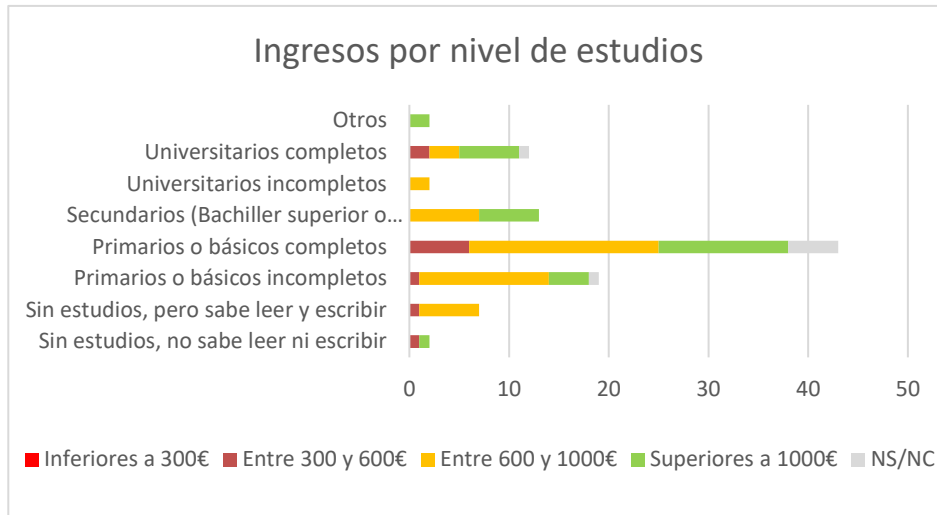


Figura 38. Ingresos mensuales por nivel de estudios

La encuesta realizada permite ahondar en la pregunta que nos acabamos de hacer. ¿Qué trabajo han realizado estas personas? ¿Cómo se ha repartido ese tipo de trabajo entre los dos sexos? ¿Y por edad? ¿Cómo se corresponde ese trabajo realizado con el nivel de estudios alcanzado? ¿Y con el nivel de ingresos? Quizá la respuesta a estos interrogantes nos arroje pistas sobre cierto grado de frustración o depresión con la vida en algunas de estas personas.

Veamos en primer lugar el tipo de trabajo que han realizado nuestros encuestados. La tercera parte de ellos han desempeñado trabajos no cualificados. Un 20% ha desempeñado puestos para los que se requiere cierta cualificación mínima. Ese porcentaje se repite en las personas que trabajaron como personal técnico para el que se requería formación superior. Así, resulta que el 46% de la muestra trabajó en puestos intermedios, empleo cualificado y técnicos. Pues bien, el 67% de nuestra muestra ha realizado trabajos para los que no se requería una gran formación, solo el 20% de la muestra ha realizado trabajos para los que se requerían estudios superiores. El 3% de las personas que han ocupado puestos directivos pueden tener esos estudios o no. Resulta sorprendente el elevado porcentaje de personas que no responden a esta pregunta, un 10%,

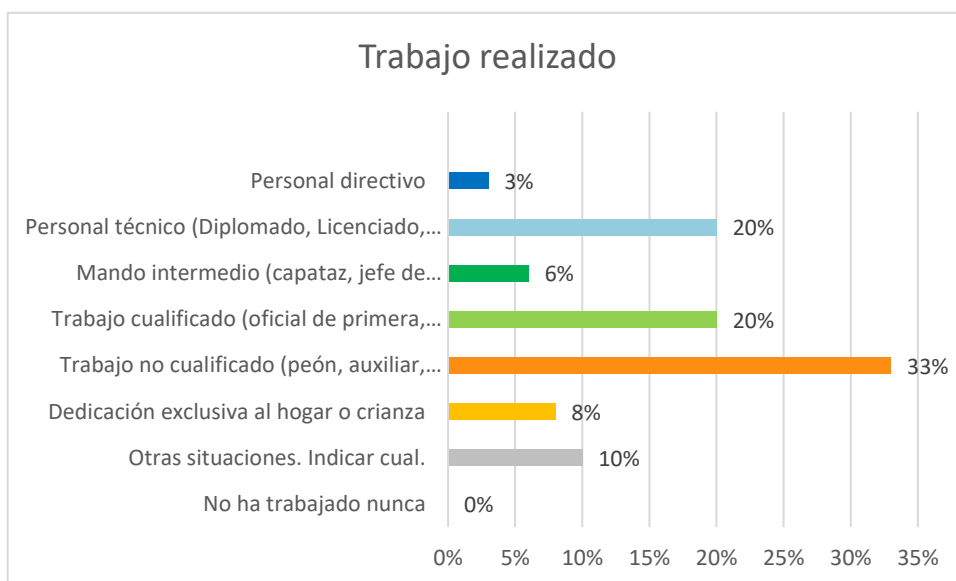


Figura 39. Tipo de trabajo realizado

Nos preguntamos ahora por el factor de género en el trabajo realizado. Parece coherente con el momento sociocultural en que desarrollaron su vida laboral estas personas que las tareas del hogar o la crianza fuese competencia exclusiva del género femenino. No lo es tanto que los puestos directivos fuesen ocupados exclusivamente por varones. Entre los trabajos para los que se requiere cierta cualificación y los mandos intermedios hay una mayoría clara de varones, que casi quintuplica a las mujeres en los trabajos con cierta cualificación y duplica en el desempeño de mandos intermedios. En cambio, es mayor (23%) el porcentaje de mujeres que han desempeñado puestos de trabajo de personal técnico, frente al 18% de varones. También se observa una mayor reserva al responder a esta pregunta entre las mujeres que en los varones.

Si ahora pasamos a estudiar el trabajo realizado por rangos de edad, observamos que en nuestra muestra las personas con más de 89 años han trabajado todas en trabajos para los que se requiere una mínima cualificación o como mandos intermedios. En cambio, en la franja inmediatamente inferior, es decir entre los 80 y los 88 años de edad, la mayoría ha desempeñado su vida laboral en trabajos no cualificados o en tareas domésticas y de crianza. En cambio, comienza a ser frecuente, y se distribuye con cierta homogeneidad que el personal técnico y directivo de nuestra muestra ocupa el rango de edad que va de los 66 a los 79 años. Se aprecia claramente pues el decurso histórico de la España de la posguerra, y la democratización de la enseñanza universitaria. En la figura 40 trataremos de esta cuestión explícitamente.

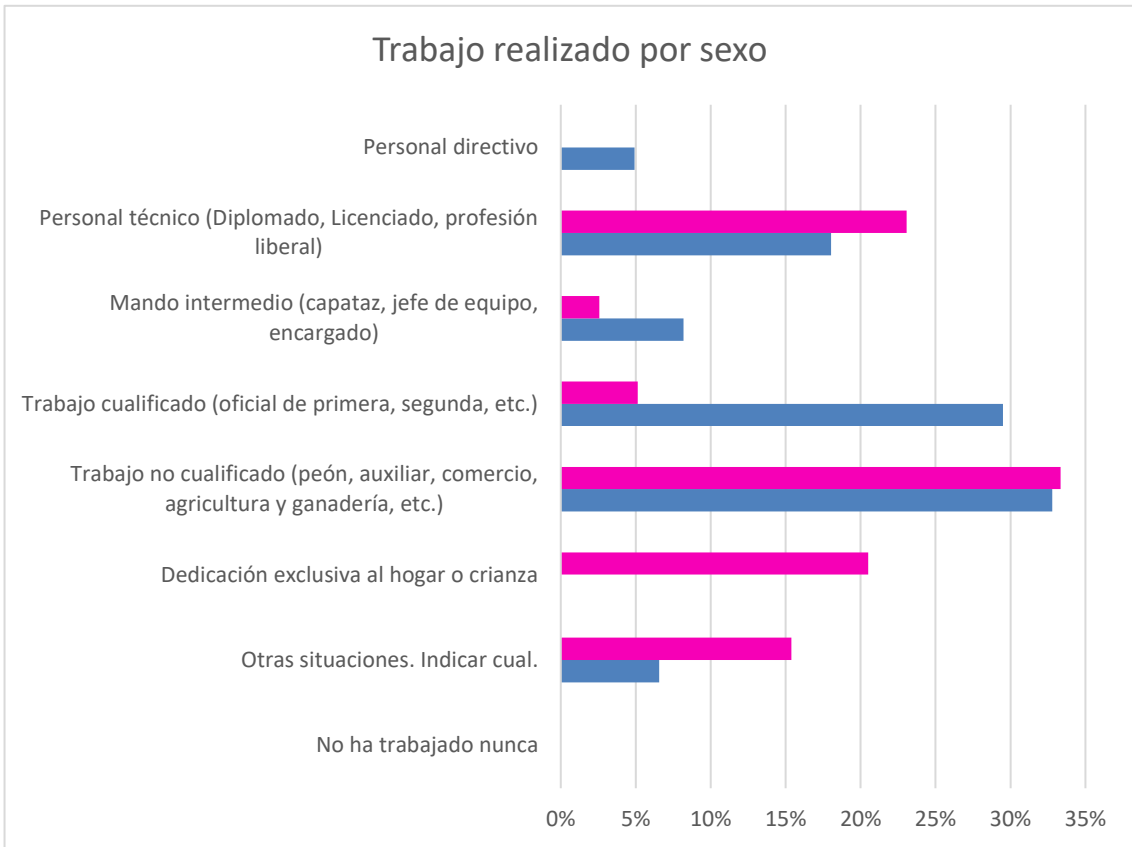


Figura 40. Trabajo realizado por sexo

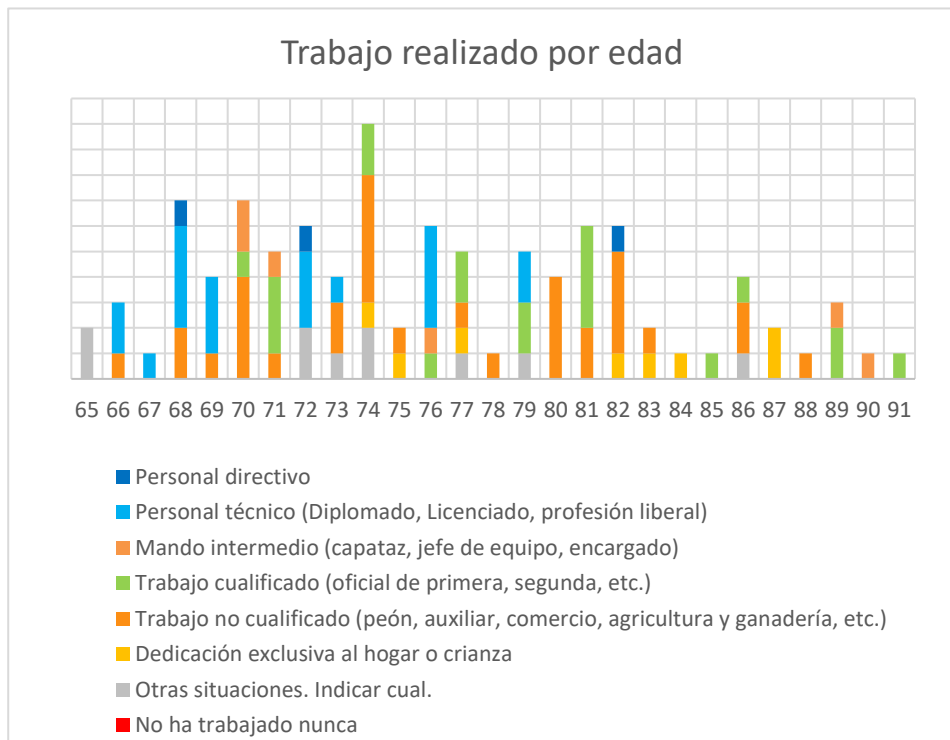


Figura 41. Trabajo realizado por edad

Debemos preguntarnos ahora por la correspondencia entre el trabajo realizado y el nivel de formación recibida. Una pregunta que puede ser indicadora de la satisfacción con la vida laboral, y que habrá que cotejar con el indicador de satisfacción vital percibida que figura en nuestra encuesta. Eso lo haremos más adelante.

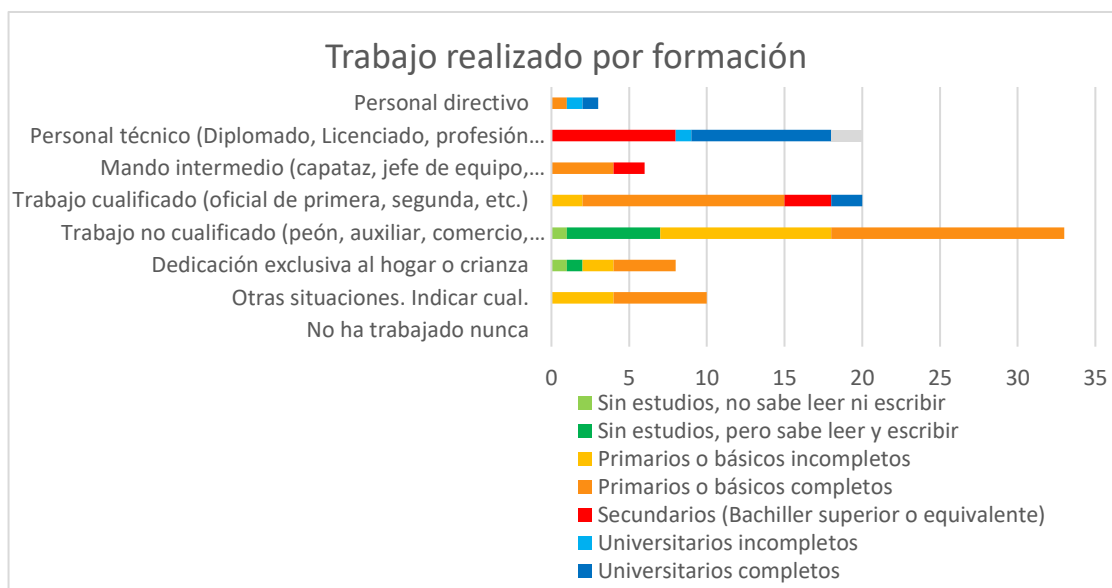


Figura 42. Trabajo por formación

Lo primero que constatamos es que ocupar puestos directivos no conlleva necesariamente un alto nivel de formación. De las tres personas que han ocupado puestos directivos, una sólo tenía estudios primarios, y otra no llegó a culminar sus estudios universitarios. Las mujeres que tuvieron que dedicarse a las labores domésticas y a la crianza, o que optaron por ello no tienen en ningún caso estudios secundarios o superiores. Tan sólo formación primaria, ya sea completa o incompleta o ningún tipo de acceso al sistema educativo.

Por último, tratemos ahora de la correspondencia entre el nivel de ingresos percibidos tras la jubilación y el trabajo realizado durante la vida laboral. Lo que más sorprende es que las pensiones superiores a los 1000€ se distribuyen homogéneamente por toda la figura con independencia del trabajo realizado. El resto de tramos en que se ha dividido la percepción de prestaciones por jubilación también se distribuye homogéneamente en la tabla, con independencia del tipo de trabajo realizado. Parece pues que el bienestar económico resulta relativamente independiente del tipo de dedicación en la vida laboral.

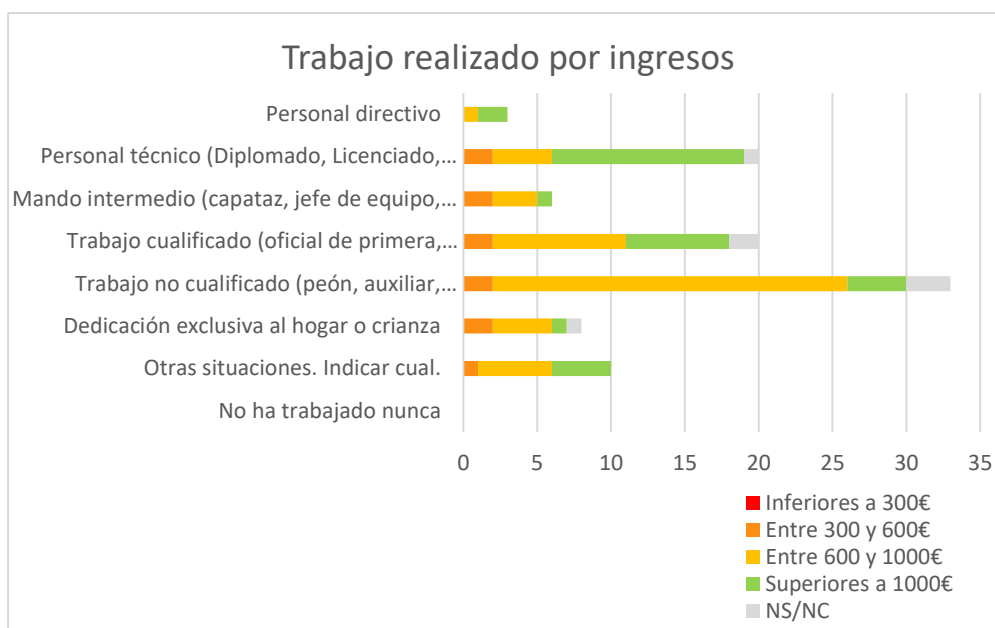


Figura 43. Trabajo por ingresos y formación

VII.2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LOS TIPOS IDEALES WEBERIANOS DEL PROGRAMA «BLUEPRINT TO INNOVATE HEALTH AND CARE IN EUROPE»

En esta tesis doctoral investigamos el alcance y límite de la mediación ejercida por trabajadores sociales con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad en las actuaciones de los programas auspiciados por la Unión Europea para un envejecimiento activo y saludable. Por eso no nos basta con lo que hemos llevado a cabo en los epígrafes anteriores, es decir, obtener un retrato robot de la persona mayor media con la que los programas de intervención social financiados por la Unión Europea. La realidad efectiva de las personas mayores es muy diversa. Hay diversos tipos de existir como persona mayor. Y de esto son muy conscientes los responsables del consorcio europeo de innovación para el envejecimiento activo y saludable —el *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*—. Existir como mayor es una realidad diferenciada. No es lo mismo estar en la tercera que en la cuarta edad. No es lo mismo vivir con enfermedades crónicas que sin ellas. El tipo de existencia, de posibilidades que se abren o se cierran, y la propia autocomprensión que hace el mayor de sí, difiere enormemente si se tienen en cuenta las variables edad y estado de salud. Y esto llevó, como hemos defendido en la primera parte de esta tesis doctoral, a tipificar idealmente a las personas mayores articulando las dos variables acabadas de citar.

De todo esto he hablado largamente en la primera parte de esta tesis doctoral. Pero en esta parte empírica debemos estudiar cómo se compone la muestra con que estamos trabajando si tenemos en cuenta la tipificación ideal weberiana *Blueprint persons*. Se trata de un paso sumamente importante, y que puede ofrecer pistas importantes a los responsables de las instituciones comunitarias sobre la composición tipológica de las poblaciones de personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad con que intervienen o deben intervenir. Es decir, el grado de confiabilidad de la muestra y el margen de error con que estamos trabajando permiten aventurar ciertas extrapolaciones a

nivel europeo importantes para el diseño de políticas, la evaluación de programas, o la toma de decisiones.

Una de las conclusiones que obtuvimos en el párrafo anterior es que las personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad constituyen una población muy abigarrada y heterogénea, en cuanto a sus características demográficas. Está compuesta diversamente por hombres y mujeres que abarcan un rango de edades muy diverso y amplio, y con diferentes problemáticas psicológicas, vitales y existenciales derivadas de la diversidad de su estado civil, y con un nivel de formación, de ingresos tras la jubilación, y de trabajos realizados también muy heterogéneo. Quizá por ello, convenga introducir cierto orden en nuestra población. Hacer unas distinciones más precisas, que nos ayuden a comprender mejor la situación socio-sanitaria de aquellos de nuestros mayores que habitan hogares unipersonales. Y esto lo podemos hacer por medio de las tipologías ideales elaboradas en el programa *Blueprint to innovate health and care in Europe*.

El problema empírico radica ante todo en la identificación precisa, exacta, de a cuál tipo ideal *Blueprint personas* pertenece cada uno de los encuestados. Se trata de un problema que hemos debido resolver algorítmicamente en tres pasos. Antes de proceder a ello estudiamos la composición de la muestra en lo que se refiere a la edad. Pero esta vez, no distribuimos por todas las edades presentes en la muestra, sino simplemente por mayores y menores de 80 años, es decir, el límite, convencional pero útil, con que trabaja el modelo *Blueprint personas*.

Al hacerlo tenemos una comprensión mayor de la muestra. Si antes la edad se distribuía en una campana cuyo punto de inflexión estaba en los 74 años, ahora obtenemos que las personas con una edad mayor o igual a los 80 años tan sólo son una tercera parte de la muestra. El número de mayores que habitan hogares unipersonales es considerablemente menor cuando se avanza en edad. Este hecho puede deberse a la mortalidad, o a las consecuencias en la salud del proceso de envejecimiento. Evidentemente, las intervenciones deberían tratar diferenciadamente a esta tercera parte de personas que viven solas con una avanzada edad. Pero además sucede, que según sostenemos, las intervenciones deberían tratar diferenciadamente seis tipos de realidades de mayores que habitan hogares unipersonales.

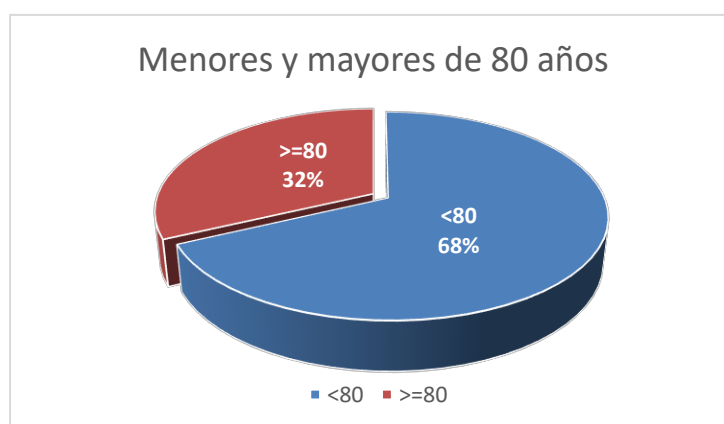


Figura 44. Distribución de la muestra en menores y mayores de 80 años

VII.2.1. DETERMINACIÓN ALGORÍTMICA DE LAS PERSONAS DE LA MUESTRA SUBSUMIBLES BAJO LOS TIPOS IDEALES «RANDOLPH» Y «THERESA»

Pues bien, para determinar cuántas personas que pueden ser englobadas bajo los tipos ideales Randolph (< 80 años) y Theresa (>80 años) tenemos, nos bastará saber que personas de la muestra no sufren enfermedades crónicas. Para ello vamos a proceder en dos pasos. En el primero, distribuyamos nuestra muestra por el indicador obtenido como respuesta a la pregunta P26a del cuestionario: si tiene o no enfermedades crónicas. Así pues, nuestro primer algoritmo de determinación de tipos ideales dice así.

$$x \in \text{Randolph} \leftrightarrow [x < 80 \wedge \text{P26a}]$$

Ecuación 2 Algoritmo identificación personas tipo Randolph

Es decir, determinamos como Randolph a todo individuo x de nuestra muestra que cumpla simultáneamente las dos condiciones de tener menos de 80 años y responder que no a la pregunta P26a.

Por otra parte, podemos afirmar que pertenecen al tipo ideal weberiano «María» las personas mayores de nuestra muestra que cumplen el siguiente algoritmo.

$$x \in \text{Teresa} \leftrightarrow [x \geq 80 \wedge \text{P26a}]$$

Ecuación 3: Algoritmo identificación personas tipo Theresa

Esto es, cualquier x de nuestra muestra pertenece al tipo ideal María, sí y sólo sí cumple simultáneamente las dos condiciones de tener una edad igual o superior a los ochenta años y no tener enfermedades crónicas.

En suma, aunque una parte significativa de la muestra es menor de ochenta años, sin embargo, sólo una cuarta parte de la muestra no tiene ningún tipo de enfermedad crónica. Es decir, la mayor parte de las personas (dos terceras partes) tienen una situación regular o mala en lo que concierne a su estado de salud. Este hecho es un indicador muy importante del tipo de personas con que mayoritariamente se interviene: personas con enfermedades crónicas, en un estado más o menos avanzado. Y esto quiere decir que estas intervenciones llegan, en la mayor parte de los casos, tarde para lograr el objetivo de un envejecimiento activo y saludable. Es cierto, que estas enfermedades crónicas pueden sobrellevarse bien, o ser relativamente leves, como cierto grado controlado de hipertensión o de diabetes. Y que entonces, las intervenciones pueden trabajar para cumplir el objetivo de un envejecimiento activo y saludable. Pero esto solo lo podremos determinar cuando veamos cuántas personas de nuestra muestra pertenecen a los tipos ideales Procolo o Jacqueline. Es decir, aquellas personas que, teniendo enfermedades crónicas, no tienen necesidades complejas.



Figura 45. Sectores porcentuales de personas con enfermedades crónicas (rojo) y sin enfermedades crónicas (verde)

Si ahora cruzamos los datos recién obtenidos (figura n.º 30) sobre incidencia de enfermedades crónicas con los datos que obtuvimos al distribuir la muestra en menores y mayores de 80 años (figura n.º 29), entonces obtenemos que de ese 24% de personas sin enfermedades crónicas, el 21% tiene menos de 80 años, y solo el 3% tiene una edad igual o superior a 80 años. Sorprende un poco que el número de Theresa esté tan descompensado respecto del de los Randolph. Éstos septuplican a aquellas. Este hecho parece comprensible al constatar que el factor edad es decisivo. No obstante, sería preciso contrastarlo con estadísticas de otras intervenciones con personas mayores que asuman esta metodología por tipos ideales *Blueprint personas*.

Otro hecho que sorprende al cruzar estos datos es que el número de personas con enfermedades crónicas con menos de ochenta años es ligeramente superior al doble que al de personas sin este tipo de patologías en esa franja de edad. En cambio, cuando consideramos ese mismo hecho en personas con edad igual o superior a los 80 años, entonces la proporción es casi diez veces superior de los que tienen enfermedades crónicas sobre los que no.

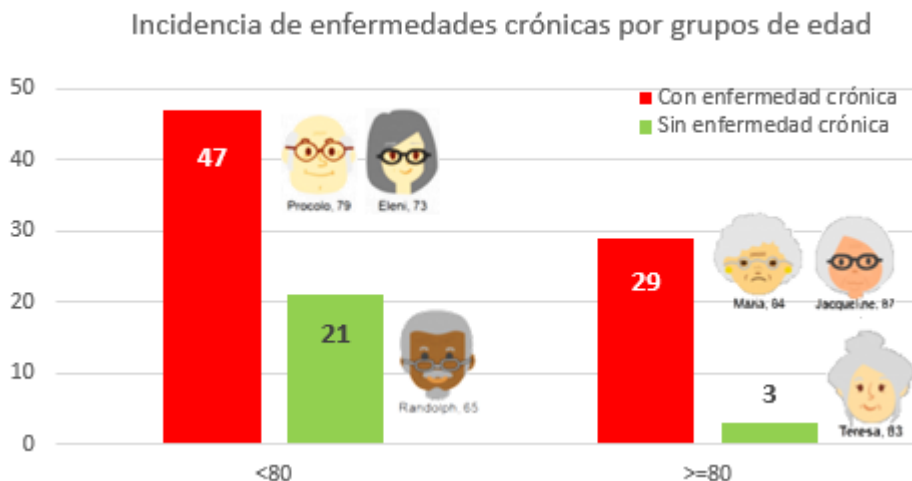


Figura 46. Incidencia de enfermedades crónicas por grupos de edad

Se trata de dos series de hechos muy importantes. Los vuelvo a exponer, para mayor claridad, de este modo. Las relaciones entre estas variables se pueden expresar con las siguientes dos tesis.

La primera tesis relaciona la ausencia de enfermedad crónica en relación con el tiempo: tercera o cuarta edad separadas por la barrera (convencional) de los ochenta años). En esta relación entre variables comparamos únicamente los Randolph con los Theresa. Es decir, se señala la evolución temporal del indicador: ausencia de enfermedad crónica desde los 65 a los 92 años de nuestra muestra. Esta tesis puede enunciarse así:

1. Sólo la séptima parte de las personas que no tenían enfermedades crónicas en la tercera edad, siguen con ese estado de salud en la cuarta edad.

La segunda tesis relaciona cada grupo etario entre sí. Es decir, los Randolph en relación con Procolo y Eleni (sus coetáneos) por una parte; y los Theresa con las personas tipo María y Jacqueline por otra.

2. Si en la tercera edad aproximadamente la mitad de las personas no tienen enfermedades crónicas, al llegar a la cuarta edad solo el 10% no presenta enfermedades crónicas.

VII.2.2. DEPENDENCIA ENTRE VARIABLES EDAD Y ENFERMEDAD CRÓNICA EN LOS TIPOS IDEALES «RANDOLPH» Y «THERESA». PROBLEMAS QUE SURGEN EN LAS INTERVENCIONES

Pues bien, hemos de pensar ahora la relación que hay entre las variables incremento de edad y enfermedades crónicas. Parece que esta relación no puede ser causal, puesto que el incremento de edad no implica necesariamente la aparición de enfermedades crónicas. Como vemos por los datos, la variación en la variable «enfermedad crónica» depende con un alto grado de probabilidad del incremento de la variable «edad». Se hace plausible entonces que otras variables independientes deban articularse con la variable edad para la aparición de enfermedades crónicas, variables como el estilo de vida, el nivel de estrés, la dieta, los procesos de somatización de

enfermedades mentales como la depresión, etcétera. Precisamente porque la relación entre estas variables tiene una estructura de dependencia, y no casual, es por lo que se puede y debe intervenir. Evidentemente, nadie, ni el trabajador social, ni el sanitario, puede intervenir sobre la variable edad, pero sí sobre las otras variables independientes que asociadas a la edad pueden explicar con un determinado nivel de probabilidad (que han de determinar las investigaciones biomédicas) la aparición de enfermedades crónicas. Así pues, la primera relación entre estas variables (edad y enfermedad crónica) es la de un tipo de *dependencia*. Y puede enunciarse así:

Relación de dependencia 1: La aparición de enfermedades crónicas depende, entre otros factores, de la edad.

En nuestro caso es una constatación de esa relación de dependencia en nuestra muestra. Además, nuestra muestra *sí* que añade una *cuantificación*, extrapolable quizá al conjunto de la sociedad europea en este primer cuarto del siglo XXI, por lo que constatar esta relación de dependencia tiene, pienso, bastante interés, y debería tenerse en cuenta estos hechos en investigaciones específicas sobre esta relación causal.

Por lo que atañe a nuestra investigación, esta relación de dependencia, y la cuantificación obtenida en este momento histórico y para las sociedades capitalistas avanzadas de comienzos del siglo XX, implica algunas consecuencias importantes.

1. Uno de los problemas más agudos al que se enfrentan las intervenciones, como las de la Cruz Roja en Aragón, es la elevadísima tasa de crecimiento de las enfermedades crónicas de la tercera a la cuarta edad. Y esto implica que debería haber programas, actuaciones e intervenciones específicamente diseñados para la promoción de un envejecimiento saludable. Esto implica que:
2. Como solo el 21% de la muestra puede incluirse en el tipo Randolph, ha de trabajarse con este 21% para que su calidad de vida no empeore. Pero
3. Hay que ampliar ese 21%, es decir, hay que buscar intervenir con más personas jubiladas menores de 80 años que no tengan especiales necesidades de salud. Se trata del tipo de intervenciones más difíciles, porque muchas de ellas rehúyen las intervenciones. Estas han de dirigirse, como explicamos en la primera parte de la tesis a:
 - a. La gestión personalizada de la salud, diseñando campañas de concienciación, e información. Estas campañas han de dirigirse a un tipo de población muy heterogéneo en lo que concierne a nivel de formación.
 - b. Las enfermedades ligadas a la edad. Estas no son crónicas, pero pueden ser factores que desencadenen enfermedades crónicas. Por ejemplo, los desgastes articulares pueden conducir al sedentarismo y éste a la obesidad, la diabetes o la hipertensión arterial.
 - c. Las intervenciones educativas para un envejecimiento activo y saludable.
 - d. Las intervenciones dirigidas a actualizar y reciclar al personal sanitario y social que trabaja con estas personas, bien sanas, pero con un gravísimo peligro de derivar en enfermos crónicos (recuerdo que en la muestra se multiplica por siete la presencia de estas enfermedades.

- e. Las intervenciones dirigidas a la extensión de la vida activa e independiente.
 - f. Y como no, las dirigidas a nuestro colectivo (personas aisladas socialmente y/o solitarias) para promover su inclusión social.
4. Para conseguir los objetivos 2 y 3 no basta con identificar a estas personas, por ejemplo, en el Centro de Salud o en los servicios sociales comunitarios, al que acuden poco, pues no lo precisan. Tampoco basta con el seguimiento. Se trata de personas que *no* sienten la necesidad imperiosa de vigilar por su salud, pues su estado es muy bueno. Por ello, la mediación es especialmente recomendable. Mediación entre los servicios sanitarios y/o sociales y las personas tipo Randolph y Theresa. Y mediación también en el seno de las instituciones que promueven intervenciones, para la institución, consolidación y éxito de intervenciones que muchas veces no consideran urgentes ni necesarias, pero que el tiempo demuestra que sí lo eran (al multiplicarse el número de enfermos crónicos). En el seno de una institución puede haber profesionales concienciados con esta problemática que no consiguen hacerse oír para implementar este tipo de actuaciones. Y al revés, la institución puede querer implementar estas actuaciones, pero no encontrar eco ni respuesta entre los profesionales, que, desbordados por asuntos más urgentes, no aciertan a comprender la importancia y necesidad de actuar temprana y preventivamente.

Si ahora distribuimos porcentualmente los datos de la tabla anterior, entonces tenemos que, de la población menor de 80 años algo más de la tercera parte no tiene problemas relevantes de salud que puedan preocuparles. Se trata de un porcentaje bastante elevado, y que parece reflejar los datos de la población europea. En cambio, ese porcentaje decae a solo un 9% cuando se tiene una edad igual o superior a los 80 años.

Estos hechos nos hacen ver la idoneidad, pertinencia y necesidad de las políticas de envejecimiento activo y saludable que están promoviendo las instituciones europeas. Y se trata de datos que han de ser tenidos en cuenta por los responsables de las intervenciones que se realicen.

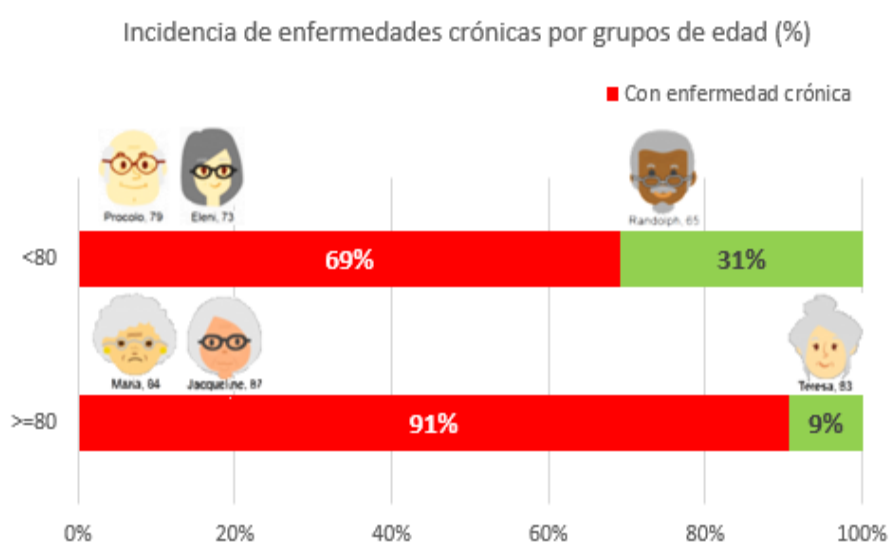


Figura 47. Distribución porcentual de los tipos Randolph y María en su franja etaria

VII.2.3. DETERMINACIÓN ALGORÍTMICA DE LAS PERSONAS DE LA MUESTRA SUBSUMIBLES BAJO LOS TIPOS IDEALES «ELENÍ» Y «MARÍA»

Pasemos a los siguientes grupos en cuanto a su estado de salud. Si las personas tipo «Randolph» o «Theresa» presentan un estado de salud bueno o excelente, no es así cuando se trata de las personas tipo «Eleni» (< 80 años) o «María» (> 80 años). Aquí ya aparecen enfermedades crónicas. Pero las patologías que sufren no son severas ni graves, como sí lo son en el caso de las personas tipo «Procolo» o «Jacqueline».

Por eso, el primer indicador para determinar que un individuo x de nuestra muestra pertenece a los tipos ideales «Eleni» o «María» es la existencia objetiva, confirmada por un facultativo, de patologías crónicas. En nuestra base de datos en *Microsoft Excel* ese indicador está registrado en la columna AJ.

Pero, se da el caso, y se da frecuentemente, que la cronicidad de unas patologías puede ser leve, moderada o grave. En este último caso, los individuos que están afectados de este modo, ya no son «Eleni» o «María», sino que pertenecen a los tipos ideales «Procolo» o «Jacqueline». Por eso, tenemos que seguir introduciendo condiciones a nuestro algoritmo decisorio. El indicador AN de nuestra base de datos informa sobre el número de fármacos que ingieren, diaria y habitualmente, las personas de nuestra muestra. Vamos a considerar que aquellas personas que ingieren menos de siete fármacos diarios no tienen enfermedades crónicas especialmente graves, aunque sí pueden estar afectados de multimorbilidad. Y por ello consumen, por ejemplo, fármacos para la hipertensión, el colesterol, protectores de estómago, etc. Se trata de una barrera convencional, pero útil.

No obstante, se puede dar el caso también de personas que, teniendo o sin tener enfermedades crónicas de especial relevancia, sufran deterioro cognitivo. Como indicador de estas alteraciones cognitivas tenemos el estado de memoria, que está registrado en la columna AP de nuestra base de datos. Si el estado es excelente, bueno o regular, entonces esta persona se encuentra, si acaso, en estadios tempranos de procesos de demenciación por edad o por problemas vasculares. En estos casos esas personas pertenecen a los tipos ideales «Eleni» o «María». Si el deterioro cognitivo es grave, y queda registrado en nuestra tabla como un estado de la memoria malo o muy malo, entonces estas personas son, necesariamente, «Procolo» o «Jacqueline».

Así pues, tenemos tres indicadores cuya concurrencia simultánea nos permiten decidir que un individuo de nuestra muestra pertenece a los tipos ideales «Eleni» o «Jacqueline». Se trata de los indicadores «enfermedades crónicas», «ingesta diaria y habitual de fármacos» y «estado de la memoria». Estos indicadores pueden ser articulados en sendos algoritmos decisorios para los tipos ideales «Eleni» y «María» del modo siguiente:

$$x \in Eleni \rightarrow \{x < 80 \wedge [(P26a = sí) \wedge [(P29a < 5) \vee (P29a = 1 \vee 2 \vee 3)]]\}$$

Ecuación 4: Algoritmo identificación personas tipo «Eleni»

Es decir, un individuo x de nuestra muestra pertenecerá al tipo ideal «Eleni» si es menor de ochenta años y cumple las siguientes condiciones: 1: tiene enfermedades crónicas; y cumple una de las dos condiciones siguientes o las dos simultáneamente.

2: ingiere menos de cinco fármacos diaria y habitualmente; o 3: el estado de su memoria es excelente o bueno o regular.

Para determinar qué personas de nuestra muestra pueden ser identificadas como pertenecientes al tipo ideal «María» bastará cambiar la condición edad por mayor o igual a ochenta años. Es decir:

$$x \in \text{María} \rightarrow \{x \geq 80 \wedge [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29a < 5) \vee (P29a = 1 \vee 2 \vee 3)]]\}$$

Ecuación 5: Algoritmo identificación personas tipo «María»

Ya hemos visto las figuras acerca de las enfermedades crónicas. Analicemos pues ahora los datos acerca de la ingesta de fármacos y del estado de memoria.

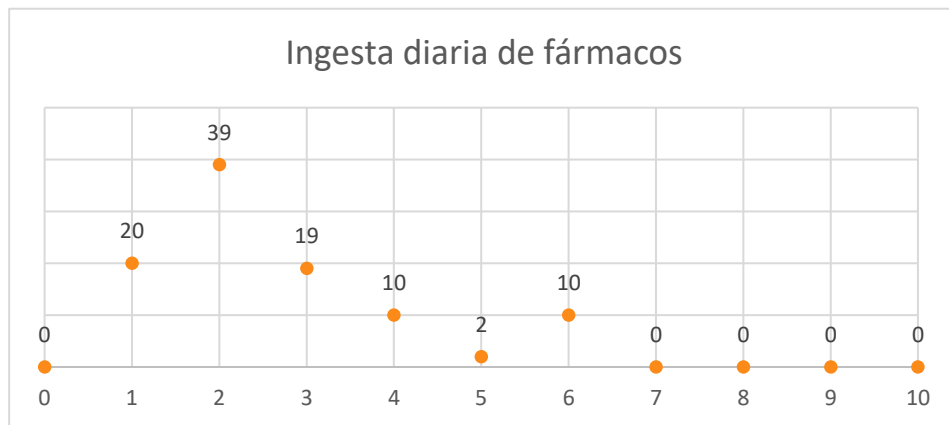


Figura 48. Número de fármacos ingeridos diaria y habitualmente

Lo primero que nos sorprende al analizar la ingesta diaria de fármacos es que no existe ninguna persona que tome más de 6 fármacos diarios. Este hecho puede deberse a que todos los individuos que componen nuestra muestra viven solos, y el estado de salud no debe, por tanto, estar muy deteriorado.

El segundo hecho que llama la atención es que no hay ninguna persona de la muestra que no ingiera ningún fármaco cotidianamente. La quinta parte de los encuestados toman un solo fármaco al día habitualmente. Y casi el 40% de la muestra tan sólo toman dos fármacos. Todo esto nos indica que el 59% de las personas que componen la muestra se encuentran en un excelente estado de salud. Este hecho cuadra con que el 48% de la muestra sean personas subsumibles bajo los tipos Randolph o Theresa.

Quizá haya que ser muy cautos con estos datos, puesto que los informantes pueden no recordar bien el número de fármacos que toman, o fingir que toman menos, e informar que se encuentran mejor de lo que están por temor por ejemplo a que una consecuencia de esta encuesta pudiera ser el ingreso en un centro asistencial, etcétera. En cualquier caso, estos datos tendremos que cruzarlos con la percepción subjetiva del estado de salud. Este indicador puede funcionar como pregunta de control sobre estos datos que estamos analizando.

Si consideramos que una persona que ingiera diaria y habitualmente entre tres y siete fármacos puede presentar enfermedades crónicas de cierta importancia, entonces

resulta que en nuestra muestra el 41% de la muestra se encuentra en este rango. Esto es indicador del segundo criterio que hemos establecido para identificar a las personas tipo «Eleni» y tipo «María».

Ahora podemos distribuir esos fármacos por edades. Recuérdese que la frontera la ponemos en los 80 años. Lo primero que observamos es un dato obvio: que las personas menores de ochenta años toman menos fármacos que las que tienen una edad mayor o igual a ochenta años. Pero, el segundo hecho que observamos es realmente sorprendente, y es que *el consumo de fármacos es mayor en la tercera que la cuarta edad*.

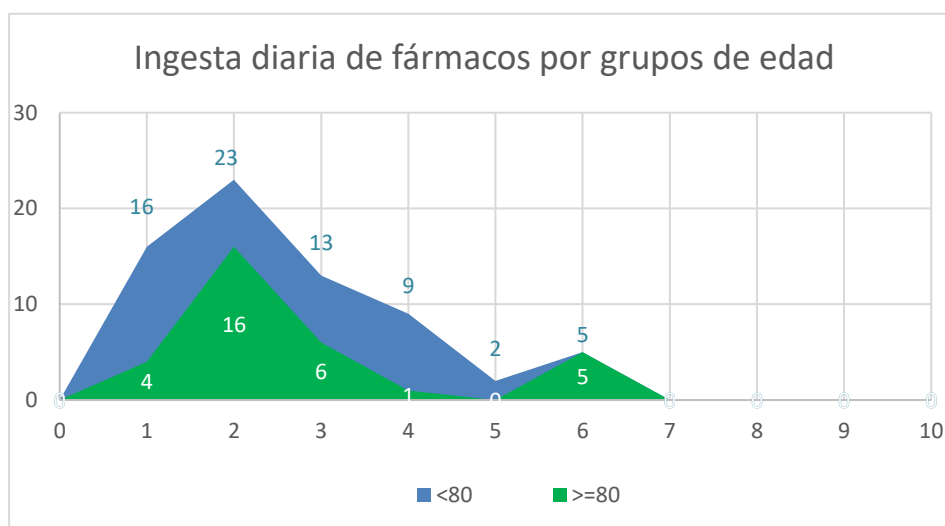


Figura 49. Número de fármacos ingeridos diaria y habitualmente distribuidos por grupos etarios (3ª y 4ª edad)

Se trata de un dato contraintuitivo, y que debe estar en dependencia o en correlación con otras variables. Estas variables pueden ser el porcentaje por edad de los encuestados y el porcentaje de encuestados que tienen enfermedades crónicas. Recuérdese (figura 29) que sólo el 32% de la muestra tiene una edad igual o superior a los 80 años. Y que solo el 24% de la muestra declaraba no sufrir ningún tipo de padecimiento crónico. Si 32 personas son las que tienen más de ochenta años, entonces la mitad de los mayores de ochenta años de nuestra muestra toman dos fármacos diarios. El porcentaje de los mayores de 80 años que toman sólo uno o dos fármacos diarios es de 62,5%, frente al 57,3% de menores de ochenta años. Estos resultados, sorprendentemente también, son muy similares

Lo mismo sucede si consideramos una ingesta mayor de fármacos. El 37,5% de los mayores de 80 años toma tres o más fármacos, frente al 42,7% de menores de ochenta años. De nuevo tenemos resultados, sorprendentemente, equilibrados.

Si ahora tenemos en cuenta el porcentaje de personas que declaraban sufrir enfermedades crónicas, parece que los datos también vuelven a darnos sorpresas. Y es que, recordemos, el 72% de la muestra declaraba sufrir enfermedades crónicas, frente al 24% que afirmaba lo contrario. En base a estos últimos obtuvimos los Randolph y Theresa. A la vista de los datos actuales sobre la ingesta habitual de fármacos, debemos afirmar que la mayor parte de los encuestados tienen enfermedades crónicas, y que éstas cursan de forma leve o moderada. La presencia de enfermedades crónicas es siempre un

factor preocupante, por las complicaciones que puede tener. Pero muchas de estas enfermedades pueden controlarse bien con medidas dietéticas o preventivas. Por ejemplo, dentro de cierto umbral, la diabetes, la hipercolesterolemia, o la hipertensión pueden controlarse bien con dieta y ejercicio físico. Quizá por eso, la ingesta de fármacos no sea muy elevada, y sin embargo estas personas tienen cronificados unos factores de riesgo en su salud, que exigen vigilancia.

Por último, para la determinación rigurosa de las personas que las personas de nuestra muestra que podríamos identificar como pertenecientes a los tipos Eleni o María, vamos a considerar el indicador: percepción del estado de memoria. Si distribuimos porcentualmente las respuestas a la pregunta por la percepción subjetiva del estado de memoria obtenemos los siguientes datos:

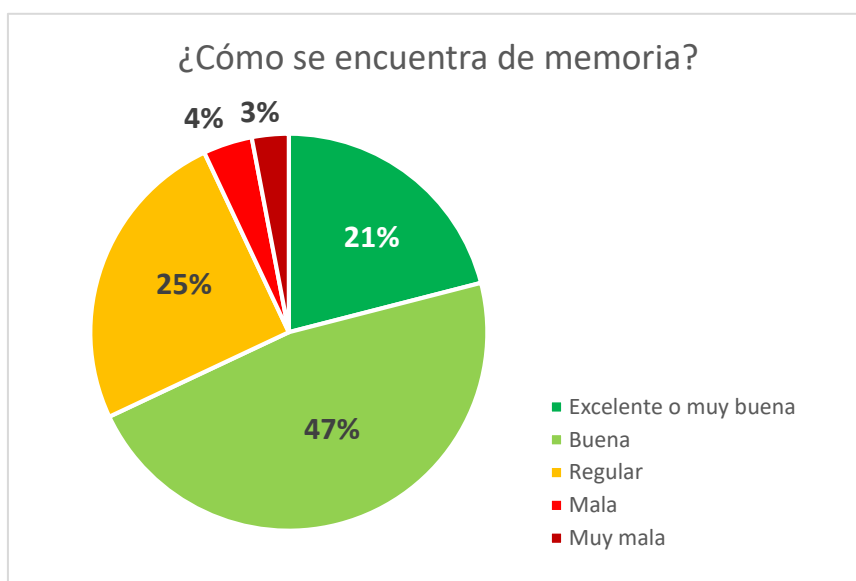


Figura 50. Percepción subjetiva del estado de memoria

Según esta figura de sectores el 68% de la muestra dicen tener una memoria buena o muy buena. Y el 25% de la muestra acusa un leve empeoramiento de su estado cognitivo que se traduce en lo que podríamos llamar un deterioro incipiente de su memoria. Por ello, podríamos afirmar que 93 personas de nuestra muestra se encuentran en un estado razonablemente aceptable de sus capacidades cognitivas. Como habíamos identificado a 24 personas con un estado de salud excelente o muy bueno, entonces resulta por una simple sustracción que 69 personas de la muestra deberían pertenecer a los tipos ideales Eleni o María. Este dato es congruente con que el 76% de la muestra tenga enfermedades crónicas, y es que, si el total de personas que tienen padecimientos cronificados es de 76 y 69, son las personas con un estado de memoria aceptable, entonces resulta que $76 - 69 = 7$, que coincide exactamente con el número de personas que informan tener un estado cognitivo malo o muy malo.

Pues bien, distribuyamos ahora por grupos de edad la percepción subjetiva del estado cognitivo. Sólo así podremos saber cuántas personas de estos 69 pertenecen al tipo ideal Eleni, y cuántas al tipo ideal María. Al mismo tiempo, las respuestas «mala» o «muy mala» a la pregunta por el estado cognitivo, implica que esas personas necesariamente han de pertenecer a los tipos ideales Procolo (<80) o Jacqueline (≥ 80). Estos son los resultados:

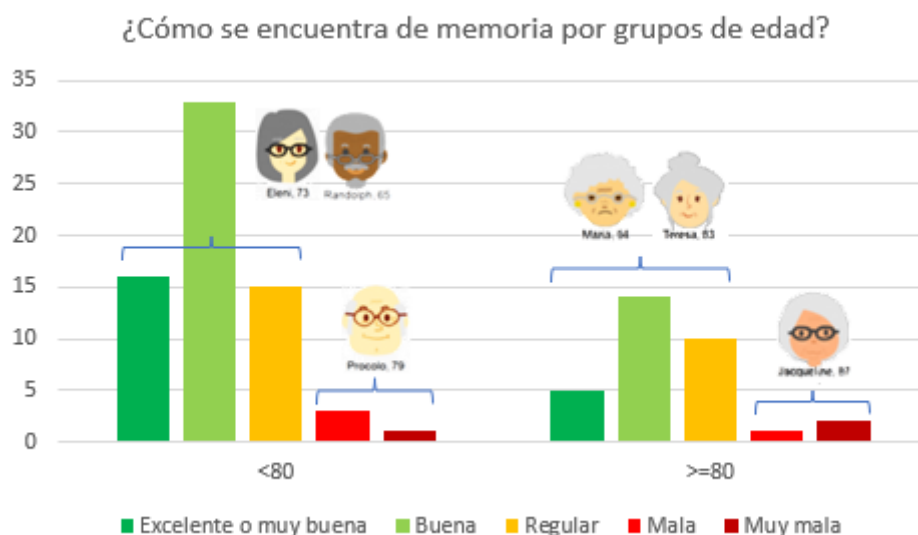


Figura 51. Distribución por tipos ideales de la percepción subjetiva del estado de memoria

Como vemos cuando la variable edad es menor de ochenta años, la mayor parte de los encuestados piensan que tienen una memoria buena. En este grupo etario las personas con una memoria excelente, buena o regular forman una campana de Gauss perfecta: 16 personas la tienen excelente o regular, y 33 la tienen buena. La variable edad influye, e influye mucho, en el estado cognitivo. Independientemente del número de personas que compone la muestra y de su distribución por edades, se aprecia que al pasar a la cuarta edad disminuye el porcentaje de personas que tienen la memoria excelente o muy buena. No obstante, siguen siendo mayoría los que piensan que gozan de un buen estado cognitivo. El equilibrio que en la tercera edad tenían quienes percibían en sí un estado de la facultad memorística excelente o regular, se rompe en la cuarta edad a favor de las personas que acusan un deterioro incipiente de sus facultades mentales. Por último, es de reseñar que si en la tercera edad, había menos personas que tenían la memoria mala frente a los que percibían un muy mal estado de su memoria, en la cuarta edad son más los que perciben un estado muy malo, frente a los que piensan que la tienen mal. Esto se aprecia mejor en la siguiente figura:

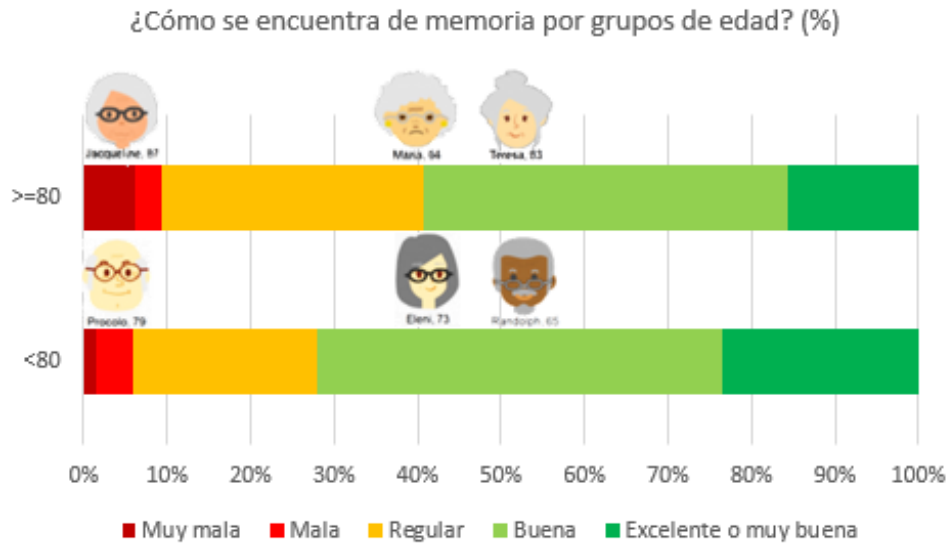


Figura 52. Comparativa de la distribución por grupos etarios de la percepción del estado de memoria

Pues bien, recordemos ahora nuestros algoritmos:

$$x \in Eleni \rightarrow \{x < 80 \wedge [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29a < 5) \vee (P29a = 1 \vee 2 \vee 3)]]\}$$

y

$$x \in Maria \rightarrow \{x \geq 80 \wedge [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29a < 5) \vee (P29a = 1 \vee 2 \vee 3)]]\}$$

Pues bien, tras ejecutarlo en nuestra base de datos en *Microsoft Excel* obtenemos la siguiente distribución.

Tipo ideal <i>Blueprint</i> personas	Porcentaje en la muestra
Eleni	17
María	17
Randolph	21
Theresa	3

Tabla 18. Porcentajes en la muestra de los tipos ideales weberianos *Blueprint* personas

Resulta evidente que, si la muestra la componen 100 personas, entonces hemos identificado a 58 de las personas de nuestra muestra. Las restantes 42 personas han de pertenecer a los tipos «Procolo» o «Jacqueline». Como 32 personas tenían una edad igual o superior a 80 años, y 68 menor de los ochenta años, entonces resulta también claro que en nuestra muestra hay 30 personas tipo «Procolo» y 12 tipo «Jacqueline». No obstante, en el epígrafe III.1.3.e elaboraremos sendos algoritmos para identificarlos con precisión. En la siguiente tabla se puede observar la distribución de la muestra por los tipos ideales:

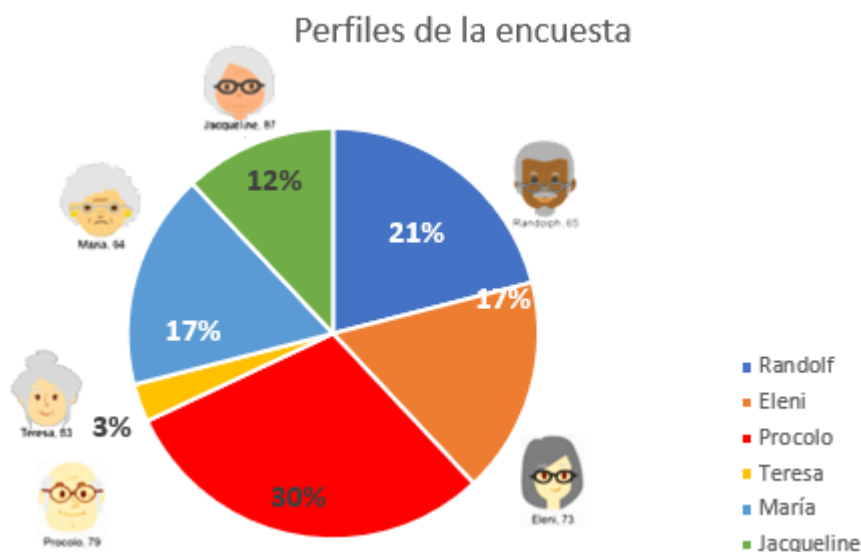


Figura 53. Composición de la muestra por tipos ideales weberianos Blueprint personas

Resulta sorprendente el elevado porcentaje de personas tipo «Procolo» y «Jacqueline» que son atendidas por la Cruz Roja. En total suman el 42% de la muestra. Se trata de personas que, como he comentado al tratar de su tipología en la parte teórica de esta tesis doctoral, tienen necesidades complejas por un estado de salud bastante lamentable. Es lógico que estos sean los destinatarios naturales de las intervenciones. No obstante, pienso que podría reducirse su número si se diseñasen acciones dirigidas a la promoción de un estilo de vida activo y saludable.

VII.2.4. DEPENDENCIA ENTRE VARIABLES EDAD Y ENFERMEDAD CRÓNICA EN LOS TIPOS IDEALES «ELENI» Y «MARÍA». PROBLEMAS QUE SURGEN EN LAS INTERVENCIONES CON ESTOS TIPOS

De estos datos podemos colegir un grave problema que afectan a estas intervenciones, como las que realiza la Cruz Roja de Aragón, y que pueden muy bien encontrar un cauce idóneo para su resolución en las herramientas de mediación. Es el caso de que los informantes recelen, por el motivo que sea, del hecho de proporcionar la información sobre la ingesta habitual de fármacos, y además estas personas tengan enfermedades crónicas, entonces una información muy sensible, útil y necesaria que las instituciones que actúan con estas personas necesitan, es parcial. En ese caso, por ejemplo, resulta muy difícil que los auxiliares de ayuda a domicilio o los profesionales de teleasistencia, por ejemplo, puedan ayudar al mayor a cumplir las prescripciones y recomendaciones sanitarias, o a gestionar la multimorbilidad. Mucho menos pueden actuar adecuadamente sobre los cuidados necesarios en personas con enfermedades crónicas. Todos estos objetivos relacionados con necesidades muy habituales de la población mayor quedan seriamente comprometidos.

La mediación puede ofrecer un cauce para que la persona mayor con padecimientos cronicados pueda abrirse confiadamente a las instituciones que intervienen por mor de él. Particularmente esta mejora en la comunicación es el objetivo

de la mediación circular-narrativa, como puse de relieve en el epígrafe IV.7. de esta investigación.

VII.2.5. DETERMINACIÓN ALGORÍTMICA DE LAS PERSONAS DE LA MUESTRA SUBSUMIBLES BAJO LOS TIPOS IDEALES «PROCOLO» Y «JACQUELINE»

Aunque los algoritmos que hemos propuesto hasta el momento nos sirven para identificar directamente a las personas de nuestra muestra tipo «Randolph», «Theresa», «Eleni» y «María», y por descarte o sustracción a las personas tipo «Procolo» y «Jacqueline», podemos, no obstante, urdir un algoritmo que identifique a estos también directamente.

Para ello simplemente debemos variar en los algoritmos para identificar a los «Eleni» y «María», la percepción del estado de memoria, si este es valorado subjetivamente como malo o muy malo, entonces resultaría que un individuo x de nuestra muestra pertenecería al tipo ideal weberiano «Procolo» si es menor de 80 años, tiene enfermedades crónicas y cumple al menos una de estas dos condiciones: ingiere habitualmente cinco o más fármacos o tiene un estado de memoria malo o muy malo. La fórmula quedaría de momento así:

$$x \in Procolo \rightarrow \{x < 80 \wedge [(P26a = sí) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]]\}$$

Para la identificación de personas tipo «Jacqueline» en la muestra, el algoritmo diría así:

$$x \in Jacqueline \rightarrow \{x \geq 80 \wedge [(P26a = sí) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]]\}$$

Es decir, un individuo x de nuestra muestra pertenecería al tipo ideal «Jacqueline» si tiene una edad igual o superior a los 80 años, tiene enfermedades crónicas, y cumple al menos una de las dos siguientes condiciones: toma cinco o más fármacos diarios o percibe que el estado de su memoria es malo o muy malo.

Pero pueden darse casos de tipo «Procolo» que ingieran una cantidad menor de fármacos. Por ejemplo, cuando una persona ha sufrido un infarto de miocardio, un accidente cerebro vascular o un cáncer, pero no tiene otras patologías asociadas. Es decir, si lo que define a un «Procolo» o una «Jacqueline» es un tipo de gravedad, y no de cronicidad de sus enfermedades que requiera de ayuda para la realización de las actividades diarias (la multimorbilidad de patologías cronificadas sí sea grave y pueda impedir estas actividades), entonces el tratamiento que requiere un «Procolo» o una «Jacqueline» puede ser muy específico y estar muy limitado en cuanto al número de fármacos que requiere. Por eso, el algoritmo de identificación de los tipos ideales «Procolo» y «Jacqueline» ha de complementarse, para recoger también aquellas personas que tienen necesidades complejas, pero no ingieren habitualmente un número elevado de fármacos

Afortunadamente, en la encuesta tenemos otros indicadores que nos pueden ayudar a identificar a los «Procolo» y «Jacqueline». En concreto tenemos el indicador de «necesidad de ayuda», que está recogido en la columna AT de nuestra base de datos en *Microsoft Excel*, por el que se ha preguntado en la cuestión P31b de nuestro cuestionario,

y que se ha tabulado en tres ítems: 1. «Sí, para las actividades básicas instrumentales», 2. «Sí, para las actividades de la vida diaria», y 3. «No, no necesito ayuda». Pues bien, si la respuesta es 2 entonces es indicativo de que esa persona es «Procolo» o «Jacqueline» aunque tenga un buen estado de memoria, o incluso un excelente estado cognitivo. Así pues, el algoritmo ahora se complica, pero creo que permite decidir adecuadamente que personas de nuestra muestra son «Procolo» o «Jacqueline». Para los «Procolo» quedaría así:

$$x \in Procolo \leftrightarrow \{x < 80 \wedge [(P31b = 2) \vee [(P26a = sí) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]]]\}$$

Ecuación 6: Algoritmo identificación personas tipo «Procolo»

Es decir, un individuo de nuestra muestra pertenece al tipo *Blueprint persona* denominado «Procolo» *sí y sólo sí* es menor de ochenta años y cumple al menos *una* de las dos condiciones adicionales siguientes:

1. Necesita ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.
2. Tiene enfermedades crónicas y cumple al menos una de estas otras dos condiciones adicionales: ingiere habitualmente cinco o más fármacos o tiene un estado de memoria malo o muy malo.

Por su parte, un individuo de nuestra muestra pertenece al tipo ideal «Jacqueline» *sí y sólo sí* cumple el siguiente algoritmo:

$$x \in Jacqueline \leftrightarrow \{x \geq 80 \wedge [(P31b = 2) \vee [(P26a = sf) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]]]\}$$

Ecuación 7: Algoritmo identificación personas tipo Jacqueline

Es decir, si tiene una edad igual o superior a los 80 años y cumple al menos una de las dos condiciones adicionales siguientes:

1. Necesita ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.
2. Tiene enfermedades crónicas y cumple al menos una de estas otras dos condiciones adicionales: ingiere habitualmente cinco o más fármacos o tiene un estado de memoria malo o muy malo.

Ya hemos comentado las figuras de enfermedades crónicas, y las de fármacos ingeridos diaria y habitualmente. Nos queda examinar el indicador de la necesidad de ayuda. La pregunta del cuestionario con el que sondeamos este indicador la hemos desglosado en tres respuestas posibles: la necesidad de ayuda para la realización de actividades básicas instrumentales, la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, y la autosuficiencia. Pues bien, veamos en primer lugar cuáles fueron las respuestas de los participantes en nuestra encuesta.

Como vemos, la mayoría de la población de la muestra es autónoma, hecho que podíamos suponer puesto que la totalidad de la muestra habita hogares unipersonales. Esta mayoría aumenta, si tenemos en cuenta que un 26% adicional *sí* necesita ayuda, pero para la realización de actividades básicas instrumentales del tipo de ayuda en la limpieza

de la casa, acompañarle al banco, etc. Es decir, un 86% de la muestra tienen un grado bastante aceptable de autonomía.

No obstante, tenemos un 14% de la muestra que manifiestan necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria, es decir, para levantarse, asearse, tomarse la medicación, comer o beber. Afortunadamente los servicios de ayuda a domicilio y los servicios de teleasistencia, amén de si tienen contratada alguna persona interna, permite que estas personas sigan habitando sus hogares. Se trata de un porcentaje muy significativo de la muestra, y todo un éxito para las actuaciones que promueve la Cruz Roja en Aragón.

Como estas actuaciones son comunes a estas personas y las que necesitan ayuda para las actividades básicas instrumentales, estos servicios asistenciales son ofrecidos al 40% de la población de nuestra muestra. Si extrapolamos estos resultados podríamos afirmar que aproximadamente el 40% de la población mayor con que se interviene socialmente necesita estos tipos de ayuda. Se trata de un altísimo porcentaje de la población, y de un tipo de intervenciones que, al menos en el 14% que requiere ayuda en la vida diaria, necesita general y adicionalmente de un importante desembolso en material ortoprotésico y en formación de personal cualificado. Se trata de un servicio inestimable que estas instituciones prestan al conjunto de la sociedad, y que requiere de un apoyo político y administrativo acorde con la valía de los servicios que prestan con estas actuaciones.



Figura 54. Indicador necesidad de ayuda habitual

Veamos ahora la distribución de esta necesidad de ayuda entre los tipos ideales weberianos *Blueprint personas*, que conforman nuestra población.

Lo primero que observamos es que de las 12 personas que habíamos identificado como Jacqueline (véase figura 38) la mitad requiere ayuda para las actividades básicas instrumentales y la otra mitad para las de la vida diaria. Observamos en este grupo, es lógico, el porcentaje más alto de personas que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria. El 6% de la muestra tienen necesidades que requieren de ayuda externa para poder desenvolverse en su hogar solo o sola.

En cambio, de las treinta personas tipo «Procolo» que habíamos identificado en nuestra muestra sólo tres necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

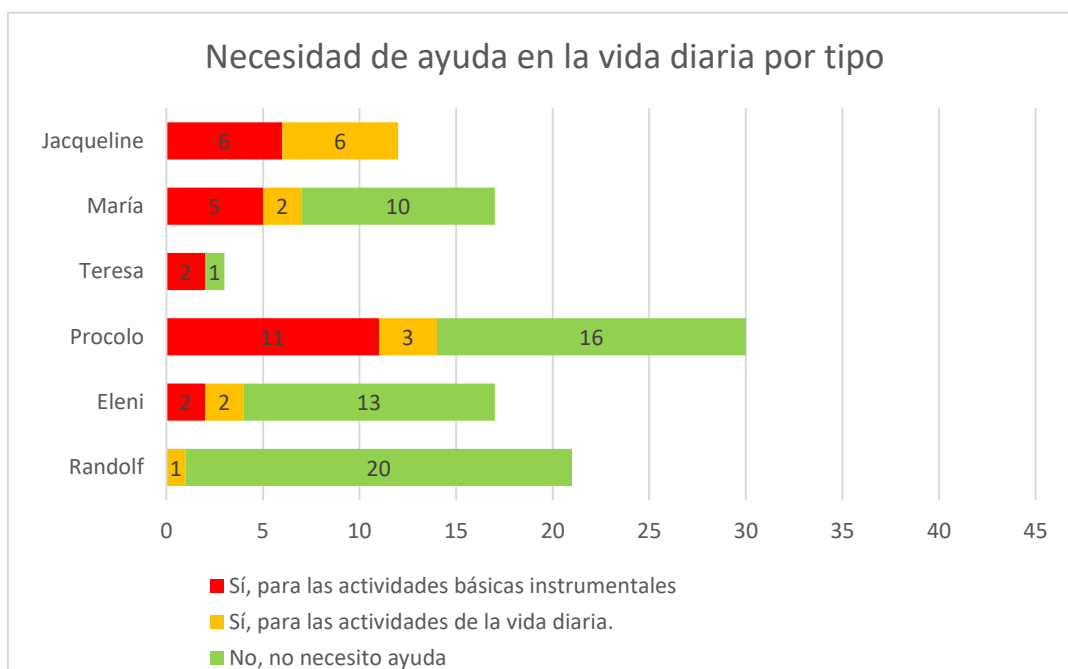


Figura 55. Distribución por tipos ideales de las necesidades de ayuda

La mayoría de los «Procolo» (16, es decir el 53%) no necesita ningún tipo de ayuda, por su edad aún pueden manejarse bien con sus enfermedades crónicas, o con su estado de memoria, generalmente con un deterioro incipiente. No obstante, 11 de las personas que hemos identificado como pertenecientes al tipo ideal «Procolo», es decir el 36,6% necesitan ayuda para poder realizar las actividades instrumentales.

Pasemos ahora a los tipos ideales «Eleni» (< 80) y «María» (≥ 80). Se trata de dos tipos sociales bastante complejos. En ellos apreciamos que las personas que conforman estos grupos tienen necesidades muy dispares. En estos dos tipos de personas se observa claramente que solo una minoría de ellas (2 por cada tipo ideal) tiene necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria. Entre las más jóvenes, es decir, entre las personas tipo «Eleni», la mayoría son autónomas, independientes y autosuficientes. De 17 personas tipo «Eleni», 13 (es decir el 76,4%) son autosuficientes. Cuatro de las personas tipo «María» si necesitan ayudas. De ellas dos para las actividades básicas instrumentales, y dos para las actividades de la vida diaria.

En lo que respecta a las personas tipo «María», observamos que el paso de la tercera a la cuarta edad va acompañado por una fuerte disminución de las personas autosuficientes. Solo diez de las personas identificadas como «María» son autosuficientes, es decir el 58% de la muestra frente al 76,4% de la muestra de «Eleni» que eran autosuficientes. El porcentaje de «María» que no necesitan ayuda se ha reducido en 18 puntos porcentuales. Como estamos tratando de personas tipo «Eleni» o «María», es decir de personas que no requieren de ayudas muy especializadas, pero sí tienen enfermedades crónicas, o un deterioro cognitivo incipiente, siete personas tipo «María» si necesitan ayuda: La mayoría de ellas, cinco, solo para las actividades básicas instrumentales. Pero dos de las «María» requieren ayuda para las actividades de la vida diaria. Estos datos se pueden observar muy claramente en la tabla siguiente:

	«María» (total en la muestra 17)		«Eleni» (total en la muestra 17)	
	Total	%	Total	%
No necesita ayuda	10	58%	13	76,4%
Ayuda actividades básicas instrumentales	5	29,4%	2	11,7%
Ayuda actividades vida diaria	2	11,7%	2	11,7%

Tabla 19. Frecuencia y porcentajes de la necesidad de ayuda

Así pues, entre la variable edad y las variables necesidad de ayuda se establece una *estructura de dependencia*, pues existen un alto grado de relación entre las mismas: la necesidad de ayuda depende en alto grado de la edad que se tiene.

VII.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LAS PRESCRIPCIONES Y RECOMENDACIONES SANITARIAS

VII.3.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

En nuestra encuesta figuran indicadores de las enfermedades crónicas más agudamente percibidas y padecidas por los individuos de nuestra muestra y de la percepción subjetiva sobre las posibilidades de mejorar la propia salud. En base a estos dos indicadores podemos extraer una serie de datos sobre las dificultades que viven, tanto nuestros mayores como el personal sanitario, para seguir exitosamente las prescripciones y recomendaciones sanitarias.

Veamos el indicador referente a las enfermedades crónicas padecidas por los individuos de nuestra muestra. Antes de comenzar, debo precisar que se trata de una información subjetiva. No tenemos datos de los servicios médicos, sino de la información que nos han proporcionado los pacientes. Quizá esta información no sea completa ni exhaustiva, pero en cambio gana en valoración. Se trata de las enfermedades crónicas que nuestros mayores sienten que más les afectan en su día a día.

En la figura 41 se observa que más de un tercio de la muestra ha respondido que padece otro tipo de enfermedades crónicas diversas de las más frecuentemente consideradas como crónicas. En este «otros» se han englobado mayoritariamente deterioros de las capacidades sensoriales ligados a la edad, ya sean estos deterioros de la vista como las cataratas, el glaucoma, etcétera, o del oído como las deficiencias auditivas. Aparte de estos padecimientos, en nuestra muestra también figuraban un nutrido grupo

de personas que informaban de padecimientos crónicos que afectaban a su movilidad: trastornos articulares generalmente. Se trataba de trastornos que hemos clasificado bajo la rúbrica «otros».

No es sorprendente que la enfermedad crónica más común entre los mayores de nuestra muestra sea la hipertensión, y por ello también, su evolución en los trastornos cardíacos. Estos pueden haberse visto inducidos por la combinación entre hipertensión e hipercolesterolemia que ocupa el tercer puesto en la preocupación de las personas de nuestra muestra entre las enfermedades crónicas que sufren.

Por otra parte, sorprende el buen estado de ánimo general de los encuestados. Apenas un 4% informa de problemas de ansiedad o de cuadros depresivos. Sorprende porque se trata de individuos que habitan hogares unipersonales y que en su mayoría han sufrido graves acontecimientos vitales como la viudez o el divorcio. Otro 4% de la muestra informa de problemas crónicos con su memoria. Ya tratamos de eso, pero globalmente no sorprende este porcentaje tan bajo, puesto que, si el estado de su memoria fuese peor, no podrían vivir solos.

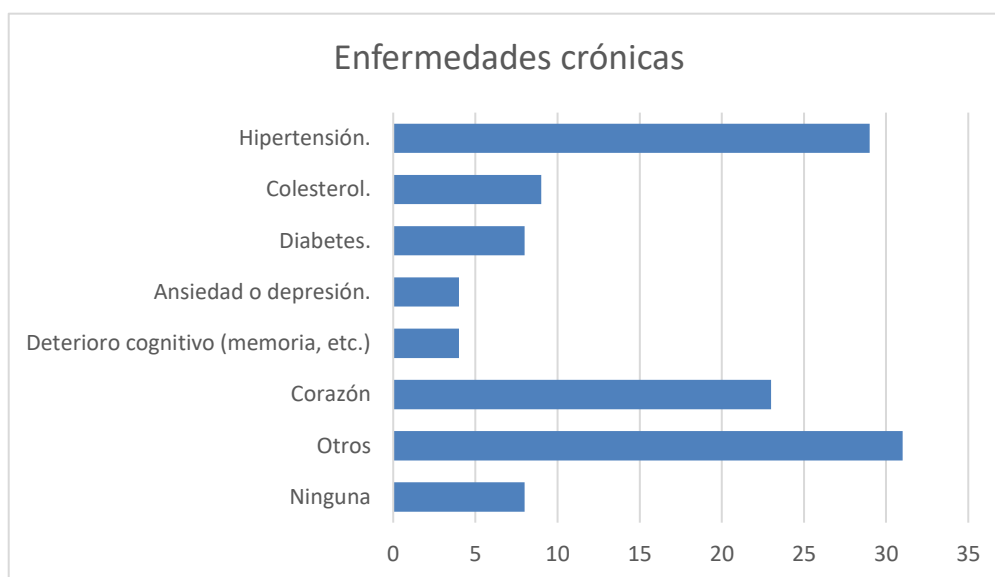


Figura 56. Patologías crónicas en los individuos de la muestra

Distribuyamos ahora estos resultados entre los tipos ideales weberianos con que venimos trabajando en la muestra.

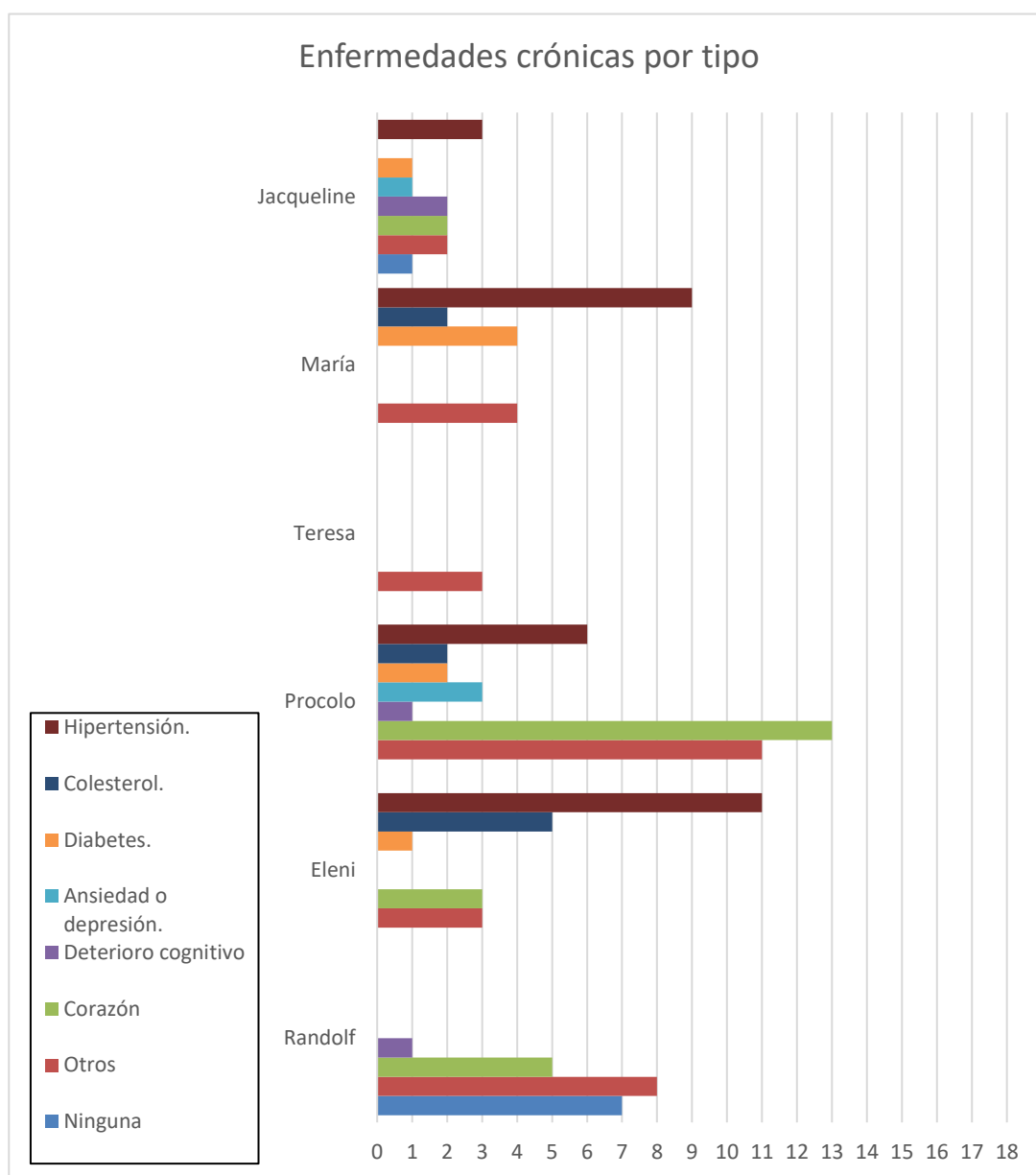


Figura 57. Distribución por tipos ideales de las enfermedades crónicas más frecuentes en la muestra

Vemos que la dolencia crónica que afecta a más tipos, es la mayoritariamente sufrida: la hipertensión, que mantenida durante tan largo tiempo se asocia a otras dolencias, particularmente vasculares y cardíacas, como lo indica que las afecciones de corazón tengan una alta representación en nuestra muestra. Observamos que salvo en los tipos ideales «Randolph» y las tipo «Theresa», todas los demás contienen a personas que padecen de hipertensión. Particularmente alto es el caso de los tipos «Eleni» y «María» que, respecto de una población total de 17 personas de la muestra por tipo, aparece hipertensión crónica en 11 y 9 personas de la muestra respectivamente. Esto significa que el 64,7% de las personas tipo «Eleni» sufre de hipertensión crónica, y el 52,9% del tipo «María».

Las dolencias cardíacas crónicas se acumulan sobre todo en las personas con necesidades más graves, es decir en los tipos «Procolo» y «Jacqueline». El 43,2% de los

Procolo informan de problemas cardiacos, y el 16,6 de las personas tipo «Jacqueline». Es en estos dos tipos ideales donde se acumulan la casi totalidad de las enfermedades crónicas. Sorprendentemente, resulta que el 23,8% de la muestra de personas tipo «Randolph» informan de padecimientos cardiacos crónicos.

Resulta congruente con lo comentado anteriormente que las dolencias crónicas que afectan a más tipos diversos de la muestra sean las que hemos clasificado bajo la rúbrica «otros». Aquí la fotografía de nuestra base de datos no alcanza el grano fino que alcanza en las demás respuestas.

Resulta sorprendente que entre las personas tipo «Theresa» solo un ligero porcentaje informe de enfermedades crónicas, y que la única de la que informan sean las englobadas bajo la rúbrica «otros». Es congruente con la escasa representación de personas tipo «Theresa» en la muestra: sólo hay 3 en ella, y precisamente las 3 informan de este tipo de problemas. En la cuarta edad, las personas tipo «Theresa» sólo tienen representatividad en el apartado genérico «otros», es decir, sus patologías crónicas son indisolubles de la edad, y sufren o dolores articulares o patologías visuales o auditivas.

Tratemos ahora del indicador sobre la percepción subjetiva de posibilidad de mejoría. Se trata de un indicador naturalmente asociado a la cronicidad de las enfermedades, y que engloba tanto las posibilidades subjetivas que tiene el paciente para controlar sus patologías (mediante dieta, ejercicio, estilo de vida, etcétera), como las posibilidades objetivas de lograrlo (mediante los diferentes eslabones que componen el sistema salud, tanto vertical como horizontalmente).

Bajo la rúbrica «otros» se han englobado las respuestas en blanco o las respuestas no sabe. Es decir, la categoría «no sabe/no contesta». La mayor parte, casi la mitad (un 41%) suspendió pronunciarse sobre este punto.

Respecto de los que contestan, la mayoría (un 26%) deposita su confianza en los avances farmacológicos. Ninguna persona contestó afirmando que de algún modo su estado de salud también dependía de él, de su fortaleza e inteligencia para seguir un estado vida saludable. Incluso, un 23% no veía posibilidad alguna de mejora de su estado de salud. Una pequeña porción de la muestra (10 personas) declaraban no tener ninguna información sobre proyectos e intervenciones que le ayudasen a mantener o mejorar su estado de salud.

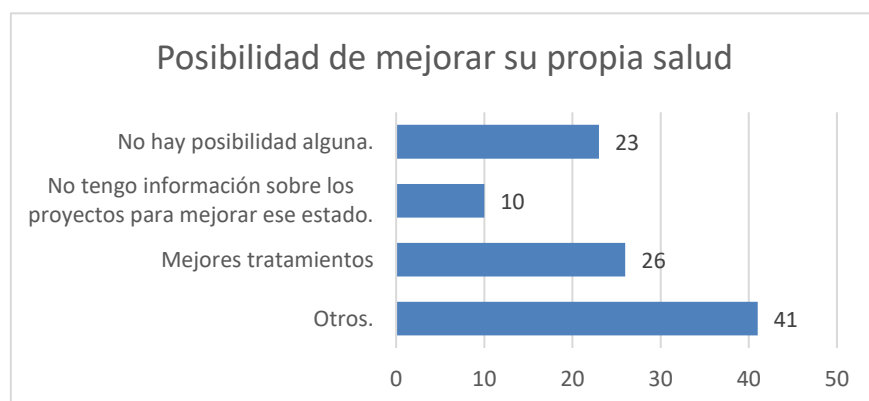


Figura 58. Posibilidad de mejorar el estado de salud

Si ahora distribuimos esta estadística por tipos sociales observamos que la mayor parte de las personas que no responden son curiosamente las personas tipo «Randolph». Sorprende la elevada proporción de desinterés mostradas por las personas tipo «Randolph». Sucede lo mismo con las personas tipo «Procolo», más de la tercera parte (el 36,6%) no responden. Se trata de un asunto grave, en personas, que relativamente jóvenes, sin embargo, sufren un buen número de enfermedades crónicas, y en estado avanzado. Es incongruente su silencio con que la Cruz Roja los esté atendiendo, y que ellos hayan solicitado voluntariamente estas intervenciones.

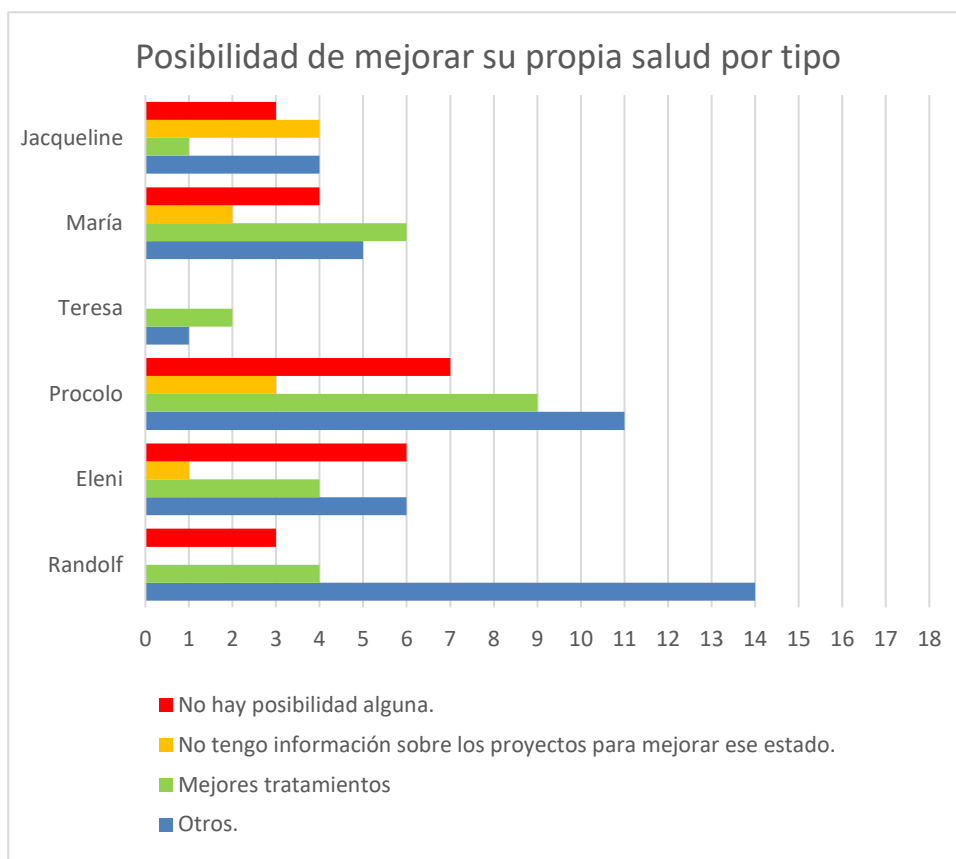


Figura 59. Distribución por tipos ideales de la percepción de posibilidad de mejora en el estado de salud

Este desinterés cuando la salud es buena o moderadamente buena nos indica un problema para las actividades preventivas, y aquellas que tengan como finalidad un envejecimiento activo y saludable. Particularmente es grave este desinterés cuando las enfermedades crónicas son leves, y podrían ser corregidas fácilmente con dieta y ejercicio, es decir entre las personas tipo «Eleni» y tipo «María» que suman el 34% de nuestra muestra. Estas personas, que han manifestado su desinterés, deberían ser destinatarios diana de intervenciones dirigidas a su envejecimiento activo y saludable. En estos dos tipos sociales también resulta preocupante el alto índice de personas que no ven posibilidad alguna de mejora. Sus enfermedades, por lo general, pueden mejorar, o al menos pueden no empeorar demasiado. Quizá la mediación se pruebe en estos casos una herramienta poderosa entre las intervenciones y los posibles destinatarios,

acompañándolos para que tomen sus propias decisiones acerca de una vida a medio plazo más saludable, y más activa. Figura 44: distribución por tipos ideales de la percepción de posibilidad de mejora en el estado de salud

Veamos ahora esas enfermedades, desglosadas por tipos, y la percepción subjetiva de nuestros afectados sobre su posible mejora. Confirmamos ahora que en enfermedades que pueden ser corregidas sensiblemente con actividades como el ejercicio físico o la dieta (la hipercolesterolemia, la hipertensión, la diabetes) se cumple lo que temíamos al comentar la figura anterior. Aproximadamente la mitad no contestan, y un porcentaje relativamente alto, se resignan. En todos los casos se tiene la esperanza de mejores tratamientos farmacológicos que ayuden. De aquí derivarán, con toda certeza, problemas derivados de los efectos de los fármacos y en algunos casos, polimedamentación.

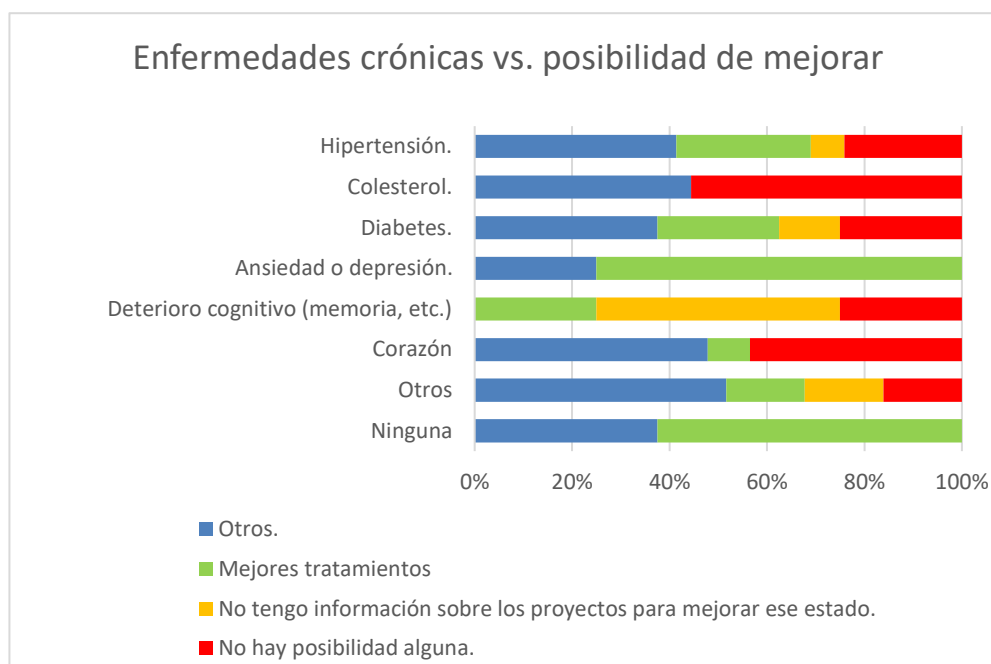


Figura 60. Percepción de la posibilidad de mejora ante las enfermedades crónicas padecidas

Podemos distribuir ahora por nuestros tipos ideales la percepción de la posibilidad de mejora de sus padecimientos habituales y crónicos. Así podemos analizar mejor la sensibilidad de cada tipo ideal *Blueprint personas* respecto a su estado de salud, su futuro, y respecto al seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas.

Comencemos, como siempre, por las personas tipo Randolph. Conviene recordar que conforman el 21% de nuestra muestra. En la figura se aprecia que tienen un buen estado de salud, que no sufren las dolencias crónicas más habituales, sino algunas relacionadas con afecciones cardiacas leves, o leves dolencias articulares. En algún caso hay cierto deterioro cognitivo, pero también incipiente. Sin embargo, el desinterés expresado en no responder a la pregunta, ni siquiera pidiendo información o confiando en mejores tratamientos, es evidente. Parece evidente que los trabajadores sociales deberían intervenir socialmente con este grupo para intentar transformar sus actitudes hacia sí mismos. El modelo transformativo de Bush y Folger sería de gran ayuda. Por otra parte, el profesional del trabajo social puede mediar entre estas personas y las

instituciones sanitarias para mejorar la comunicación, y que estos mayores tengan la información que requieren en algunos casos. Aquí, la herramienta podría ser la mediación circular-narrativa.

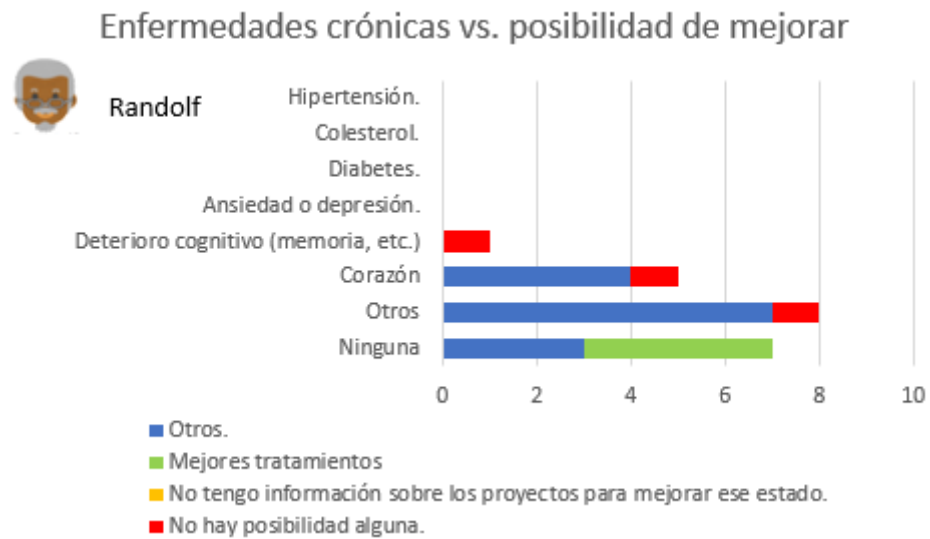


Figura 61. Percepción subjetiva del tipo ideal Randolph sobre la mejora de su estado de salud

Si ahora tratamos del tipo ideal Theresa, notamos en primer lugar el excelente estado de salud del que gozan las personas de nuestra muestra que hemos identificado como «Theresa». Se trata de una entrada en la cuarta edad maravillosa. Recordemos que en nuestra muestra solo el 3% había sido identificado como «Theresa». No tienen ninguna de las enfermedades crónicas más comunes. Solo informan de «otros», es decir, dolencias articulares o problemas ligados a la edad en la vista y/o el oído. Pues bien, de estas 3 personas, 2 tienen puestas sus esperanzas en mejores tratamientos que les ayuden en estas afecciones, y otra no responde. Parece que con estas personas no es precisa la mediación a los efectos del seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas.

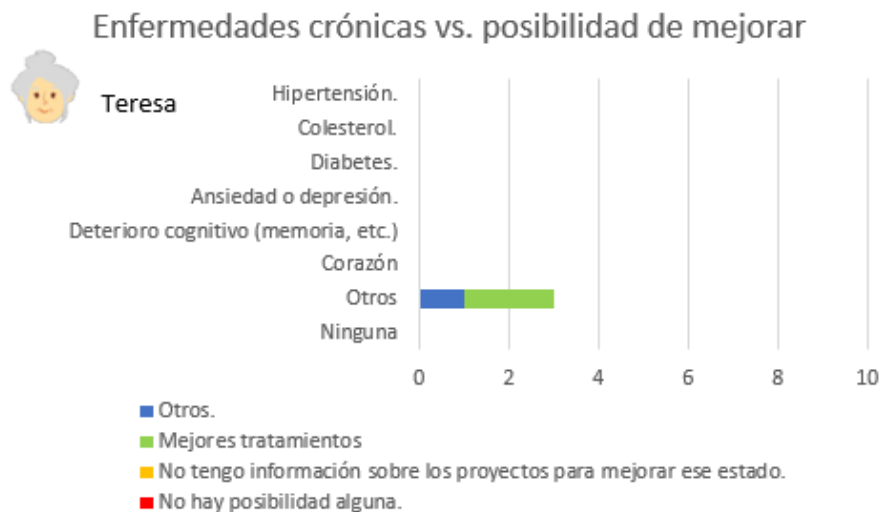


Figura 62. Percepción subjetiva del tipo ideal Theresa sobre la mejora de su estado de salud

Si bajamos a la franja etaria de la tercera edad y seguimos nuestro recorrido habitual, entramos ahora en las personas que tienen patologías crónicas. Es decir, en las personas tipo «Eleni». En ellas observamos todo el arco de enfermedades crónicas, salvo las enfermedades mentales y el deterioro cognitivo. Volvemos a constatar el desinterés en responder a la pregunta por la posible evolución de sus dolencias. Hay cierta confianza en mejores tratamientos, pero por lo general el desinterés (franjas azules de la figura), o la resignación (franjas rojas de la figura) son mayoritarios. Dado el carácter moderado de estas patologías entre las personas tipo «Eleni», pienso que un trabajo de mediación transformativa de sus propias actitudes hacia sí mismos, hacia su propia salud, sería muy deseable. Resulta difícil aceptar que estando en la tercera edad, no puedan mejorar su hipertensión, su colesterol, su diabetes o incluso sus problemas cardiacos con algo de dieta y ejercicio.

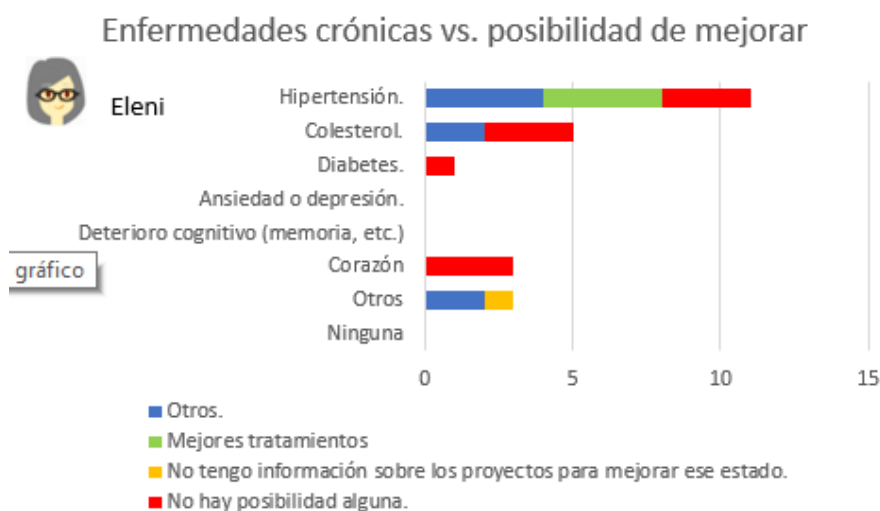


Figura 63. Percepción subjetiva del tipo ideal «Eleni» sobre la mejora de su estado de salud

Entre las personas que hemos identificado como pertenecientes al tipo ideal «María» observamos, con sorpresa que, a pesar de su avanzada edad, y a pesar de que constituyen el 26% de nuestra muestra, no encontramos en ellas ninguna de las enfermedades crónicas más habituales. Casi todas ellas sufren dolencias asociadas a la edad de carácter moderado, es decir, las que hemos catalogado en la rúbrica «otros». Es decir, su estado de salud o bien les dificulta la movilidad (dolencias articulares) o bien la interacción (problemas de vista o de oído). El otro gran componente de las patologías crónicas de este grupo lo constituyen los problemas cardiacos

Enfermedades crónicas vs. posibilidad de mejorar

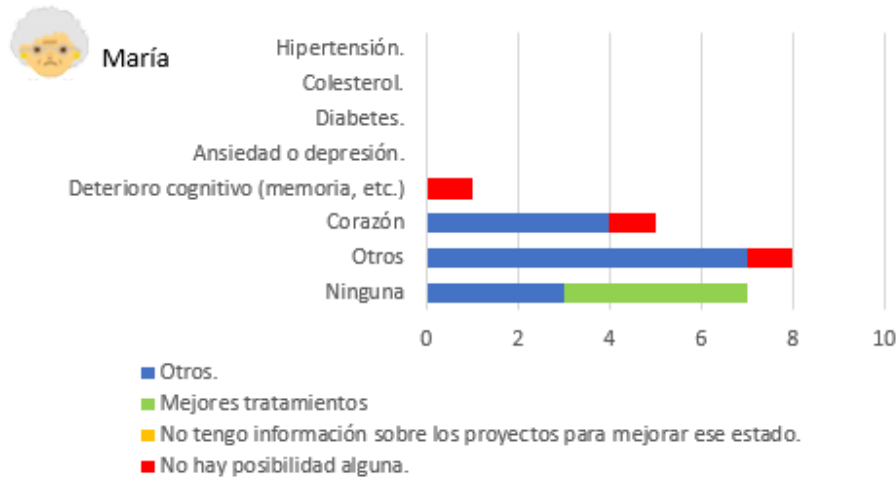


Figura 64. Percepción subjetiva del tipo ideal María sobre la mejora de su estado de salud

Pasemos a tratar de aquellas personas de nuestra muestra que estando en la tercera edad tienen necesidades muy complejas. Se trata de aquellas 30 personas de nuestra muestra que hemos identificado como pertenecientes al tipo ideal «Procolo». Como es el grupo más numeroso de la muestra (el 30%), y como tienen necesidades complejas, es lógico que estén representados en él la totalidad de dolencias cronicadas que hemos contemplado en nuestra investigación. Pero sorprende la abundancia del color azul, es decir, del desinterés por responder a la pregunta formulada por una mejora en el pronóstico de su dolencia. El 53% de los «Procolo» no respondió a esta pregunta. No obstante, un 30% esperaba mejorar con la aparición de mejores tratamientos. El desinterés y la percepción subjetiva de que es imposible la mejoría son propios de este grupo incluso cuando se sufren dolencias que podrían mejorar con unos hábitos saludables adecuados. Quizá lo avanzado de los padecimientos y la multimorbilidad no ayuden al seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas.

Enfermedades crónicas vs. posibilidad de mejorar

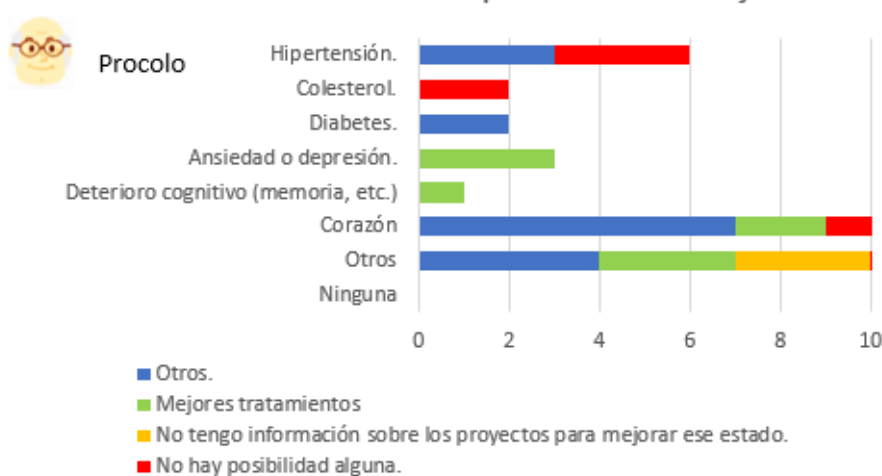


Figura 65. Percepción subjetiva del tipo ideal «Procolo» sobre la mejora de su estado de salud

Entre las 12 personas que identificamos en nuestra muestra como pertenecientes al tipo ideal «Jacqueline» encontramos como dominantes las respuestas o no responde o no tiene información sobre la mejora. Este último aspecto indica una posible mejora en las intervenciones que se realizan. Mejorar la comunicación y despejar muchas de las dudas que atenazan a estas personas en las últimas etapas de su vida podría ser factible empleando herramientas de mediación circular-narrativa.

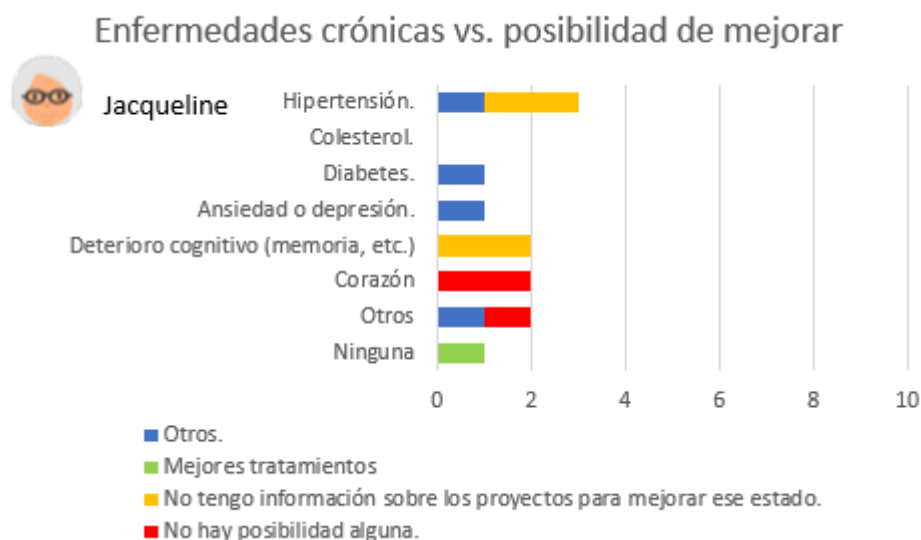


Figura 66. Percepción subjetiva del tipo ideal Jacqueline sobre la mejora de su estado de salud

VII.4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA GESTIÓN PERSONALIZADA DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

VII.4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Entre los indicadores presentes en nuestra base de datos disponemos de información muy valiosa relativa a uno de los problemas más acuciantes y agudamente sentidos entre nuestros mayores: la movilidad y la posibilidad de caídas, muchas veces, con un desenlace fatal.

Disponemos de los siguientes indicadores, que referenciamos por la columna que ocupan en nuestra base de datos en *Microsoft Excel*.

1. Columna T: indicador de motivos para cesar la movilidad y la actividad
2. Columna W: indicador de actividades deseadas y no realizadas.
3. Columna X: motivos por el que deja de realizar las actividades deseadas.
4. Columna AD: indicador de lugar deseado de residencia.
5. Columna AE: indicador de motivos por los que se desea vivir en otro lugar.

Si atendemos al primero de los indicadores observamos que casi la mitad de la muestra (el 48%) no contesta a esta pregunta. Y es que esa mitad que no responde a la pregunta no ha reducido su movilidad, lo que es un excelente indicador de salud y de vida activa. Observamos también que tan solo un 2% de la muestra alega que las barreras

arquitectónicas constituyen un serio obstáculo para su movilidad. Se trata de un dato congruente con el hecho de que la totalidad de nuestra muestra habite hogares unipersonales. El motivo más aducido para reducir la movilidad radica en problemas de salud. Recordemos que el 76% de nuestra muestra sufre enfermedades crónicas con mayor o menor gravedad.

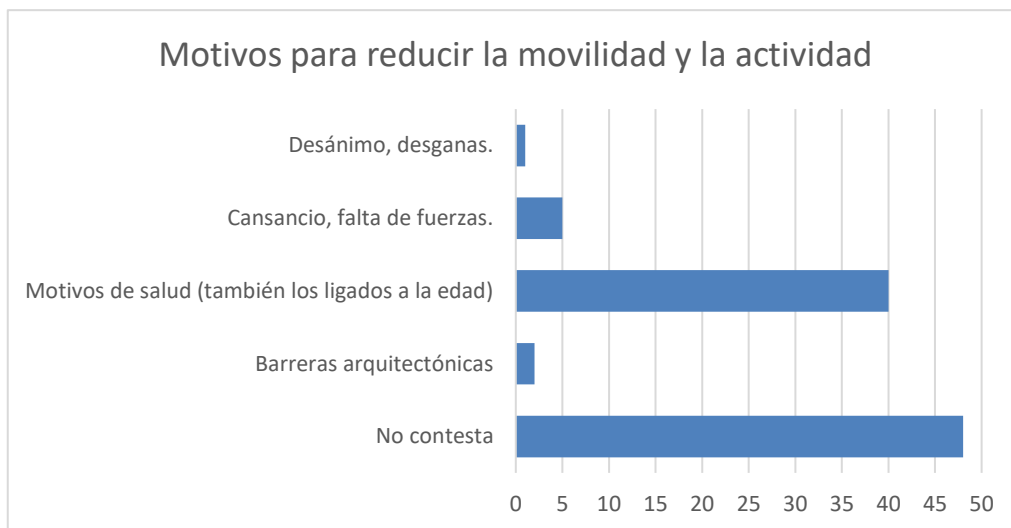


Figura 67. Motivos para la reducción de la movilidad y la actividad

Respecto a las actividades que se desearían hacer y ya no pueden realizarse, la mayor parte de los individuos de nuestra muestra (38%) responden que no han experimentado cambios, es decir que siguen haciendo lo que durante su vida pasada han realizado. Es también alto el porcentaje de personas que no responden a esta pregunta (el 36%). Algunas personas han dejado de realizar algunas actividades. Quizá la más dolorosa sea el poder pasear y salir a la calle. Un 16% de las personas de nuestra muestra viven consiguientemente recluidas en casa. Otras, un 9% parece que han dejado de realizar algunas tareas como leer, o pintar o coser. Quizá debido a deterioros en la capacidad visual.



Figura 68. Actividades deseadas pero que no pueden ser realizadas

¿Por qué no se realizan estas actividades deseadas? La mayor parte de nuestra muestra (el 40%), responde que por motivos de salud. Es indicativo que algunas personas responden aduciendo motivos psíquicos traducidos en el desánimo o la falta de ganas, y un 2% de la muestra, aduce barreras arquitectónicas que le impiden o le reducen la movilidad posible. En cualquier caso, en nuestra muestra, el mayor impedimento que vivencian nuestros mayores se debe a los empeoramientos de la salud. Quizá por ello sea muy oportuno reivindicar los proyectos dirigidos a un envejecimiento activo y saludable, objeto de esta investigación.

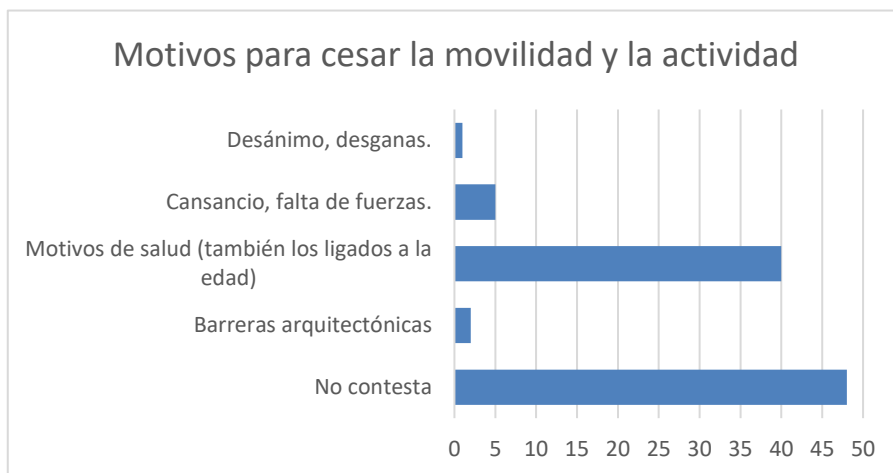


Figura 69. Motivos por los que no se pueden realizar las actividades deseadas

Respecto al lugar de residencia deseado, la mitad de nuestra muestra manifiesta su voluntad de seguir habitando su hogar. Ocho personas desearían poder vivir en una residencia, y sólo dos desean vivir con sus hijos. El 40% de las personas no respondieron a esta pregunta. Es importante destacar que para seguir habitando unipersonalmente sus domicilios deberán hacer frente a los problemas que el avance de la edad o de las patologías supongan, y que para ello las intervenciones deberán diseñarse adecuada y finalísimamente a estos deseos de nuestros mayores.

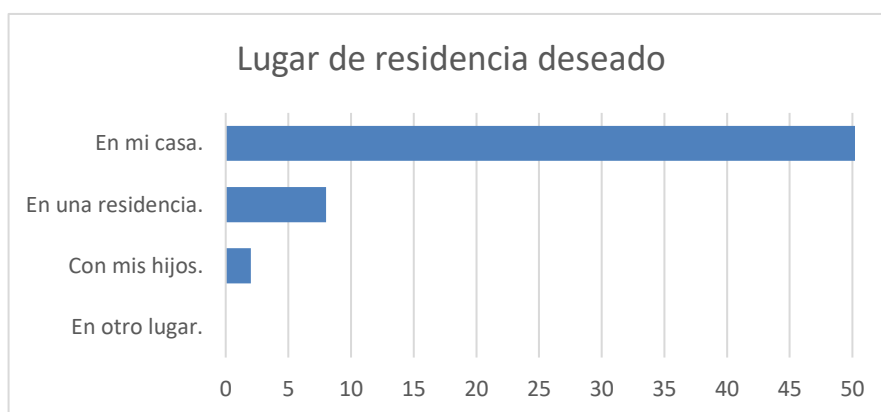


Figura 70. Lugar deseado de residencia

Por último, debemos preguntarnos por los motivos que llevan a las personas de nuestra muestra a querer vivir en un determinado lugar o institución. Parece congruente con el deseo mayoritario de seguir habitando en su propio hogar que la mayoría (el 37%)

valora por encima de toda su independencia, su autonomía. En cambio, no resulta congruente con las respuestas a la pregunta anterior el que sólo un 2% manifieste que desea cambiar de domicilio porque no puede valerse ya por sí mismo. Y es que, en la pregunta anterior, un 10% deseaba vivir o bien en una residencia o bien con sus hijos.



Figura 71. Motivos para vivir en un domicilio determinado

A la hora de tratar la gestión personalizada de la salud conviene tener en cuenta los principales factores que han podido variar la dinámica habitual de la vida de estas personas. La variable que se presenta en la mayor parte de los casos es la que tiene que ver con el cese de la relación afectiva de nuestros mayores, bien sea por viudez, bien sea por divorcio. De ella informan el 48% de la muestra. El cambio de estado civil supuso, como pone de relieve la pregunta, un cambio significativo en su vida. Cambio, que puede traducirse en dinámicas depresivas, por ejemplo, y que debe ser tenido en cuenta por los profesionales que actúa con estas personas. Tras este factor, el siguiente en presencia en nuestra muestra es el de la enfermedad grave, pero no crónica: cáncer, ictus, etc. Un 10% de nuestra muestra lo ha sufrido. Es importante notar esto pues estas personas, al habitar hogares unipersonales, tienen la dificultad sobreañadida de la soledad para poder tratar con sus enfermedades, que en estos casos son graves.

VII.4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Nos estamos preguntando por la movilidad de nuestros mayores, y por la prevención de caídas. Sabemos que un 48% de nuestra muestra no respondió aduciendo cambios en su movilidad, por lo que podemos presumir que aproximadamente la mitad de las personas de nuestra muestra no presentaban, en el momento de realización de la encuesta, especiales dificultades para la movilidad. Pero, un 52% de la muestra si expresan dificultades para la movilidad, y tienen motivos para haber realizado cambios en sus hábitos cotidianos. Se trata de un porcentaje altísimo, y que debería ser considerado despaciosamente a la hora de planificar intervenciones adecuadas a estas problemáticas. Pero ¿qué tipos ideales tienen las mayores dificultades de movilidad? ¿Dónde se concretan específicamente los miedos de nuestros mayores?

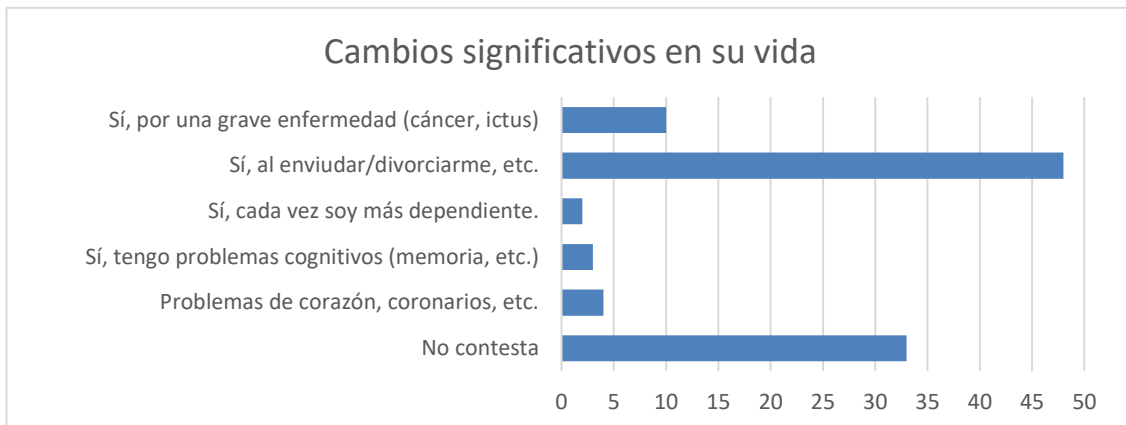


Figura 72. Motivos de los cambios más significativos en su vida actual

Como vemos en la siguiente figura, la causa más frecuentemente aducida para restringir la movilidad y dejar de realizar actividades que se desean, es la salud. Particularmente importante es este motivo en los tipos ideales que sufren enfermedades crónicas en cualquier grado. Es cierto que algunas personas esgrimen como motivos carecer de allegados, o infraestructuras defectuosas y en las que no confían, pero el porcentaje es ínfimo.

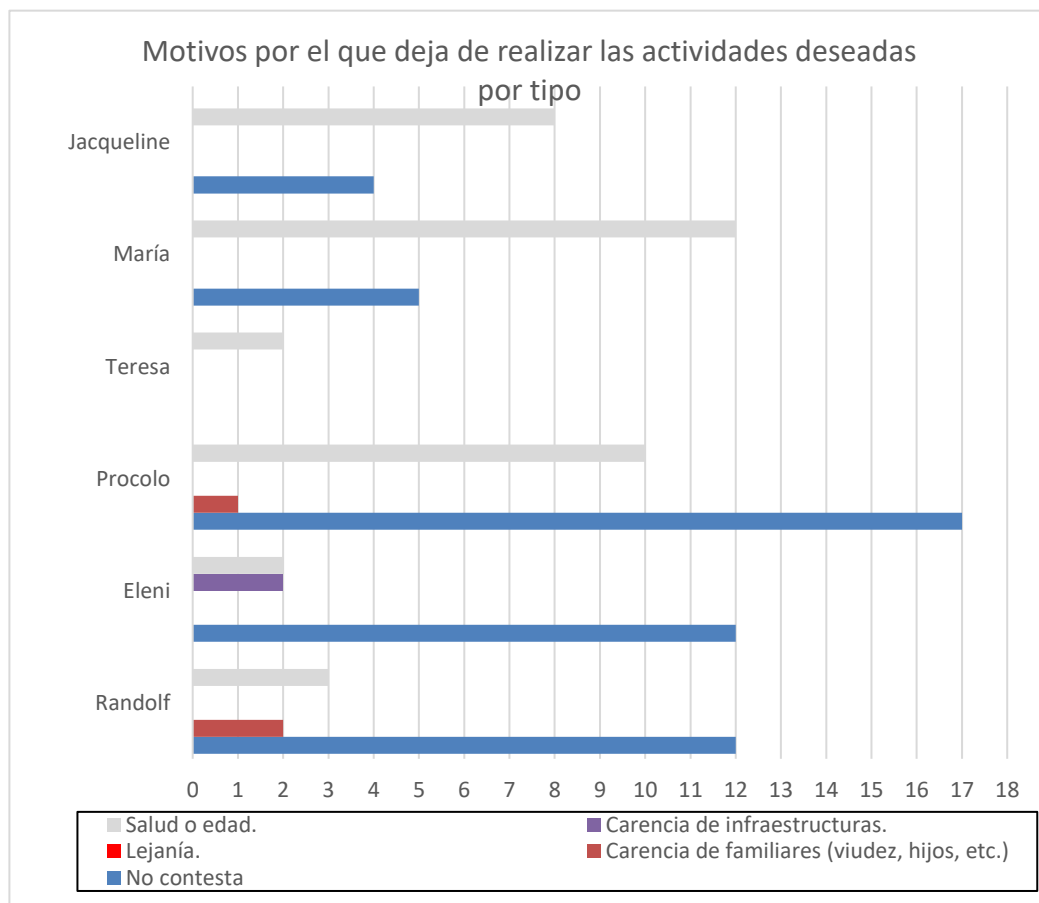


Figura 73. Motivos para dejar de hacer las actividades deseadas por tipos ideales

Si ahora nos preguntamos cuáles son los valores que deciden o decidirán el lugar preferido de residencia nos encontramos, como ya comentamos globalmente, que el valor principal que tienen nuestros mayores a la hora de elegir su residencia es la autonomía. Sin embargo, sorprende que sean las personas más jóvenes de la muestra (los tipos «Randolph», «Eleni» y «Procolo») quienes prefieren ser atendidos por especialistas, y por ello, parece que se decantan a ser internos de complejos residenciales asistenciales. Sorprende que los mayores de nuestra muestra, que ya están en la cuarta edad, no se decanten por la posibilidad de ser internados, sino que prefieran ante todo su libertad e independencia.

Este dato es sumamente significativo, y ha de ser tenido en cuenta por el profesional del trabajo social que emplee las herramientas de mediación en su labor con personas mayores. Lo que más estiman, por encima de cualquier otra cosa, es la autonomía personal. Esta preferencia ha de ser tomada en cuenta al mediar con familiares o con instituciones. Sólo desde la comprensión, y el respeto, que las otras partes en un conflicto tengan de este valor de nuestros mayores será posible solucionar los posibles conflictos que se establezcan.

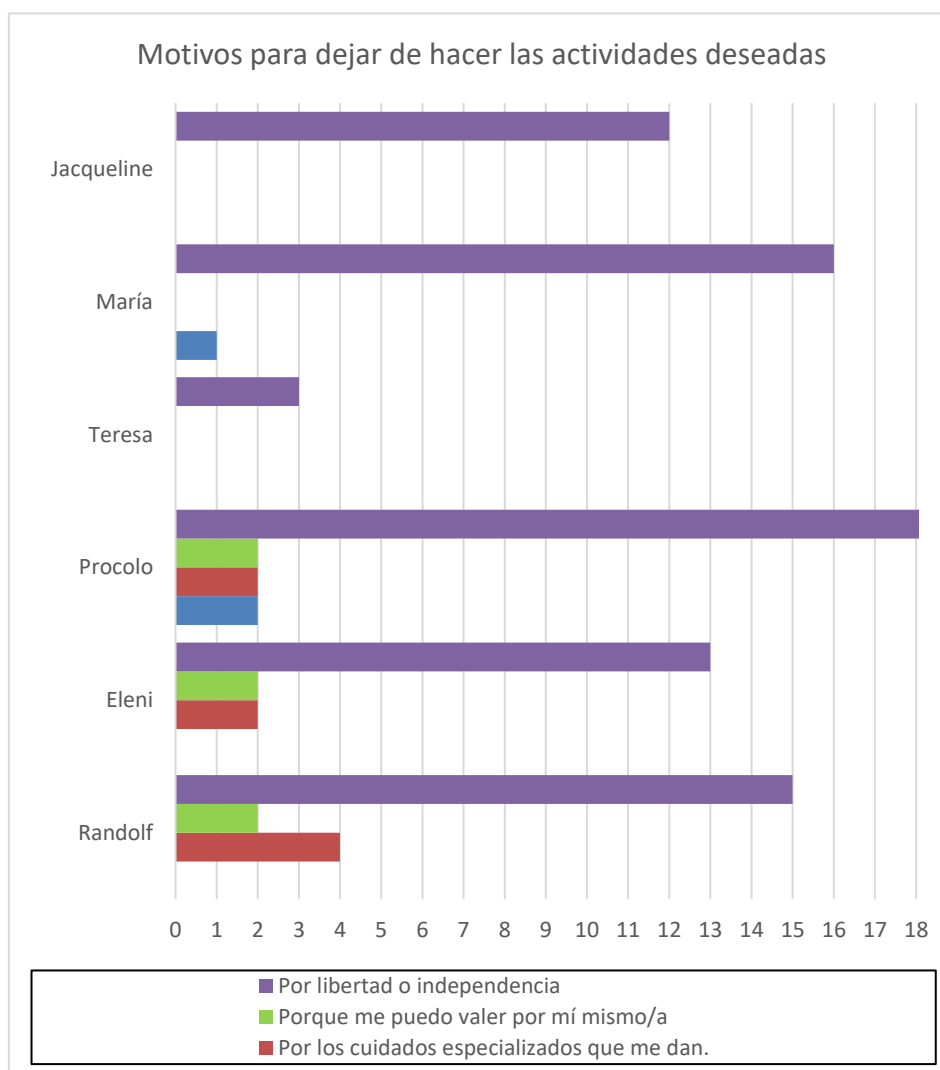


Figura 74. Causas para dejar de hacer las actividades deseadas por tipos de ideales

Como hicimos en el subepígrafe anterior, conviene tratar ahora de la causa de los cambios más significativos en el régimen de vida de los mayores de nuestra muestra. Ahora los voy a ofrecer desglosados por tipos ideales.

Tiene mucho interés comprobar que las enfermedades graves se sitúan en las personas con enfermedades crónicas muy avanzadas. Es decir, en los tipos ideales «Procolo» y «Jacqueline». Son estos los que informan de estar padeciendo o haber padecido enfermedades de tipo canceroso o de ictus. Este hecho nos sirve para recordar e insistir en la necesidad de la prevención. Muy posiblemente los accidentes cerebro vasculares podrían haber sido evitados si se hubieran realizado actividades de envejecimiento activo y saludable en etapas anteriores de la enfermedad crónica o de edad. Además, parece muy necesario insistir en la necesidad de realizar intervenciones para el seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas.

Por otra parte, el análisis por tipos ideales arroja el dato de que en los tipos ideales más jóvenes («Eleni» y «Procolo») se concentran las dolencias coronarias y cardiacas. Se trata de un dato importante puesto que estas personas, por su edad, aún tienen capacidad de movilidad y de ejercicio físico (según el caso).

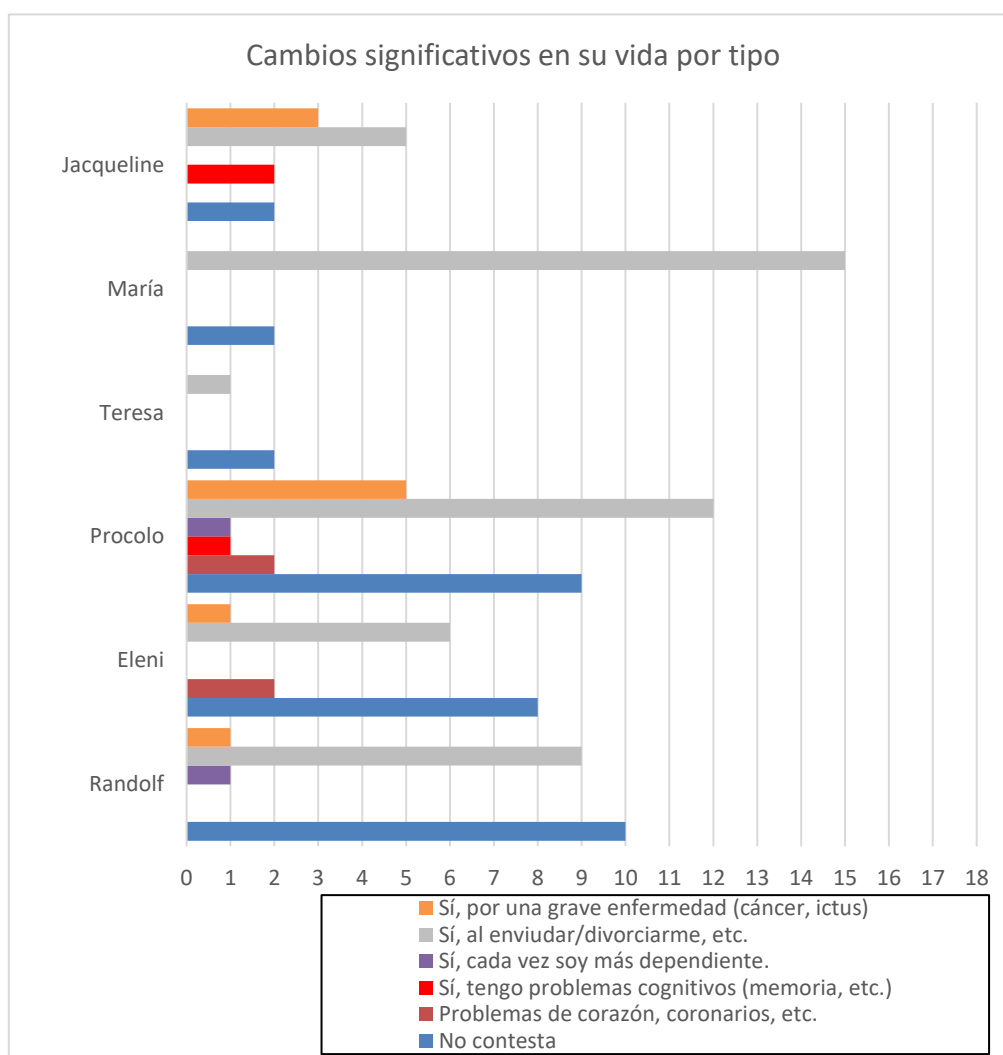


Figura 75. Causas de los cambios más relevantes en la vida actual por tipos ideales

VII.5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA FRAGILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS ENFERMEDADES LIGADAS A LA EDAD

VII.5.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Anteriormente, al tratar de la determinación algorítmica de las personas subsumibles bajo los tipos ideales weberianos «Procolo» y «Jacqueline», comentamos la necesidad de ayuda que vivencian las personas de nuestra tabla. El análisis que hice a esos indicadores se puede encontrar en los comentarios a las figuras 39 y 40.

Allí comentábamos que la mayor parte de nuestra muestra es autónoma, y que la mayor parte de las personas que necesitan ayuda solo la necesitan para la realización de actividades básicas instrumentales. Esto se traduce en un 86% de nuestra muestra con un grado bastante aceptable de autonomía. Sin embargo, el 26% de la muestra que requiere ayuda para las actividades instrumentales se encuentra ya en un estado de fragilidad bastante avanzado. Además, tenemos un 14% de personas que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria. Así pues, en nuestra muestra un 40% tienen problemas de fragilidad o de enfermedades ligadas a la edad. Esto es sumamente preocupante, como dije anteriormente.



Figura 76. Indicador necesidad de ayuda habitual

El 40% de estas personas, he dicho, necesitan algún tipo de ayuda. Pero qué contactos tienen, y con qué frecuencia. En el siguiente epígrafe analizaremos la composición de los contactos familiares que tienen las personas de nuestra muestra. Ahora conviene detenerse en la frecuencia de contactos. Es importante, puesto que hay una importante necesidad de ayuda cotidiana en estas personas.

Pues bien observamos que el 41% de las personas de la muestra tienen contacto a diario con allegados. Este dato podría indicar que aquellas personas que tienen necesidades, las tienen resueltas por mediación de familiares. Pero esto lo veremos en breve. Resulta muy significativo que casi la tercera parte de la muestra (un 29%) no tienen ningún tipo de contacto habitual con familiares o allegados. Es decir, viven en la más

absoluta soledad y/o aislamiento. Este hecho avala la importancia de investigaciones como la que estamos llevando a cabo. Por otra parte, tan sólo un 11% de la muestra dicen tener contacto tres o más días a la semana.



Figura 77. Frecuencia de contactos con familiares o allegados

Si ahora pasamos a estudiar qué tipo de parentesco o relación de allegamiento tienen las personas de nuestra muestra con quienes les visitan, observamos que aquellas personas que tienen hijos son las que más cuidados reciben, al menos en lo que tiene que ver con las visitas. Los hijos suelen visitar a diario en la mayor parte de los casos. En cambio, las personas que solo tienen primos (familiares en cuarto grado de consanguineidad) no tienen ningún tipo de contacto con ellos. Esto, como veremos en el siguiente epígrafe, es singularmente grave entre las personas que componen nuestra muestra.

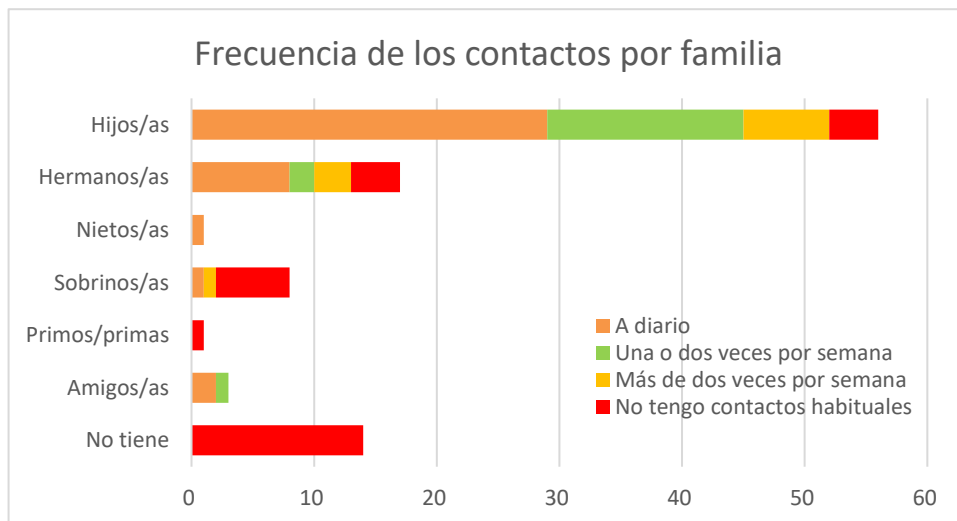


Figura 78. Frecuencia de contactos desglosada por tipo de relación familiar o de allegamiento

Por último, veamos cómo valoran estos contactos las personas de nuestra muestra. En general podemos afirmar que la relación es buena o muy buena para la mayoría de la muestra (el 65%, es decir, dos terceras partes). Solo un 12% tienen una relación mala o muy mala con sus familiares o allegados. Aunque sorprende que un 15% manifieste no saber cómo calificar y valorar los contactos con las personas más allegadas a ellos. Para mejorar estas relaciones una interesante herramienta en manos del profesional del trabajo social es la mediación intrafamiliar, particularmente la que sigue el modelo transformativo de Bush y Folger.

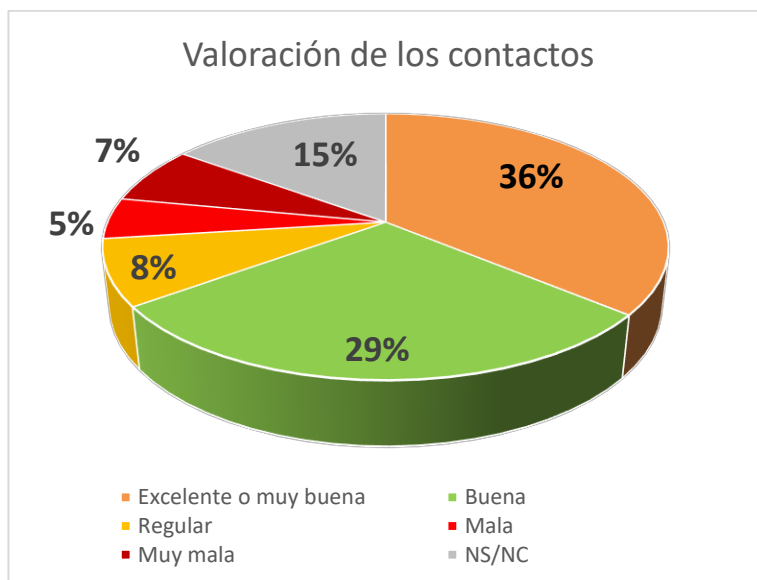


Figura 79. Valoración de los contactos con familiares y allegados

Hemos de recordar que todas las personas de nuestra muestra habitan hogares unipersonales. Como el 40% de la muestra requieren de ayuda, hemos de analizar ahora cómo la pueden obtener de su entorno más cercano. Aquí vamos a huir de los enfoques genéricos y vamos a centrarnos en el análisis de los tipos ideales que componen nuestra muestra.

VII.5.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

En primer lugar, conviene que analicemos la presencia de allegados, sean familiares o no, a las personas de nuestra muestra. Se trata del recurso humano más importante del que pueden disponer las personas que viven solas para hacer frente a la fragilidad que conlleva su edad.

En nuestra muestra observamos que una tercera parte de las personas más jóvenes y con mejor estado de salud (los pertenecientes a los tipos ideales Randolph y Theresa) viven sin tener ningún tipo de allegados. Pueden vivir así debido a su excelente estado de salud. Sorprende el altísimo porcentaje de personas tipo «Theresa» que no tienen a nadie. Muy probablemente debido a viudez o divorcio. Pero aún en el caso de que sean viudas podrían tener hijos, sobrinos, nietos o vecinos. Sin embargo, el 67% de las personas tipo Theresa manifestaron en la encuesta que no tenían a nadie allegado. Si bien las personas tipo Randolph o Theresa envejecen muy bien, sin mayores problemas de fragilidad, y apenas problemas ligados a su edad, no sucede lo mismo con las Eleni, y mucho menos

con los «Procolo». La tercera parte de estos últimos confiesan no tener ninguna persona allegada a ellos, lo que en su precario estado de salud se traduce en una vulnerabilidad social y desamparo tremendos. El único recurso disponible durante largas horas de cada día parece ser el servicio de teleasistencia.

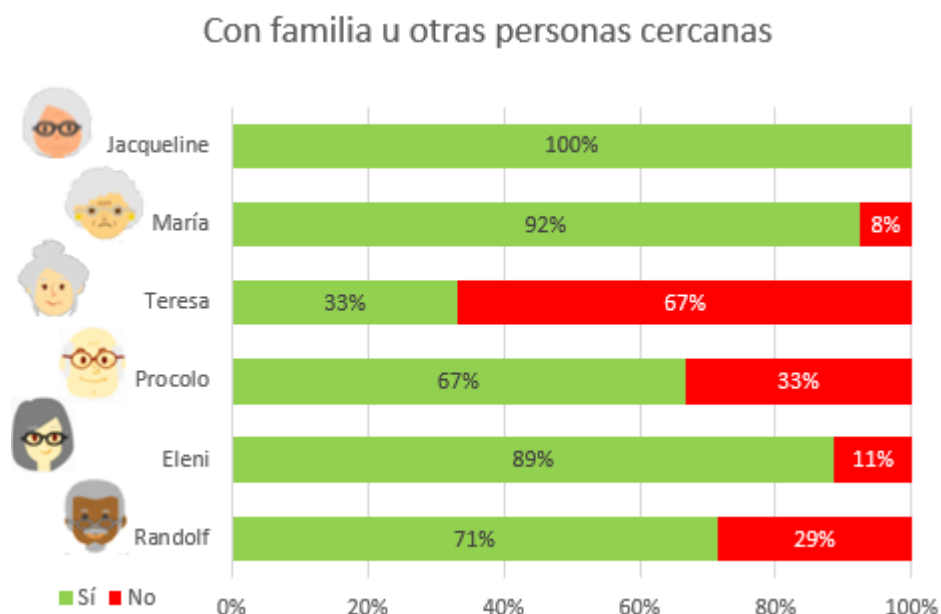


Figura 80. Porcentajes de personas con y sin allegados, por tipos ideales

Debemos analizar ahora la composición de los allegados de cada tipo social. Solo así estaremos en condiciones de averiguar el grado de fortaleza que deberían tener el apoyo familiar y el soporte social de nuestros mayores.

Sorprende que el parentesco más presente en nuestra muestra sea el de primos o primas de nuestros mayores. En el caso extremo de las personas tipo «Jacqueline» ninguna de ellas tiene hijos/as o hermanos/as que las puedan atender. Es decir, las personas tipo «Jacqueline» solo tienen familiares en cuarto grado de consanguinidad. Según la ley del mayor, la obligación sólo se tiene con los parientes en primer grado. Esto implica que los deberes que unen a las 12 personas tipo «Jacqueline» de nuestra muestra con sus familiares más cercanos es meramente moral. En modo alguna exigida legalmente ni tampoco por la fortaleza de la consanguinidad. Este hecho, unido a la precaria salud y la elevada edad de estas 12 personas tipo Jacqueline, hace que se encuentren muy desamparadas en esta etapa de su existencia.

En un caso muy parecido se encuentran las personas tipo «Eleni» y «María». El porcentaje de estas que sólo tienen a primos/as es muy elevado, superando en los dos casos a más de la mitad de cada tipo ideal.

En general, echando un vistazo a la figura 66 observamos que pocos de nuestros mayores tienen hijos/as, y consiguientemente la posibilidad de tener nietos. Lo mismo cabe decir de los que tienen hermanos (segundo grado de consanguinidad), y consiguientemente la posibilidad de tener sobrinos (tercer grado de consanguinidad). La mayor parte, como hemos dicho solo tienen primos/as. Esto da lugar a importantes problemas, tanto en lo que se refiere a su atención, como en lo que se refiere a la sensación de soledad y desamparo.

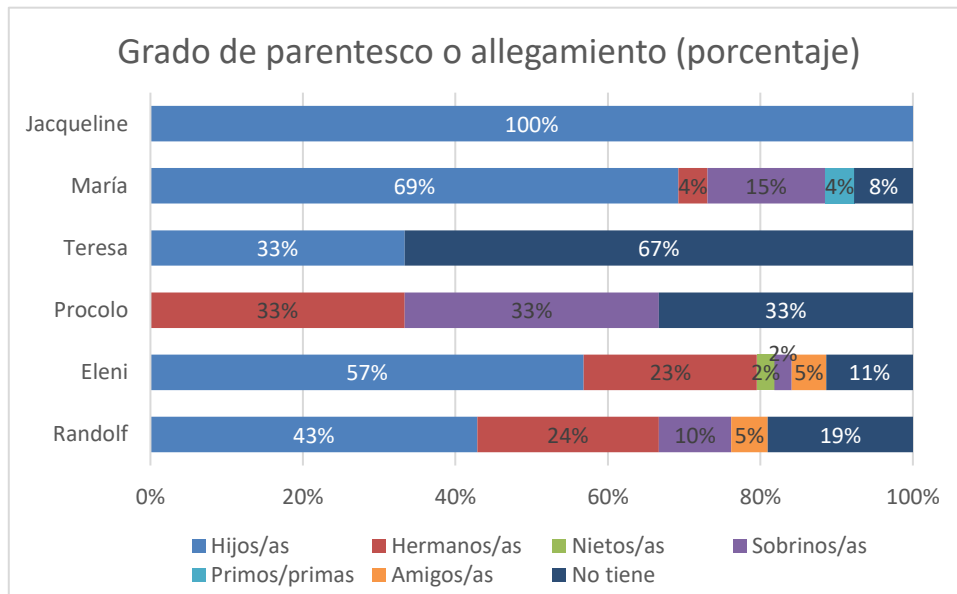


Figura 81. Grado de parentesco según tipos ideales

Desglosemos ahora por tipos ideales la frecuencia de contactos y con qué familiares o allegados se tiene.

Para las personas más jóvenes y en mejor estado de salud de nuestra muestra, los tipos «Randolph», la mayoría de los contactos son o bien con hijos o con hermanos, y además se tienen a diario o una o dos veces por semana. Se trata, tanto en el terreno de la salud, como en el de la vida afectiva, de una vida bastante plena.

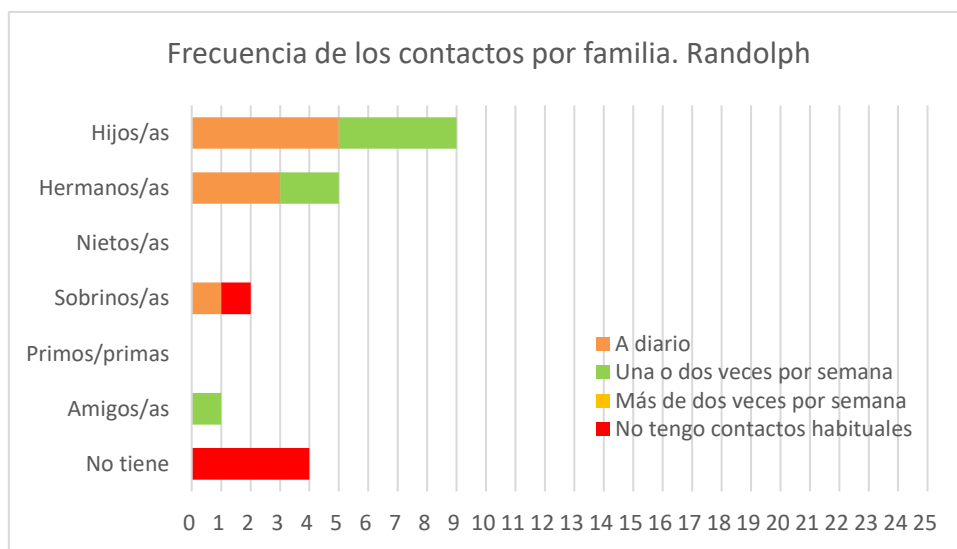


Figura 82. Frecuencia, calidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Randolph»

En la misma franja de edad, pero con la salud ligeramente empeorada nos encontramos con las personas tipo «Eleni», aquí el contacto mayoritario es con hijos, e ínfimo con los nietos. En cambio, no hay apenas contacto ni con hermanos ni con sobrinos.

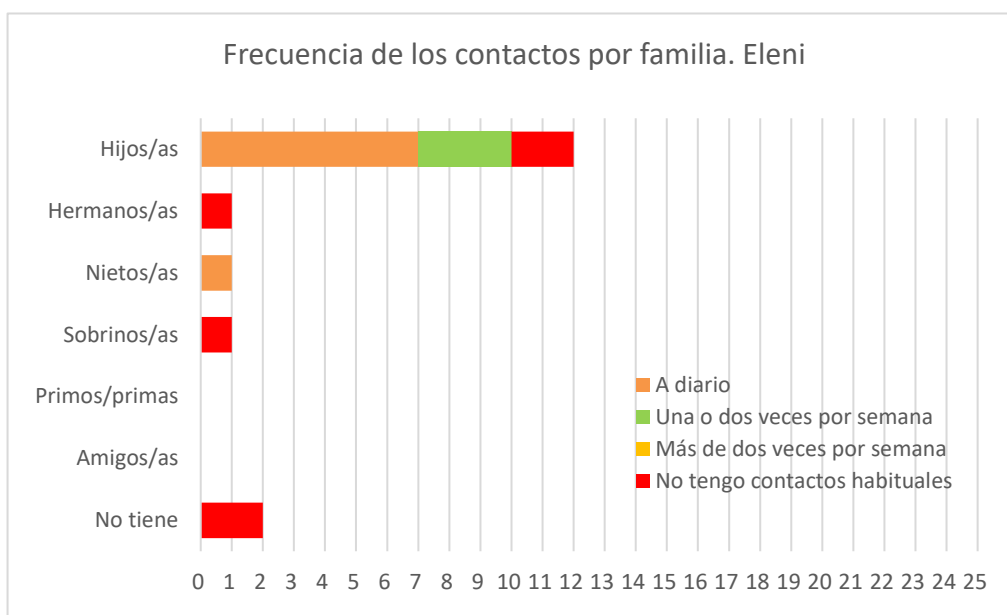


Figura 83. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Eleni»

En cambio, cuando llegamos a las personas de este grupo etario con una salud más delicada, y con acuciantes y urgentes necesidades, es decir con las personas tipo «Procolo» observamos algo parecido a lo que veíamos en las tipo «Randolph», es decir hay un fuerte apoyo familiar por parte de hijos/as y de hermanos/as. Incluso por parte de amigos.

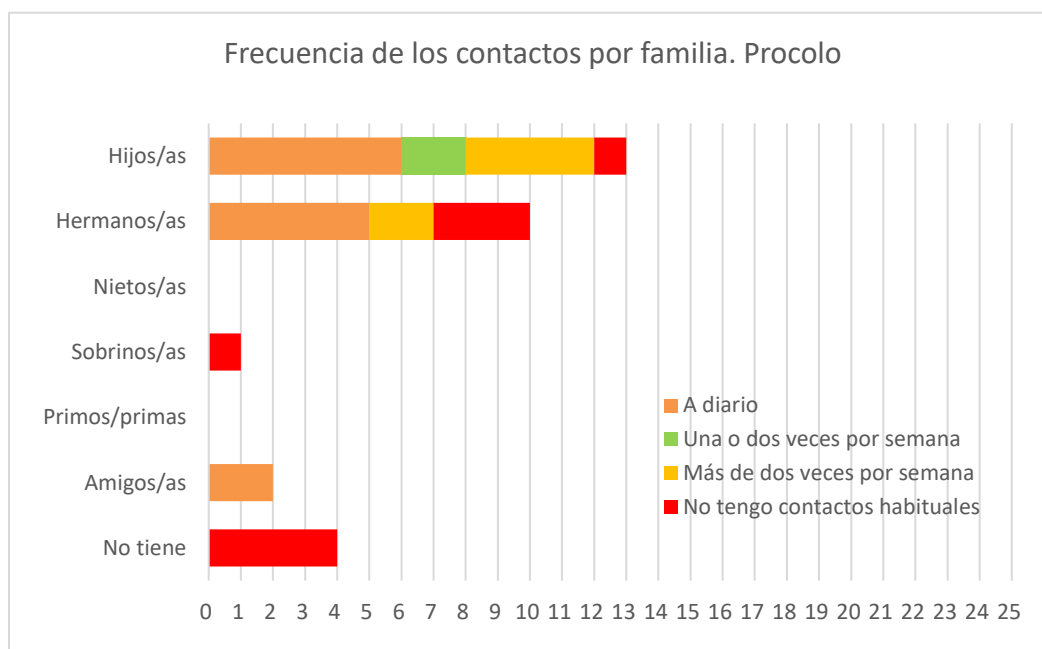


Figura 84. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Procolo»

Pasemos ahora al siguiente grupo etario, el de las personas de nuestra muestra que se encuentran en la cuarta edad. Comencemos, como siempre, por las de mejor estado de salud: el tipo «Theresa». Hemos de tener en cuenta que solo el 3% de nuestra muestra

había sido identificado como tipo «Theresa». Y de estas tres personas solo una tiene apoyo de sus hijos, y dos manifiestan no tener ni familiares ni allegados que puedan ser fuente de soporte en sus vidas. Se trata de un hecho preocupante, que solo se atenúa por el buen estado de salud general de estas personas.

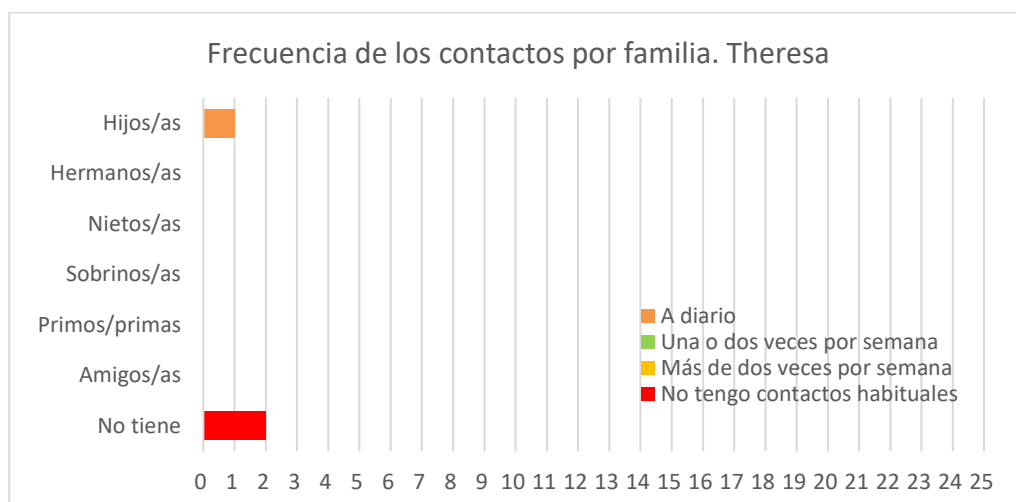


Figura 85. Frecuencia, calidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Theresa»

En lo que se refiere a las personas identificadas como pertenecientes al tipo ideal «María» observamos de nuevo que la mayor parte del contacto proviene de los hijos/as.

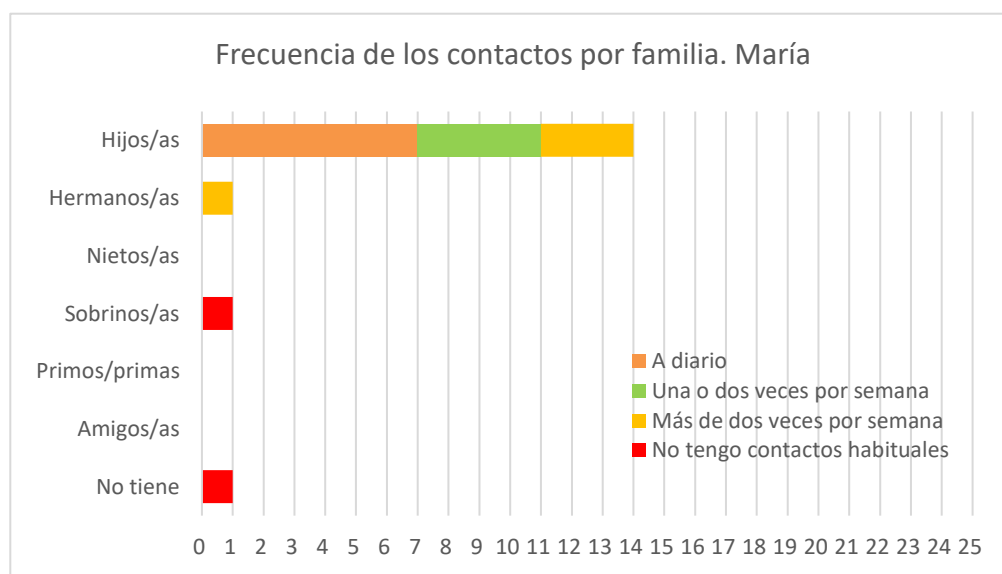


Figura 86. Frecuencia, calidad y cantidad de contactos de las personas tipo «María»

Algo más compleja es la situación de las personas tipo «Jacqueline». Recuérdese que el 12% de nuestra muestra lo componían este tipo de personas con necesidades muy urgentes, perentorias y complejas. Aquí encontramos que vuelven a ser los hijos la principal fuente de apoyo. Pero tristemente, en la mayoría de los casos los hijos no acuden diariamente a atenderlas. El resto de apoyo familiar por parte de sobrinos/as o primos/as es prácticamente inexistente. Resulta lamentable que las personas que mayor necesidad tienen de toda la muestra sean las que menos apoyo reciban por parte de familiares y/o

allegados. Aquí tenemos un filón indudable de mediación para el trabajador social que ha de mediar intrafamiliarmente, en el mejor de los casos para mejorar las relaciones, pero al menos, para que reciban las atenciones requeridas (en este caso mediación tipo Harvard, si la mejora de la relación es imposible o muy difícil).

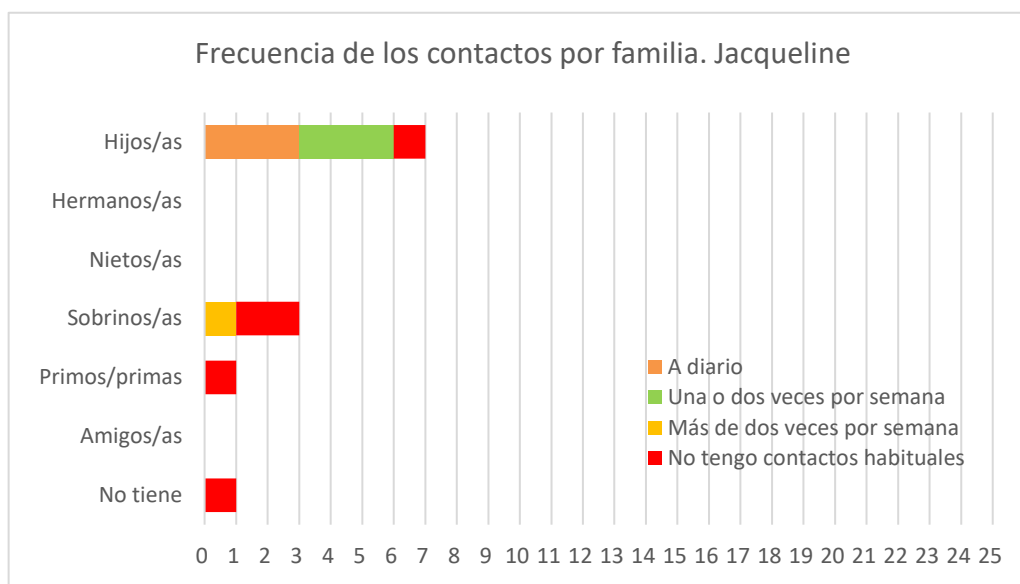


Figura 87. Frecuencia, calidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Jacqueline»

VII.6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE Y NUEVAS NECESIDADES DE ENTRENAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA EL PERSONAL SANITARIO

VII.6.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

En las columnas Y, Z, AA, AB y AC de nuestra base de datos en *Microsoft Excel* figuran los siguientes indicadores de la percepción de los usuarios de las intervenciones que se realizan con ellos:

1. Intervenciones de los servicios de la Cruz Roja (columna Y).
2. Aspectos susceptibles de mejora (columna AA).
3. Grado de satisfacción con la administración (columna AB).
4. Motivos de descontento con la administración (columna AC).

Con esas figuras vemos qué podría sugerirse a las intervenciones y a la administración sobre la formación de sus empleados para la actuación con estos colectivos específicos de personas mayores. También podemos ver dónde surgen los posibles conflictos con que se podría mediar entre usuarios y administración, entre usuarios e intervenciones.

En general, parece que los usuarios de estas intervenciones las perciben como muy adecuadas a sus necesidades e intereses. El grado de satisfacción es muy alto. El 74% de personas de la muestra consideran que estos servicios son buenos o muy buenos para ellos. Tan sólo hay 9 personas que piensan que esos servicios son regulares o malos. No obstante, hay un 17% de personas que declinan responder sobre la calidad de los servicios. Si se tiene en cuenta este dato, resulta que un 26% de los usuarios manifiestan sus reservas, o al menos suspenden el juicio sobre la idoneidad de las intervenciones realizadas. Este dato es sumamente importante para intentar averiguar el origen de posibles conflictos entre los usuarios y las intervenciones realizadas con ellos.

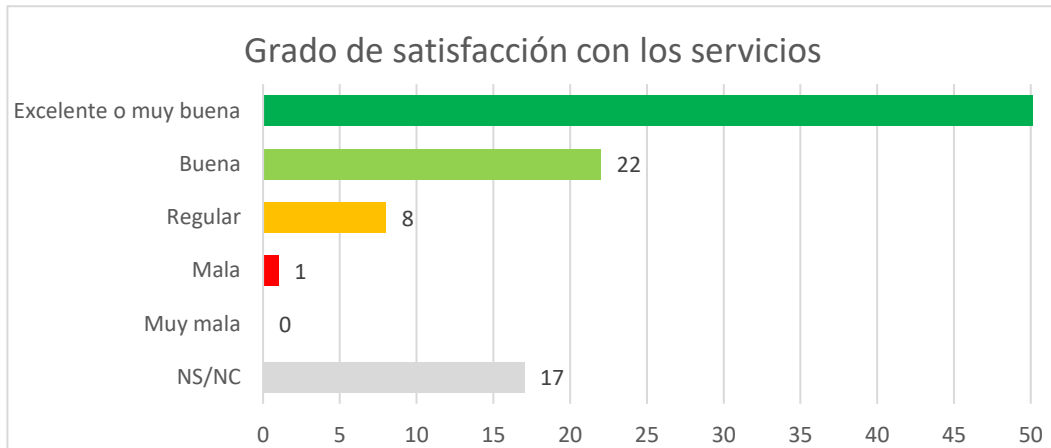


Figura 88. Grado de satisfacción de los usuarios con las intervenciones de la Cruz Roja de Aragón

Ahora debemos preguntarnos por los aspectos que los usuarios consideran mejorables, deficientes o poco adecuados en las intervenciones que se llevan a cabo. La falta de medios y la masificación son las dos principales quejas de los usuarios. Aquí el trabajo de mediación puede y debe llevarse a cabo a la hora de elaborar los presupuestos. Se trataría de una mediación entre representantes del tejido asociativo y miembros de las instituciones que intervienen, con la finalidad de llegar a acuerdos viables y duraderos.

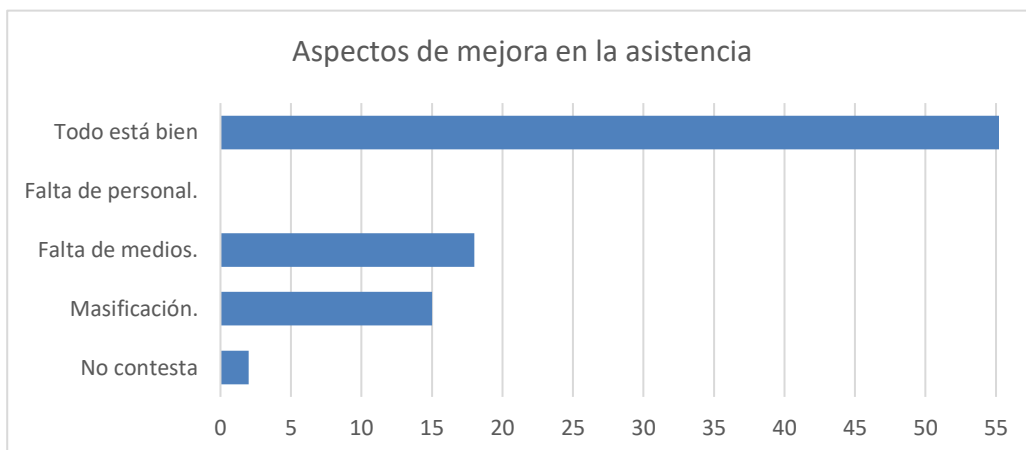


Figura 89. Aspectos de mejora en las intervenciones de la Cruz Roja de Aragón

Podemos pasar ahora a la percepción que tienen nuestros mayores sobre la tutela y salvaguarda de sus derechos por parte de las administraciones públicas. La mayor parte de los encuestados tienen una percepción negativa de la labor de las administraciones. Casi dos terceras partes (57%) expresan su descontento. Tan solo el 30% está contenta con los servicios que el sector público les ofrece. Y hay un porcentaje relativamente bajo (13%) de personas que no expresan su opinión.

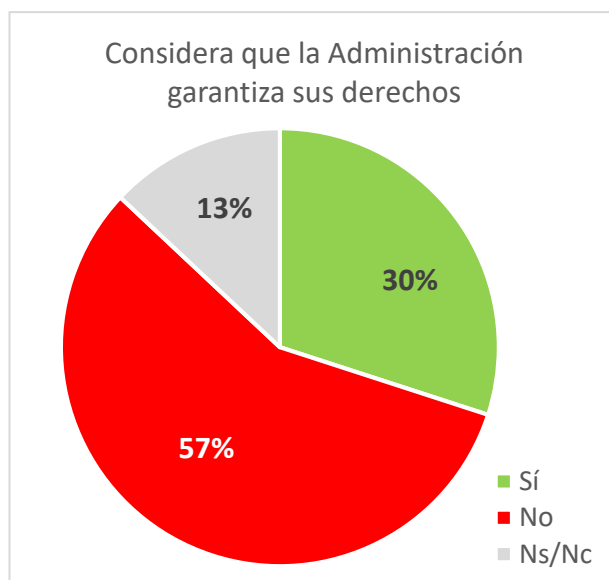


Figura 90. Grado de satisfacción de los usuarios con las administraciones públicas

¿A qué se debe este descontento de nuestros mayores? Un 19%, es decir, casi la quinta parte de nuestra muestra, manifiesta su desconfianza frente a las administraciones públicas. Aquí tenemos un conflicto entre una parte muy significativa de la población mayor y las intervenciones que el Estado o las otras administraciones pueden llevar a cabo con ellos. El profesional del Trabajo Social podría emplear algunos de los recursos que le ofrece la mediación para tratar de atenuar, en cierto grado, la desconfianza hacia lo público que tienen estos usuarios. Por ejemplo, se podría mediar entre los representantes de los usuarios y los miembros electos (a nivel de tejido asociativo, redes sociales, o cargos públicos electos). También se puede realizar un trabajo más capilar entre los técnicos de las intervenciones y los usuarios de las mismas. Llegar a puntos de acuerdo es algo fundamental en el trabajo de muchos de nuestros políticos. Pero muchas veces no pasa de ser una aspiración truncada o siempre insatisfecha. Muchos de nuestros representantes públicos verían con muy buenos ojos una mediación entre la administración que representan y las asociaciones de administrados que reclaman mejoras y atención. Lo importante en este tipo de mediación es llegar a una serie de puntos concretos, realistas, valederos en el tiempo, viables y hacederos. Y para ello el modelo de Harvard puede prestar una inestimable ayuda.

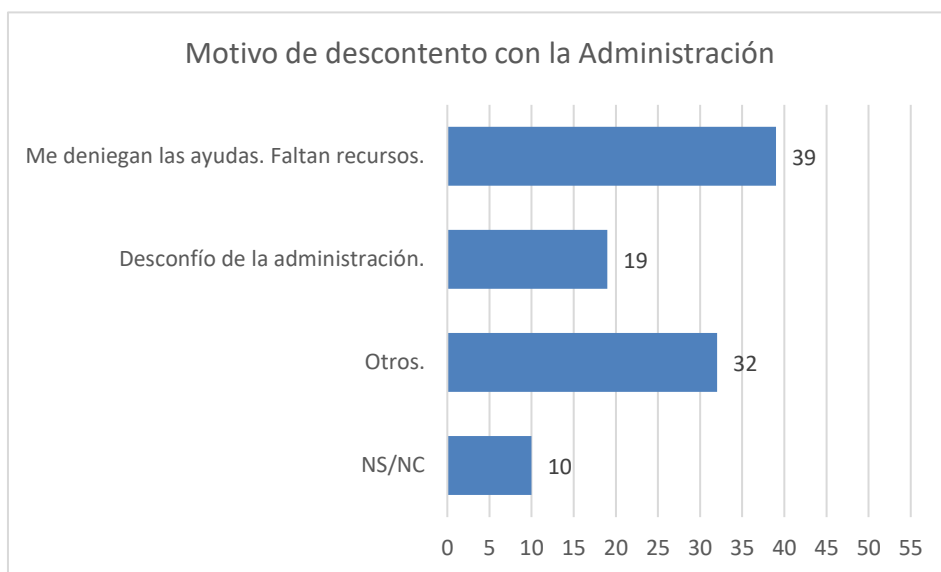


Figura 91. Motivos de la insatisfacción de los usuarios con las administraciones públicas

VII.6.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Distribuyamos ahora por tipos ideales el grado de satisfacción de las personas de nuestra muestra con las intervenciones que realiza la Cruz Roja de Aragón y de las que son usuarios. Observamos en primer lugar, como observamos anteriormente, que los usuarios están satisfechos o muy satisfechos con los servicios que se les brindan. Y esto sucede en todos los tipos ideales. Sin embargo, la reserva para manifestar el propio punto de vista se concentra en los tres tipos ideales más jóvenes. Y las pocas personas que piensan que los servicios son mejorables o malos pertenecen a los tipos ideales con enfermedades crónicas en cualquiera de sus grados y grupo etario. Particularmente en el caso de las personas que hemos identificado como «Procolo». En estos, 20 de 30 piensan que los servicios son buenos o muy buenos, pero si sumamos los 6 que los consideran regulares a los 4 que reservan su parece, tenemos un 33% de usuarios tipo «Procolo» que están descontentos con los servicios prestados. Se trata de un dato importante, y que revela, que para un porcentaje elevado de personas con necesidades complejas y en la franja etaria de la tercera edad, los servicios prestados no se adecúan exactamente a las necesidades que tienen. Este dato es importante para las instituciones que intervienen. Y también debería serlo para el profesional del trabajo social. Es entre las personas tipo «Procolo» con las que debería establecerse una mediación tipo negociación Harvard para ajustar un poco más las intervenciones a las necesidades de estas personas. Se trata de algo importante, puesto que no es lo mismo envejecer perteneciendo al tipo ideal «Eleni» que al «Procolo». Las necesidades no son las mismas. Y, sin embargo, habitualmente, las intervenciones no distinguen muy bien, de modo que las atenciones se homogeneizan. Además, y para lo que estamos tratando ahora mismo, es muy posible que la formación del personal deba ser diferente si se ha de tratar con personas tipo «Randolph», que con personas tipo «Eleni», y por supuesto con las personas tipo «Procolo». Estos, parecen ser bien conscientes de su heterogeneidad, y de la gestión que ha de hacerse de su salud, de modo que lo que vale para otros tipos, no vale en relación a ellos.

Pasemos ahora a distribuir por tipos ideales el parecer de nuestros encuestados sobre los principales problemas que perciben en las intervenciones que realizan con ellos la Cruz Roja de Aragón.

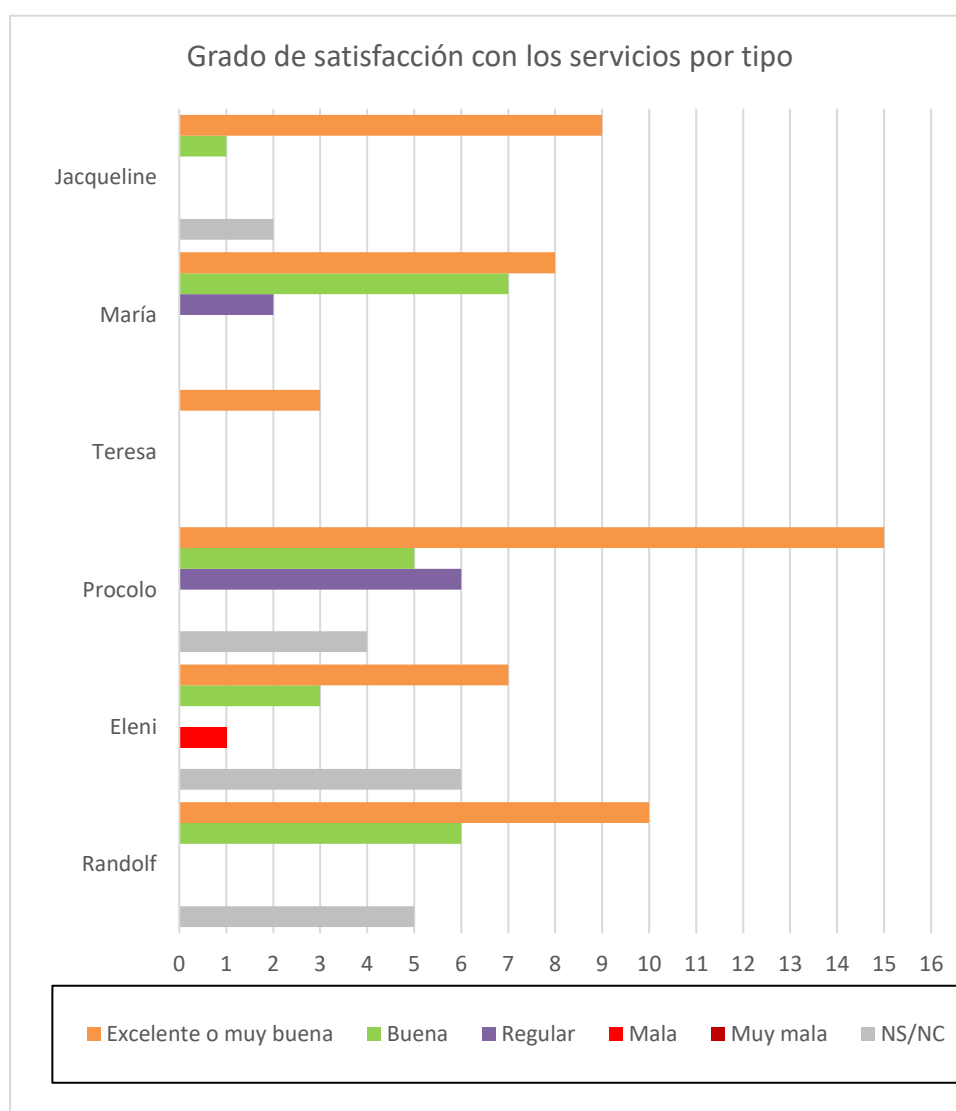


Figura 92. Distribución por tipos ideales del grado de satisfacción con las intervenciones realizadas por la Cruz Roja de Aragón

Como comentamos antes no hay ninguna queja relativa a la falta de personal. Se percibe que hay suficientes recursos humanos en las acciones acometidas. Al comentar la estadística anterior habíamos señalado que no es lo mismo personal que personal cualificado. Ahora podemos percibir o concretar mejor la queja que afectaba a la tercera parte de las personas tipo «Procolo», y es que acusan la falta de medios. Esta percepción es común también al 23,8% de los tipo «Randolph» y al 17,6% de las tipo «María». Esta percepción de falta de medios ahora es concreta, y significa falta de medios adecuada a las necesidades de estos grupos.

Otro problema en el que se acumulan las quejas de personas de diferentes tipos ideales es el de la masificación. El 25% de las personas tipo «Jacqueline», el 10% de las tipo «Procolo», el 47,05% de las tipo «Eleni», y el 4,7% de las tipo «Randolph» piensan

que los servicios prestados están masificados. Se trata de un punto muy importante que atañe a la gestión personalizada de la salud de nuestros mayores. Parece haber una percepción de que estas intervenciones no están llegando a la totalidad de personas que precisan de ellas, o que lo hacen de un modo homogéneo y general (masificado), y no personal o individual.

Por otra parte, no deja de ser significativo que sean las personas tipo «Procolo» las que perciben más agudamente la falta de medios y la masificación. En ellos el deterioro cognitivo puede ser más grave, y la necesidad que tienen las familias de apoyo mucho mayor. Ante estas dos realidades, la necesidad de una formación adecuada por parte del personal de las intervenciones es más acuciante. Aquí se abre un campo para la mediación entre responsables sindicales o asociaciones de profesionales del cuidado con los responsables de las instituciones. La mejora en la formación en los profesionales que atienden a estas personas es sumamente importante.

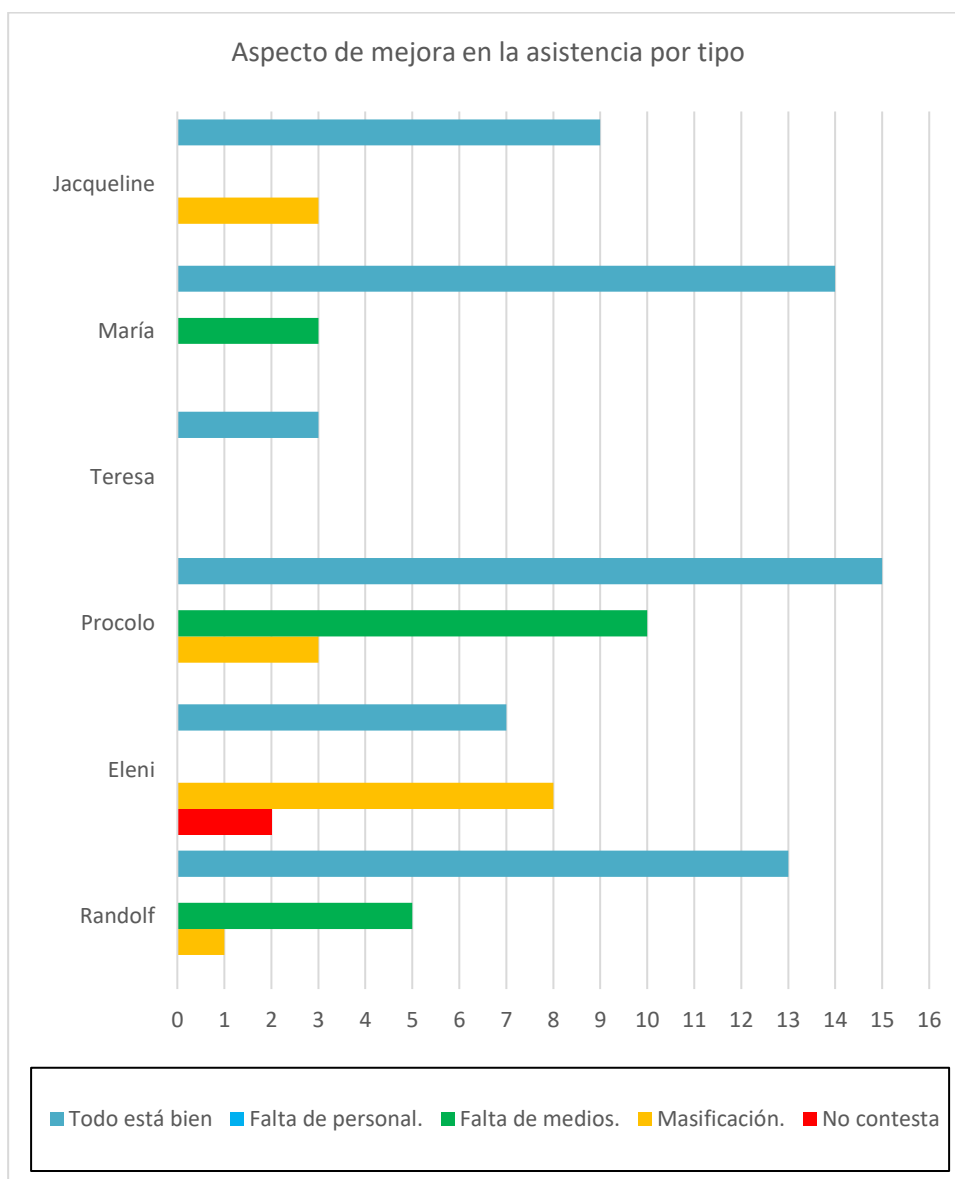


Figura 93. Distribución por tipos ideales de los aspectos de mejora de las intervenciones realizadas por la Cruz Roja de Aragón

Hasta aquí nuestro comentario a las necesidades de entrenamiento del personal de las actuaciones y de la mejora de los protocolos por parte de los proyectos que se ejecutan. Pero, cómo se distribuye por tipos ideales la percepción que tienen nuestros mayores del apoyo que le prestan las administraciones públicas. Como vimos, la mayor parte estaba descontenta con los servicios públicos. Ahora podemos ver cómo ese descontento es mayoritario en todas las franjas etarias y para personas con cualquier tipo de necesidad ligada al envejecimiento.

Volvemos a insistir en las necesidades especiales que tienen las personas tipo «Procolo» y «Jacqueline». Los servicios sociales deberían adecuarse a estas necesidades, y apoyar el derecho a un envejecimiento digno de estas personas. Observamos también que en los tipos ideales que pertenecen a la cuarta edad el grado de afección a la administración pública merma considerablemente respecto al que había en los tipos ideales de la tercera edad. Y esta desafección es mayor en los tipos ideales con necesidades ya moderadas («María») o graves («Jacqueline»). Tan sólo el 18% de las personas tipo «Jacqueline», y el 17% de las tipo «María» están satisfechas con la labor que realizan en materia social y sanitaria las administraciones públicas.

Parece importante pues la negociación entre el tejido asociativo, sindicatos de trabajadores y administración. Y para acercar posturas o encontrar soluciones hacederas y duraderas, se podría recurrir a la mediación tipo «Harvard».

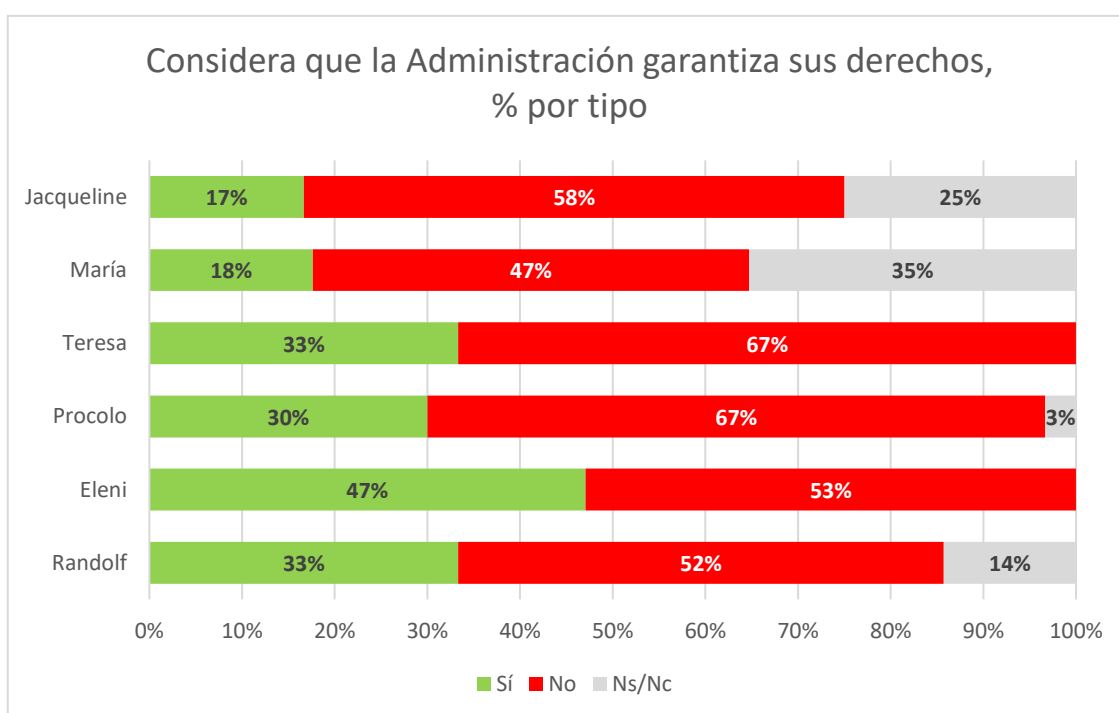


Figura 94. Distribución por tipos ideales de la satisfacción con la labor de las administraciones públicas

Si ahora distribuimos por tipos ideales los motivos de descontento con las administraciones públicas, volvemos a constatar que es en las personas tipo «Procolo» donde se concentran las quejas. El 50% de las personas tipo «Procolo» manifiesta que sus solicitudes de ayuda son rechazadas o que son escasos los recursos que la administración pone a su servicio. Con tristeza se puede constatar que personas pertenecientes a tipos

con necesidades tan graves como «Procolo» o «Jacqueline», y también con necesidades más moderadas como «Eleni» o «María» ven desestimadas sus solicitudes por parte de las administraciones y han de ser atendidas por la Cruz Roja. Esto se traduce en un sentimiento de desconfianza ante la administración relativamente extendido en estos tipos.

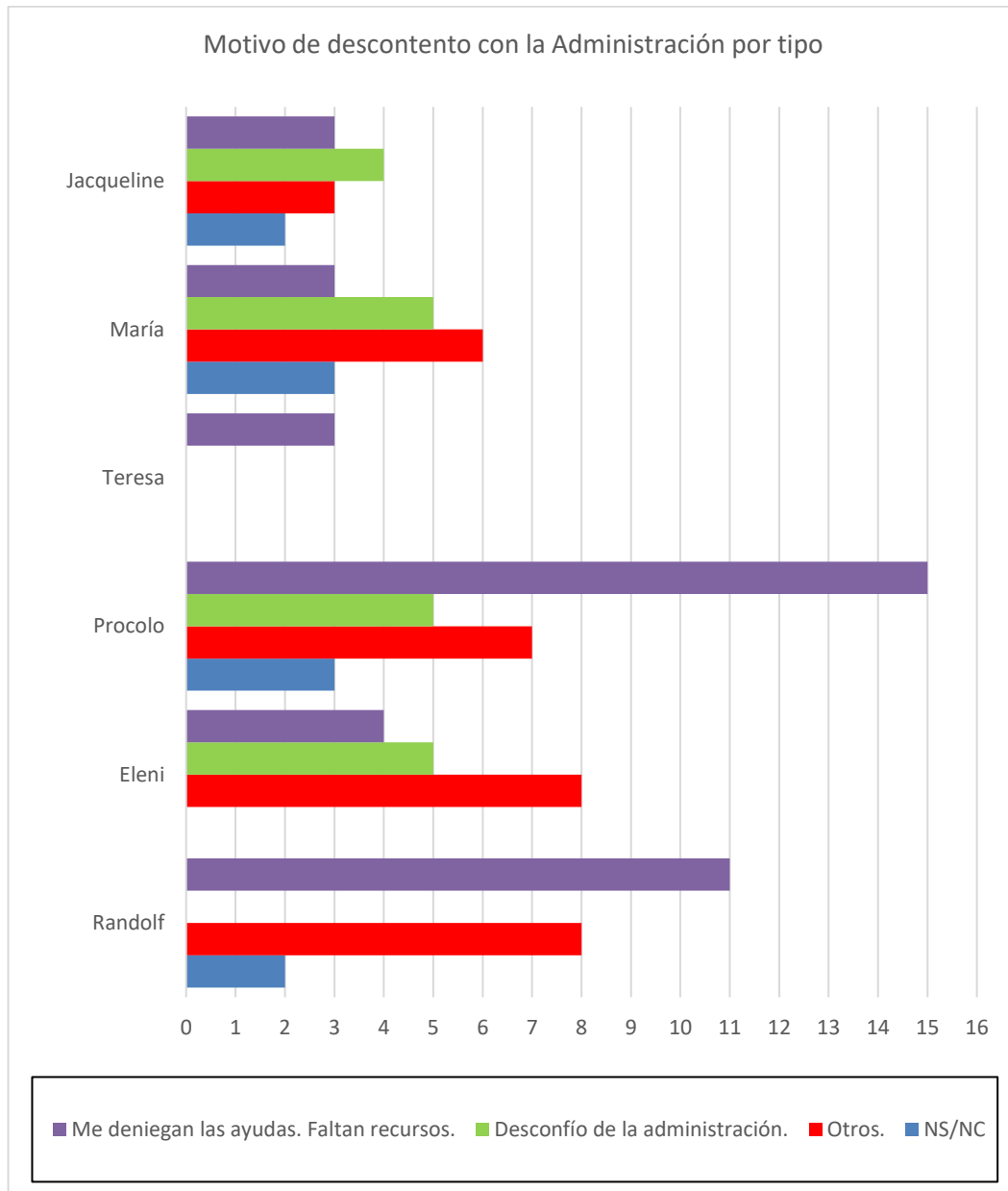


Figura 95. Distribución por tipos ideales de los motivos de descontento con las administraciones públicas

VII.7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES PARA LA GESTIÓN PERSONAL E INSTITUCIONAL DE LA MULTIMORBILIDAD

VII.7.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Ya hemos analizado los datos sobre enfermedades crónicas y sobre polimedicamentación. Recordamos brevemente algunos datos. Entre los mayores de nuestra muestra, la inmensa mayoría padece multimorbilidades como se deduce de las figuras sobre enfermedades crónicas y sobre el número de medicamentos de ingesta diaria y habitual (véanse figuras 81 y 82). Se trata de un fenómeno bastante generalizado, y que exige del mayor cuidado y atención por parte de los enfermos y de las instituciones que velan por ellos. En un epígrafe anterior hablé sobre el seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas. Ahora toca insistir en ese punto, añadiendo algunos datos que podemos obtener de los datos proporcionados por nuestros encuestados.

Como hemos señalado, y se ve en la siguiente figura, la prevalencia de enfermedades crónicas es muy alta entre las personas de nuestra muestra. Para la gestión personal de su enfermedad o de su multimorbilidad en su caso, el hecho de habitar hogares unipersonales es una dificultad añadida. Más aún si se tiene en cuenta el elevado porcentaje de personas de nuestra muestra que, como he comentado anteriormente, no tienen familiares ni allegados, o es muy escaso el trato que tienen con ellos. En esta situación la gestión de la multimorbilidad no puede recaer en terceras personas, sino que es preciso que sea personal, por parte del afectado, aunque esto no obsta a que las instituciones sanitarias estén especialmente atentos a los tipos ideales que estamos considerando en esta investigación.

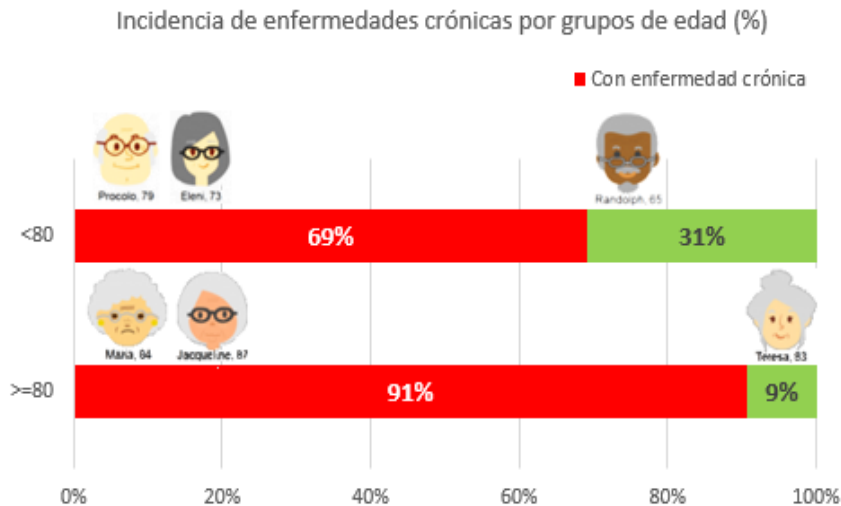


Figura 96. Porcentaje de mayores de la muestra con enfermedades crónicas

Conviene recordar que el 76% de nuestra muestra padecen enfermedades crónicas, como ya se dijo anteriormente. Por lo que se refiere a la ingesta habitual de fármacos, conviene recordar también que la media de fármacos consumidos habitualmente es de tres por persona y día. Y que todas las personas de la muestra consumen habitualmente al menos un fármaco.

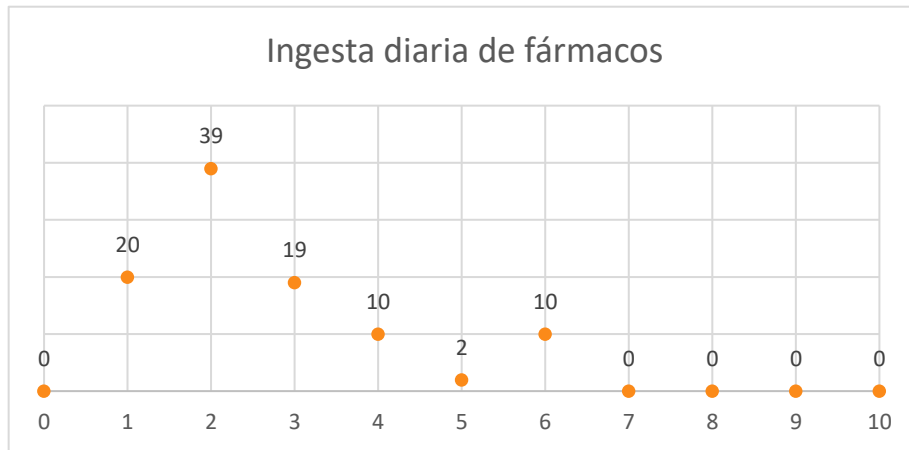


Figura 97. Número de fármacos consumidos diaria y habitualmente

Pues bien, ahora podemos indagar no en la cantidad sino en la cualidad de los fármacos consumidos. Tenemos varios indicadores, pues hemos hablado ya del tipo de enfermedades crónicas más habituales entre las personas de nuestra muestra, y además tenemos otros indicadores que aún no han sido analizados: los que se refieren a los trastornos mentales, incluidos la depresión y la ansiedad.

Respecto de las enfermedades crónicas recordemos la figura donde se especificaban las más frecuentes en la población de la muestra.

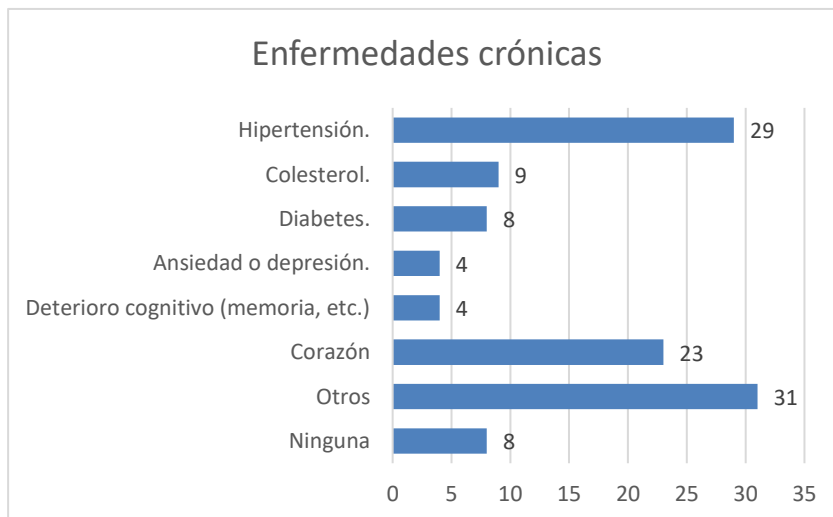


Figura 98. Enfermedades crónicas en la muestra

Si analizamos los datos del indicador sobre la ingesta de psicofármacos vemos que la información que habían proporcionado nuestros encuestados es falsa. Quizá es aún estigmatizante reconocer que uno padece trastornos de la salud mental, o quizá los episodios depresivos, de ansiedad, etc., sean puntuales y no se hayan hecho crónicos. Sea lo que sea, el 28% de la muestra reconoció que estaba en tratamiento con psicofármacos, aunque en la pregunta sobre si tenía esos padecimientos cronificados, sólo respondió afirmativamente el 4% de la muestra.

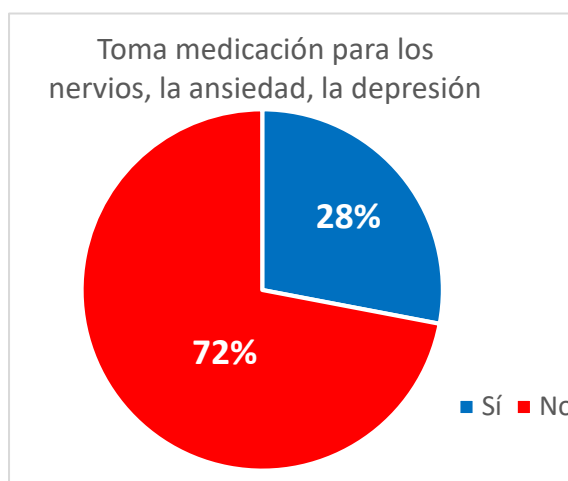


Figura 99. Ingesta de fármacos para trastornos de la salud mental

En cualquier caso, una población mayor que casi en su tercera parte está en tratamiento con psicofármacos, es una población que requiere especial atención por parte de las instituciones, y a la que la precariedad de su salud mental puede hacer especialmente difícil la gestión personal de su multimorbilidad.

Demos un paso más en concreción. Podemos preguntarnos ahora por el estado de ánimo de nuestros mayores. Si el 28% estaba en tratamiento por problemas de salud mental, el 34% confiesa que se encuentra deprimido o triste. Quizá los seis puntos porcentuales de diferencia se deban a que (i.) estas personas no han hecho participe al médico de su estado afectivo, o que (ii.) éste no sea tan grave como para requerir medicación, o finalmente que (iii.) el mayor no desee seguir la prescripción médica.

Si (i.) o (iii.) entonces tenemos un problema de gestión personal de la morbilidad. El paciente, cualquiera que sea el motivo (estigma de la enfermedad mental, poca valoración de los episodios que sufre, etc.), no acierta a comprender la importancia de la enfermedad a la que se enfrenta, o no tiene información sobre la ayuda que le pueden prestar determinadas moléculas.

Si (ii.) entonces la gestión personal e institucional de la morbilidad han funcionado adecuadamente, y tanto el mayor como los profesionales del sistema sanitario podrán hacer el oportuno seguimiento del caso.

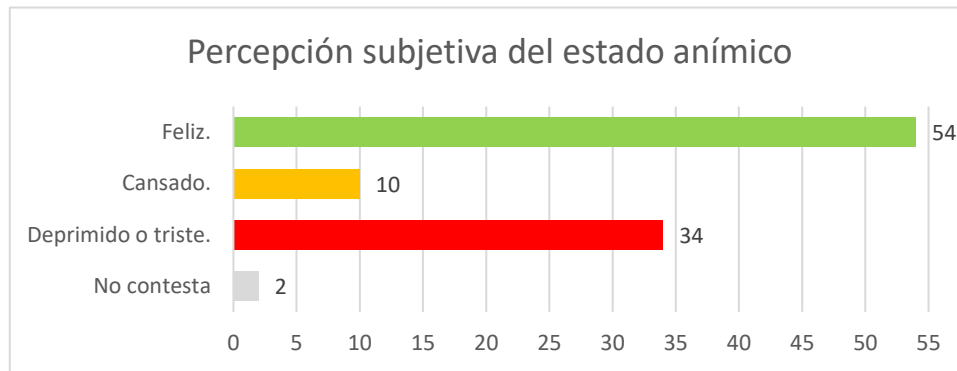


Figura 100. Percepción subjetiva del estado de ánimo

VII.7.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Como hemos dicho, en epígrafes anteriores hemos hablado de las enfermedades crónicas y la polimedicamentación. También hemos analizado los datos distribuyéndolos por tipos ideales. Para no repetir lo ya dicho, vamos a centrarnos en este epígrafe en el análisis de los datos, distribuidos por tipos, de los trastornos de salud mental.

La primera conclusión que obtenemos se refiere a la alta prevalencia de la enfermedad mental en los tipos ideales «Procolo» y «Jacqueline». El 63,3% de las personas de nuestra muestra que hemos identificado como «Procolo» se encuentran en tratamiento de salud mental. Entre las personas que hemos identificado como «Jacqueline» el porcentaje que se encuentran en tratamiento por problemas psíquicos es ligeramente inferior: 58,3%. Se trata de datos preocupantes, porque estas personas no sólo tienen problemas de salud muy complejos, sino que además viven solos y en su mayor parte también tienen problemas de salud mental. Este dato viene a confirmar todo lo que estamos viendo sobre la necesidad de prestar especial atención al tipo ideal «Procolo». Quizá esta sea una de las conclusiones más importantes de esta tesis. Es en las personas con este tipo ideal donde se concentran la mayor parte de la problemática y de las necesidades de intervención con personas mayores.

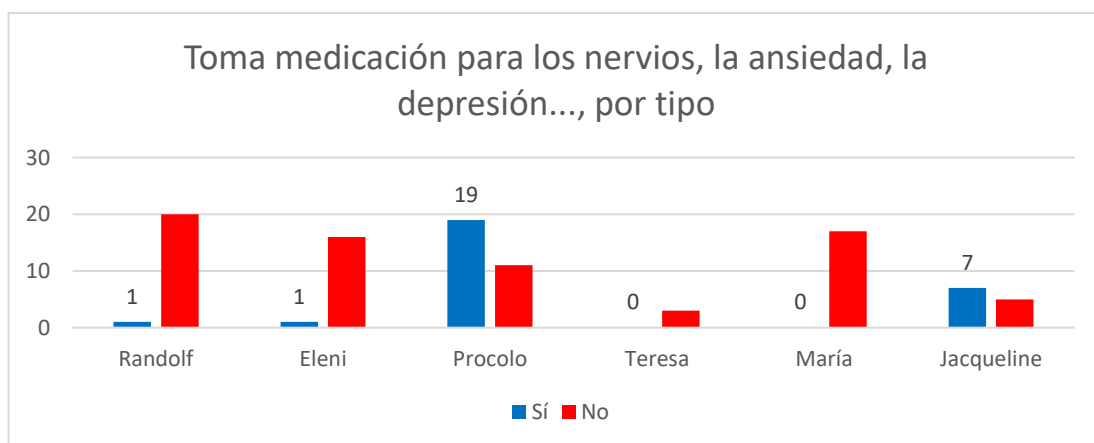


Figura 101. Distribución de la ingesta de psicofármacos por tipos ideales

Si distribuimos ahora la percepción del estado afectivo por los tipos ideales weberianos que estamos investigando, obtenemos un resultado esperanzador. Como se puede observar en la figura siguiente, las personas tipo «Procolo» y «Jacqueline» que están mayoritariamente en tratamiento mental, perciben también sus problemas afectivos. Es esperanzador este dato porque refleja una adecuada gestión personal e institucional de sus problemas de salud mental.

Observamos que en el tipo ideal «Jacqueline» hay personas que manifiestan estar atravesando un episodio depresivo, pero que no se encuentran en tratamiento. Véase a este respecto el párrafo conclusivo del subepígrafe anterior.

Otro dato que se observa, y que resulta preocupante, es la distribución del estado de ánimo depresivo o triste a través de la totalidad de los tipos ideales. Es importante notar y hacer ver a los responsables de las instituciones que van a encontrarse *siempre* con una proporción muy significativa de personas con problemas afectivos, y que deberían ajustar sus protocolos de actuación a esta problemática. Es muy probable que estos datos, tras casi dos años de pandemia, y sin una solución clara a esta situación, se hayan visto muy agravados.

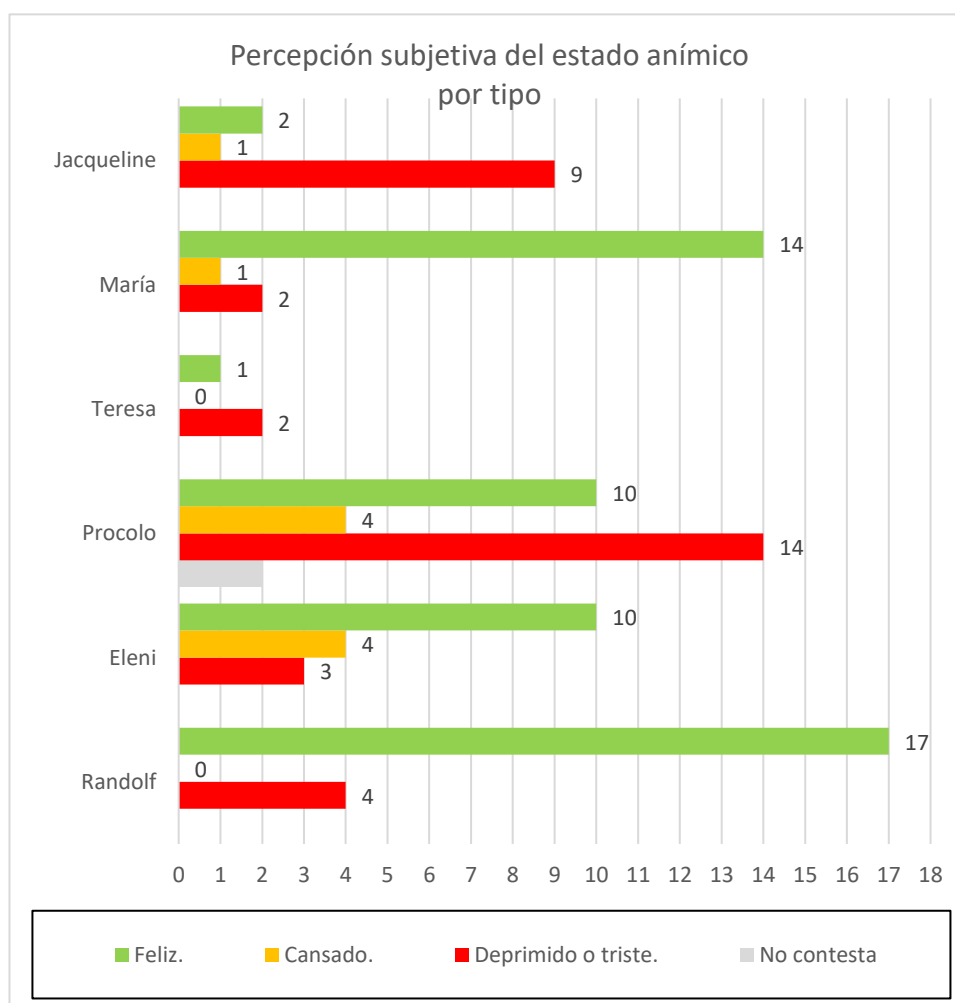


Figura 102. Distribución por tipos ideales del estado anímico

VII.8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS CUIDADOS Y DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

VII.8.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

En la parte teórica de esta investigación habíamos señalado que el sistema sanitario no podía considerarse aislado del sistema social. Los dos interactúan y forman un único sistema que funciona sinérgicamente en la prestación de servicios. Las personas no son meramente pacientes, también tienen necesidades sociales. Y en nuestro caso, las personas de nuestro universo de discurso, no son meramente aislados sociales y/o solitarios, sino que también tienen necesidades sanitarias.

Por ello la atención sociosanitaria se dividía en dos niveles complementarios. Uno de ellos podía ser calificado de vertical, y otro de horizontal.

El vertical tiene una estructura de abajo arriba y se compone de:

Centro de salud – Centros de especialidades – Hospitales

El horizontal integra al nivel vertical como uno de sus componentes, que en su totalidad tiene la siguiente estructura:

Sistema vertical – Sistema de cuidados comunitarios – Servicios sociales
asistenciales

El sistema sociosanitario horizontal tiene pues una estructura que se puede apreciar muy bien con el siguiente ejemplo. Un mayor *x* es ingresado en el tercer nivel del sistema sanitario vertical, es decir en un hospital a causa de una descompensación en una de sus enfermedades crónicas, por ejemplo, la diabetes o la hipertensión. Una vez que es controlado se le da el alta, y se le prescribe un tratamiento. El alta significa que se confía su cuidado extrahospitalario a cuidadores informales (generalmente miembros de su propia familia, o a una ONG), o a los servicios sociales asistenciales si la persona mayor vive en situación de aislamiento social (como muchos de los mayores de nuestra muestra). Aquí está la primera sinergia entre el sistema sanitario y el social. Si las prescripciones médicas no logran recuperar de nuevo a nuestra persona mayor, o si ésta no las sigue, o si los esfuerzos de los cuidadores informales son inútiles, entonces es muy probable que el mayor acuda al centro de atención primaria. Esta es la segunda sinergia entre el sistema social y el sistema sanitario. Como la atención primaria es el nivel más bajo del sistema sanitario vertical, puede ser derivado desde aquí a niveles más altos: especialistas o reingreso hospitalario en el caso de empeoramiento. Aquí el ciclo de sinergias entre el sistema social y el sanitario volvería a empezar.

Esta es una investigación en trabajo social. Por eso no podemos ocuparnos en directo del sistema sanitario vertical. El objeto propio de esta investigación son las intervenciones sociales que realiza la Cruz Roja de Aragón con personas en situación de aislamiento social y/o soledad. Por eso, solo nos podemos ocupar del sistema sociosanitario horizontal.

Ya hemos comentado que la mayoría de las personas de nuestra muestra sufren de enfermedades crónicas, y también de multimorbilidad crónica. La situación en un amplio porcentaje es de polimedicamentación.

Comencemos pues a analizar estadísticamente el sistema sociosanitario horizontal. Para ello vamos a centrar nuestra atención en primer lugar en el indicador de personas con quien convive (columna I de nuestra base de datos en *Microsoft Excel*). Constatamos la idoneidad de nuestra muestra para nuestra investigación. En efecto, 97 de las 100 personas que componen nuestra muestra viven solas en sus hogares. Y solo 3 de esas 100 viven con un cuidador formal (empleada del hogar interna).

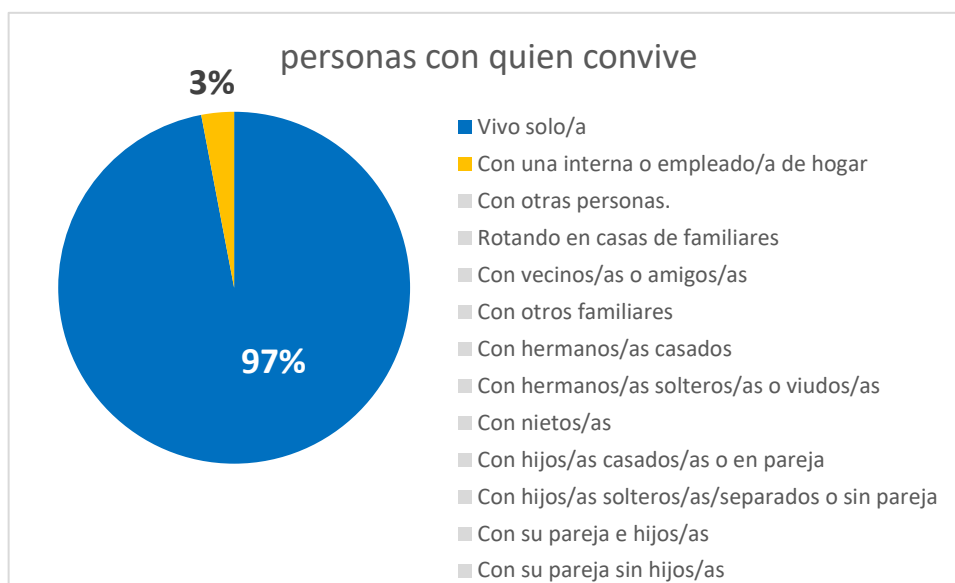


Figura 103. Personas con las que se convive

Ahora pasamos a preguntarnos por la calidad de la relación entre las personas de nuestra muestra y sus cuidadores (formales o informales), independientemente de que vivan con ellos o no. Lo primero que apreciamos es que casi dos terceras partes de nuestra muestra confiesan estar completamente desamparados. Nadie, ni familiar ni contratado, vela por ellos y por su seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas. Esto supone un deterioro significativo y tremendo del sistema sociosanitario, que queda amputado en uno de sus subniveles horizontales: el del sistema de cuidados comunitarios. Estas personas dependen exclusivamente de los servicios sociales asistenciales. Así el sistema social horizontal quedaría así:

Sistema vertical – ~~Sistema de cuidados comunitarios~~ – Servicios sociales asistenciales

En estas condiciones el seguimiento que hace del paciente un familiar a un cuidador formal que vela por ejemplo por poner el tratamiento médico en un pastillero separado por días y por horas de cada día, vigilar por la ingesta, cuidar la dieta, limpiar y asear, sacar a pasear, acompañar a las revisiones en el centro de atención primaria, o dar la voz de alarma a los servicios médicos a los menores indicios, queda eliminado. Y esto tiene gravísimas consecuencias. En primer lugar, que la enfermedad crónica se agrave o que implique a otros órganos y sistemas orgánicos. De aquí quizá la elevada proporción

de personas tipo «Procolo» y «Jacqueline» en nuestra muestra. Es decir, en una muestra de personas no dependientes pero que carecen del sistema de cuidados comunitarios.

A esto hay que añadir que el número de personas de nuestra muestra que tienen una relación regular, mala o muy mala con sus cuidadores (formales o informales) es 13. Si a estos 13 le añadimos las 63 que no tienen cuidadores, resulta que tres cuartas partes de nuestra muestra (el 76%) se encuentran desamparados o con un sistema de cuidados comunitarios inexistente o muy deteriorado. Es decir, son personas en una situación de vulnerabilidad social grave o muy grave.

Este es un campo de trabajo importantísimo para el profesional del Trabajo Social: la identificación de las personas concretas en riesgo de vulnerabilidad social. Personas que (i.) carecen del sistema de cuidados comunitarios o (ii.) aunque lo tienen se encuentra muy deteriorado.

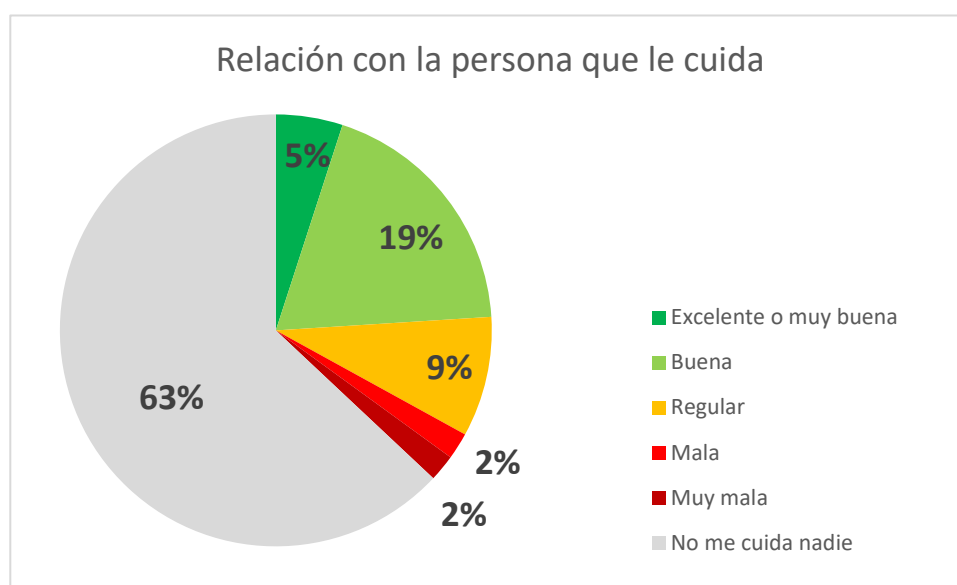


Figura 104. Relación con las personas con los cuidadores formales o informales

Preguntémosnos ahora por el otro extremo del sistema sociosanitario horizontal, el de los servicios sociales asistenciales. Para ello tenemos un indicador sobre la percepción de su utilidad que está recogido en la columna BB de nuestra base de datos. Más de la mitad de la tabla suspende pronunciarse. Una tercera parte, el 33% no los utilizan o bien por voluntad propia o bien no pueden acceder a ellos por su inexistencia o por cuestiones de movilidad. Se trata de un porcentaje muy alto, y que exigiría una labor de mediación por parte del profesional del Trabajo Social. Mediación que puede llevarse a cabo con asociaciones, ayuntamientos, servicios sociales para facilitar el desplazamiento a los recursos disponibles, o con las instituciones asistenciales para que comiencen a prestar servicios en localidades donde no lo hacían. También parece muy necesaria una labor de información hacia ese 56% de personas que no contestan y que muy probablemente desconozcan las posibilidades que se les ofrecen, y que son necesarias para el establecimiento de las sinergias mínimas en el sistema sociosanitario horizontal.

Sólo hay un 11% de personas que declaran asistir a las actividades organizadas por los servicios sociales asistenciales. En estas condiciones los datos arrojan que, salvo desinterés o cansancio por responder a la encuesta, no sólo el sistema de cuidados

comunitarios se encuentra deteriorado, sino que los servicios sociales asistenciales apenas llegan a la población mayor. Así pues, el sistema sociosanitario horizontal en la Comunidad de Aragón para las personas que habitan hogares unipersonales quedaría así:

~~Sistema vertical – Sistema de cuidados comunitarios – Servicios sociales asistenciales~~

Es decir, se trataría de un sistema social fallido y apenas articulado con el sistema sanitario, que actualmente (en época pandémica) está desbordado en el nivel de atención primaria, muy comprometido en los plazos de los centros de especialidades, y en situación muy crítica en el sistema hospitalario.

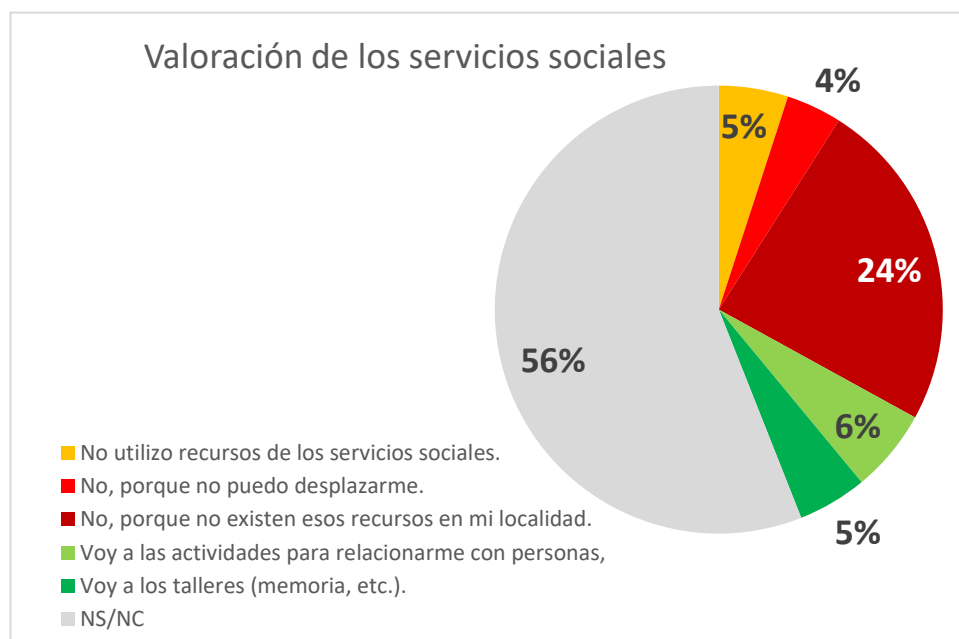


Figura 105. Valoración de los servicios sociales asistenciales

VII.8.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Pasemos ahora a distribuir por tipos ideales weberianos los resultados globales obtenidos. En primer lugar, observamos que de las tres personas que vivían acompañadas por un cuidador formal dos son tipo «Procolo» y una es tipo «Jacqueline». Teniendo en cuenta la gravedad e importancia de las necesidades de estos dos tipos ideales, considero que el 39% de la muestra (11 tipo «Jacqueline» + 28 tipo «Procolo») se encuentran en una grave situación de vulnerabilidad social. Esta vulnerabilidad es menos acusada en los demás tipos sociales. Pero entre las personas de los tipos que estamos hablando es algo bastante grave y que requiere urgentemente la atención de los servicios sociales asistenciales. En estos casos la situación de soledad llega a ser de completo desamparo y de aislamiento social.

Aquí, como hemos señalado ya, hay un grave deber de actuación por parte del profesional del trabajo social. Y las herramientas que proporciona la mediación aportan, como no me cansaré de insistir, una posibilidad muy factible y oportuna. Téngase en

cuenta que la evolución de las personas tipo «Procolo» es o a tipo «Jacqueline» o a la muerte. Que, en muchos casos, fallecen solas en su hogar, y son encontradas cuando su cadáver hiede y se avisa a los bomberos. El sistema judicial apenas logra actuar a tiempo dictando el ingreso en centros residenciales de estas personas. Por eso, el diagnóstico temprano de estas personas como «Procolo» o «Jacqueline» en situación de grave vulnerabilidad social es importantísimo. Además, no basta el diagnóstico social, también es necesaria la mediación con el sistema judicial y con los servicios sociales asistenciales, Oenegés, etcétera.

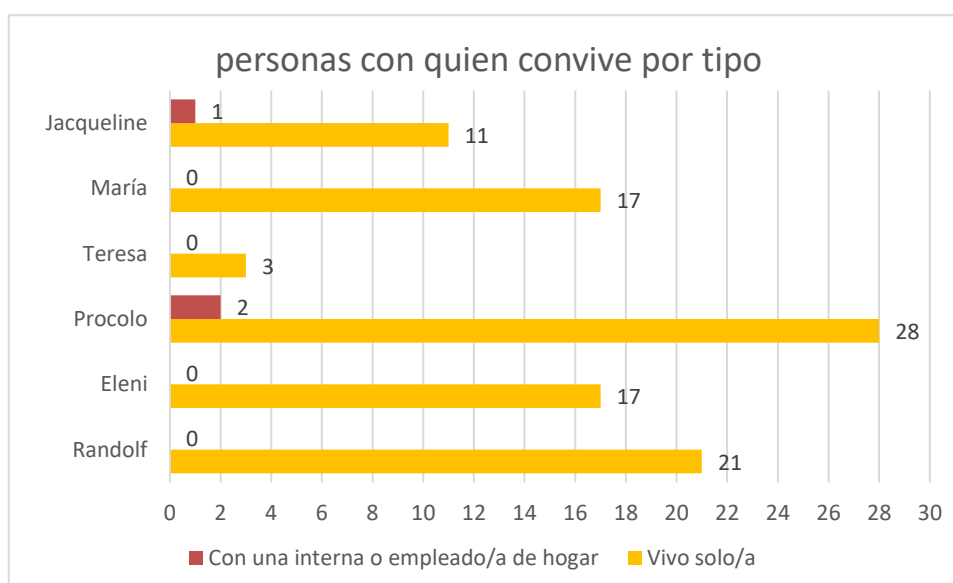


Figura 106. Distribución por tipos ideales de las personas con quien se convive

Si ahora distribuimos por tipos ideales weberianos la relación que las personas de nuestra muestra tienen con sus cuidadores, ya formales ya informales, observamos un dato que puede atenuar los graves resultados que arrojaba el análisis anterior. Y es que la totalidad de las personas tipo «Jacqueline» tienen algún familiar, allegado o persona contratada que se hace cargo de su cuidado. No obstante 4 de las personas tipo «Jacqueline», es decir el 33,3% de ellas tienen una relación regular con sus cuidadores.

El otro resultado que arroja la distribución por tipos ideales que estamos ahora comentando es que los problemas se concentran en las personas tipo «Procolo». El 46,6% de las personas tipo «Procolo» no tienen nadie que las cuide. Y a esto hay que sumar que 4 personas tipo «Procolo» (es decir el 13,3% de ellos), que disponen de un adecuado sistema de cuidados comunitarios tienen una relación mala o muy mala con sus cuidadores.

Otro resultado que se sigue de aquí, y que afecta a las necesidades de entrenamiento y protocolos para el personal de cuidados, sea sanitario o social, es que el servicio de asistencia a domicilio no cumple, por lo general, labores de cuidado, tan sólo de limpieza, compra, aseo, etcétera. Debería entrenarse a estas personas que acuden con regularidad a los domicilios de nuestros mayores para que ellos perciban que los cuidan, y para que ese cuidado sea realmente efectivo. Para esto está la formación. Es cierto que ahora es obligatoria, pero el mayor suele percibir que ese servicio es de limpieza, o el empleado no hace valer ante el interesado los protocolos para los que ha sido entrenado.

A este respecto la mediación entre interesados y personal social es muy importante con la finalidad de que los primeros perciban en los empleados sociales de ayuda a domicilio posibilidades de cuidado, y entre los segundos para que sepan vencer las dificultades que los usuarios del servicio les ponen. Para transformar los relatos que se hacen unos y otros la mediación circular narrativa de Sara Cobbs ofrece posibilidades por explorar. Y para resolver dificultades y afrontar un proceso de negociación entre cuidadores y usuarios, la negociación tipo Harvard puede muy bien ser útil.

Por último, distribuyamos por tipos ideales weberianos la valoración de los servicios sociales asistenciales. Como indicamos antes es mayoritario el número de personas que suspenden su juicio y no se pronuncian al respecto, y eso ya es una forma de valorar. Forma que está presente en muy alto grado a lo largo y ancho de los tipos ideales, aunque es más acusada, como viene siendo habitual, en las personas tipo «Procolo».

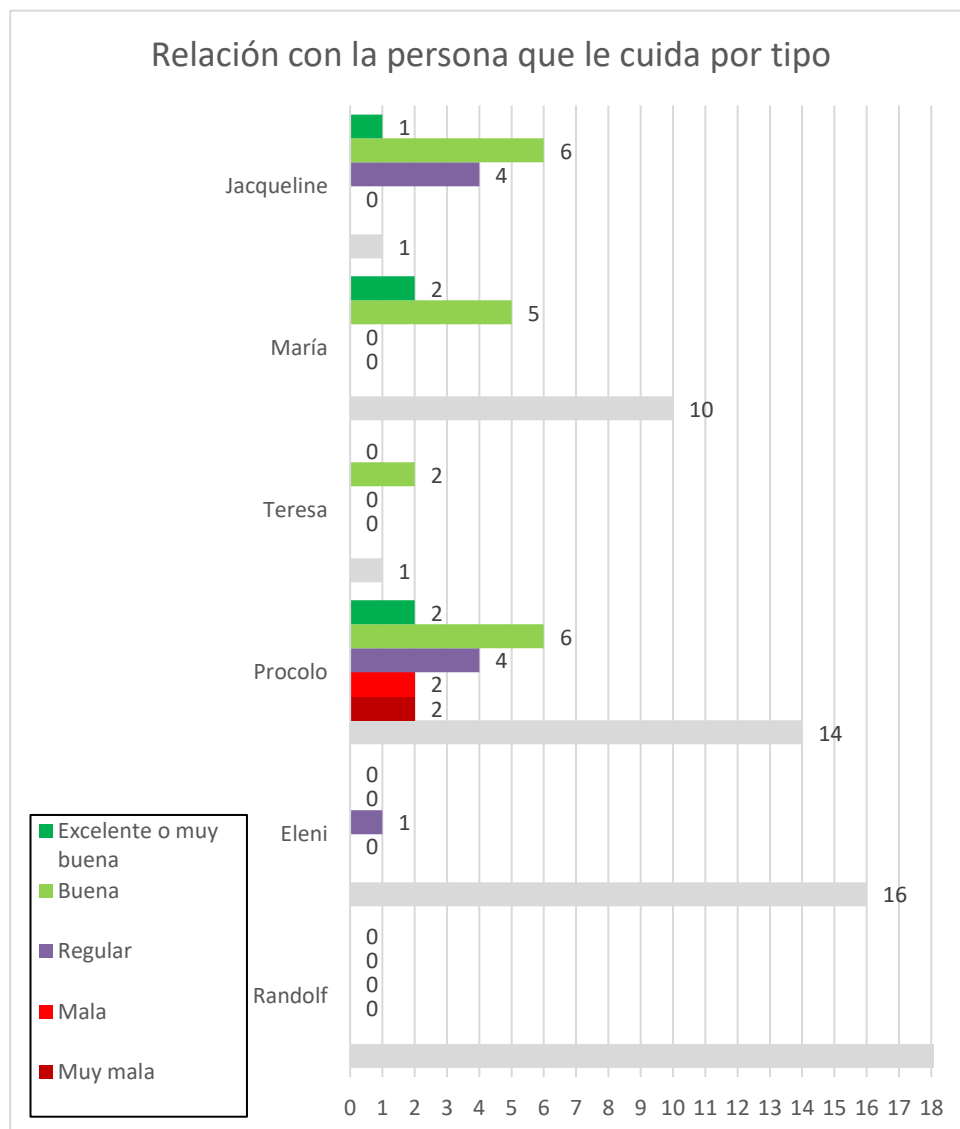


Figura 107. Distribución por tipos ideales de las personas con quien se convive

Otra conclusión que se extrae de esta distribución es la distribución homogénea de personas que no utilizan estos servicios, o no pueden utilizarlos, a lo largo de todos los tipos ideales. Sorprende que sean también personas tipo «Procolo» las que mayoritariamente no pueden utilizar los recursos que tan necesarios les son porque no se ofrecen en su localidad. Algo parecido, en otra proporción, sucede con las personas tipo «Jacqueline». No deseo repetir lo dicho a este respecto en el subepígrafe anterior respecto a la indefensión y vulnerabilidad de las personas de estos tipos sociales y respecto de las posibilidades que las mediaciones les abrirían.

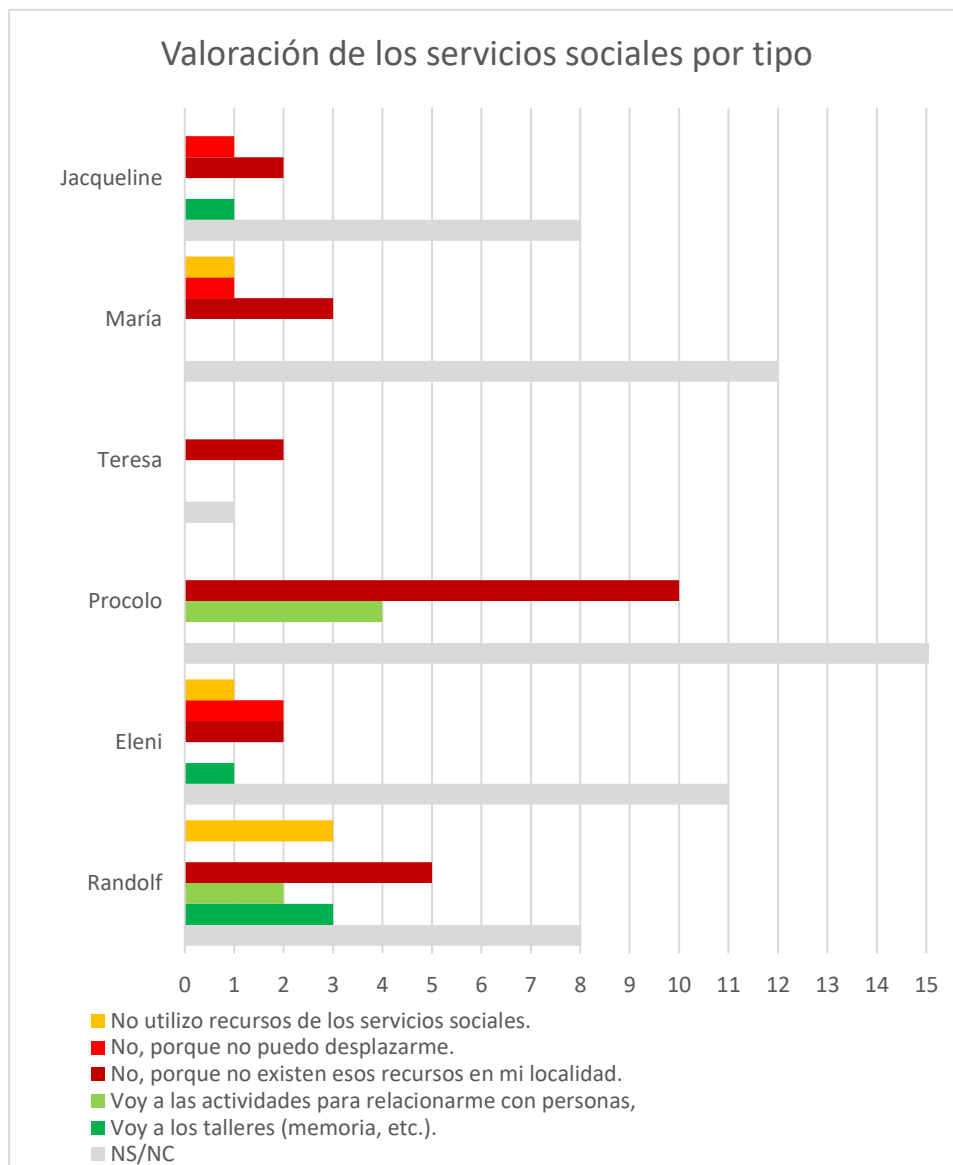


Figura 108. Distribución por tipos ideales de la valoración de los servicios sociales asistenciales

VII.9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA ASISTENCIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS ANCIANAS CON DETERIORO COGNITIVO

VII.9.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Ya hemos analizado (véanse los comentarios a la figura 35) uno de los indicadores de deterioro cognitivo en la muestra, la percepción del estado de memoria. Baste por ahora recordar que el 7% de nuestros mayores percibían un deterioro en la capacidad memorística notable o muy notable. Aquí el deterioro cognitivo ya es grave. Por otra parte, un 25% confesaban que su memoria se encontraba en un estado regular, es decir, que eran conscientes del deterioro incipiente de sus capacidades cognitivas. En suma, aproximadamente la tercera parte de los mayores de nuestra muestra tienen problemas cognitivos asociados a la memoria.

Todas las personas de nuestra muestra habitan hogares unipersonales, pero si el 32% de nuestra muestra tienen ya problemas de deterioro cognitivo, es posible que contemplen con suma ansiedad el hecho de habitar en soledad. Muchos son los problemas que pueden generarles esa ansiedad: si se han dejado la puerta abierta o el gas encendido; si han hecho la compra o no. En esta situación parece lógico que muchos deseen vivir en otro tipo de residencia. Sabemos que el valor que mayoritariamente aprecian como el principal para los integrantes de nuestra muestra es la autonomía personal (véanse los comentarios a la figura 56). Pero parece lógico que llegue un momento en que una persona pacte con su finitud y reconozca que no es bueno para él seguir viviendo solo, que necesita ayuda (véanse los comentarios a las figuras 39 y 40).

Afortunadamente, en nuestra base de datos tenemos varios indicadores acerca del lugar de residencia deseado y de los motivos que alientan ese deseo. En ella observamos que la mayor parte de nuestros mayores, el 90% de la muestra desea seguir viviendo en su casa, tanto por independencia como por que aún se sienten capaces de valerse por sí mismos. Resulta significativo este extremo. Solo el 6% expresa que puede valerse por sí mismos. En cambio, un 83% desea vivir en su propia casa por mor de su autonomía personal. Es decir, muchos de ellos parece que estarían dispuestos a, llegado el caso, compartir su domicilio con un cuidador formal.

En la figura 93 también se puede observar que un 10% de nuestra muestra desea cambiar de domicilio. Sólo 2 personas desearían vivir con sus hijos; en cambio un 8% aspiraría a vivir en una institución residencial puesto que perciben que necesitan cuidados especializados. Este 8% parece corresponderse con el 7% de personas que percibían un deterioro grave o muy grave de su capacidad memorística. Esto lo comprobaremos en la distribución por tipos.

No obstante, tenemos aún un 25% de personas que confesaban percibir un deterioro incipiente de la capacidad memorística que parecen seguir deseando vivir solos. En el siguiente subepígrafe distribuiremos por tipos ideales, para intentar localizar el lugar de residencia deseado de ese 25% con deterioro cognitivo incipiente. En cualquier caso, aquí puede radicar la sede de una serie de problemas gravísimos. Muchos de estos mayores con deterioro cognitivo incipiente se pueden encontrar en serio peligro, tanto para su vida como para la de los vecinos (al dejarse el gas o el brasero encendido), como

para su hacienda (al dejarse la puerta de la calle abierta, o cerrar telefónicamente determinados contratos, o al dejarse la luz encendida y tener que pagar facturas astronómicas de consumo eléctrico), etcétera. Aquí parece deseable que el profesional del Trabajo Social medie con estas personas y sus familiares, allegados o las instituciones sanitarias o sociales que trabajan con ellos, con la finalidad de que tomen decisiones sobre su lugar de residencia con un mayor conocimiento de lo que está en juego, de lo que puede ganar, y también de aquello a lo que va a renunciar.

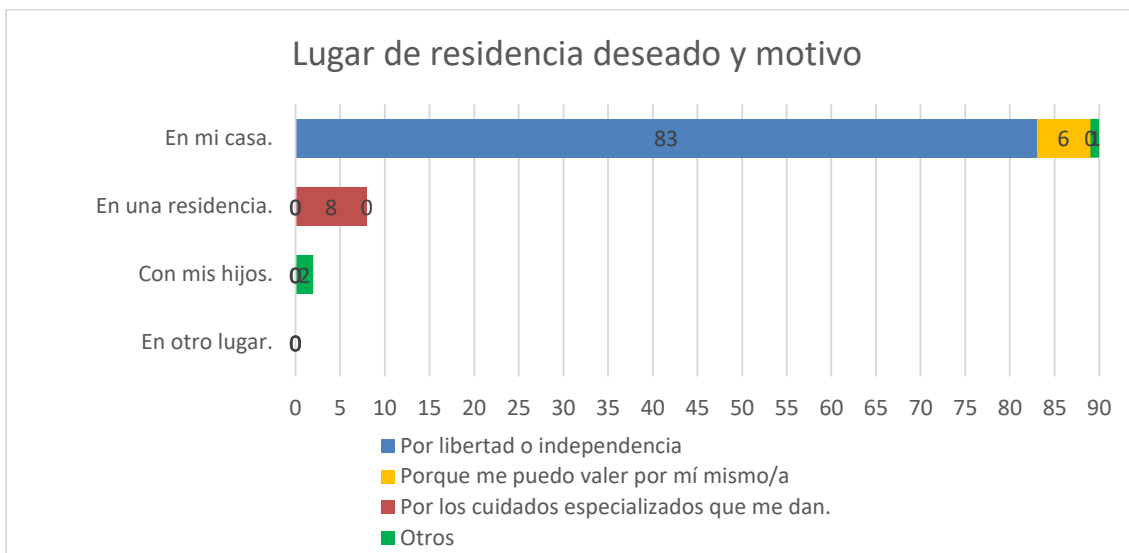


Figura 109. Lugar de residencia deseado y motivos de ese deseo

Podemos ahora preguntarnos por la percepción que nuestros mayores tienen de su autonomía. El 71% se sienten muy capaces, muy autónomos e independientes, tanto en su domicilio propio como en su entorno habitual. En cambio, casi la tercera parte (el 29% restante) confiesa que ha perdido autonomía, y que por ello no se siente capaz de habitar su hogar o su entorno del mismo modo que lo había hecho anteriormente. Este indicador resulta bastante sorprendente, puesto que la mayoría prefiere seguir habitando su hogar unipersonal, aunque un sector muy amplio de ellos sabe que ha perdido autonomía, y que las condiciones para seguir viviendo así han cambiado. En cualquier caso, se confirma que prefieren vivir en su entorno y en su hogar, aunque deban hacerlo de otro modo.

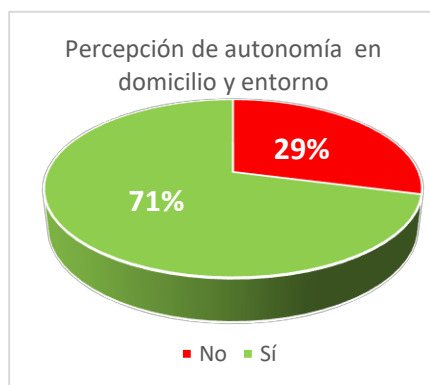


Figura 110. Percepción de autonomía personal en el propio hogar y ciudad

Por último, es importante analizar aquí una serie de indicadores que, no tratando exactamente del deterioro cognitivo, si están asociados a él, en tanto que la conciencia de deterioro cognitivo suele ir acompañada de miedos, ansiedades e inseguridades. La vida ya no se presenta cómo antes a quien la vive. Y no sólo por las enfermedades corporales, crónicas o no, que se padecen. Tampoco por la pérdida de otros significativos, sino por las capacidades personales para vivirla, es decir, por las capacidades mentales.

Afortunadamente en nuestra encuesta figuraban una serie de preguntas que nos pueden proporcionar información muy valiosa respecto al estado afectivo de nuestros mayores, y a su estado anímico para afrontar la soledad. Este último indicador es especialmente relevante a la hora de comprobar la adecuación de los deseos mayoritarios de autonomía e independencia a las capacidades mentales de nuestros mayores para realizar efectiva y saludablemente ese deseo. En nuestra base de datos, la información sobre el estado anímico ante la soledad figura en la columna AX.

La mayor parte de nuestra muestra, el 47% no siente especialmente las consecuencias de la soledad, o del aislamiento social que como ya he comentado (véase el epígrafe III.9.2) viven muchos de ellos. Este estado anímico es el adecuado al deseo de autonomía e independencia que caracteriza abrumadoramente a nuestra muestra. Pero si el 90% de nuestra muestra desea seguir viviendo en su hogar (véase figura 93), resulta que un 43% de nuestra muestra vive mal o muy mal las consecuencias de la soledad y/o el aislamiento social. Aquí se presenta otra fuente de problemas que manan de la contradicción de desear vivir en el propio hogar, aunque sea solos (véase la figura 65 para comprobar los amplios porcentajes de personas que no tienen allegados de ningún tipo), y por otra parte de no sobrellevar bien las consecuencias de la soledad. Quizá aquí el profesional del trabajo social puede mediar entre esas personas mayores que no sobrellevan fácilmente las consecuencias de la soledad con instituciones de voluntariado cuya finalidad sea el acompañamiento. También resulta importante la mediación para que el cuidador de ayuda a domicilio no se limite a las tareas de limpieza del hogar o de aseo de la persona mayor, sino para que acompañe afectivamente a estas personas, en paseos, juegos, etcétera. Probablemente esto también exigirá una labor de mediación con la institución responsable de la ayuda a domicilio para el entrenamiento y la capacitación adecuada de su personal. De hecho, este es uno de los problemas más frecuentes entre coordinadores, usuarios y personal de ayuda a domicilio.

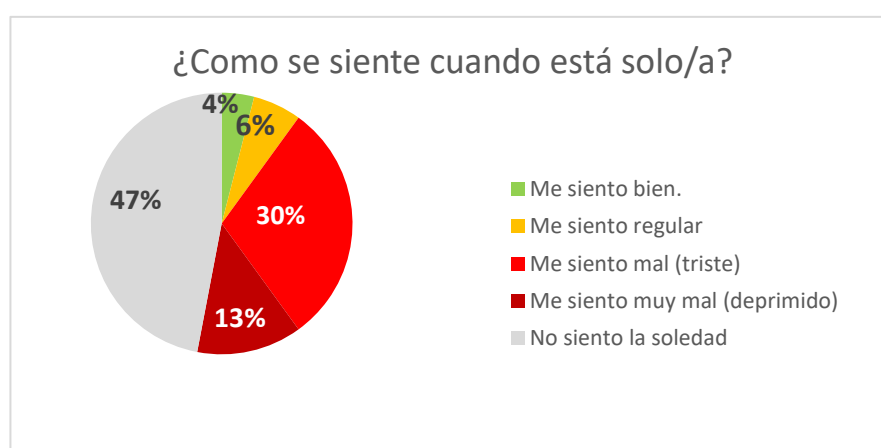


Figura 111. Actitud ante la soledad percibida

VII.9.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Al tratar de determinar las personas de nuestra muestra que se correspondían con los tipos ideales «Eleni» y «María» ya hicimos una distribución por tipos sociales del deterioro de las capacidades cognitivas en lo que se refiere a la percepción del estado de la memoria. Entonces comenté la figura 36 que vuelvo a reproducir a continuación. El propósito del análisis anterior era identificar a personas de la muestra como pertenecientes a los tipos «Procolo» y «Jacqueline». Eso no quería decir que sólo o únicamente las personas de la muestra que tuviesen un deterioro grave o muy grave de la memoria perteneciesen a estos tipos. Recuérdese que el único cumplimiento de esa condición no permitía identificar a esa persona como «Procolo» o como «Jacqueline». Debían cumplir otras condiciones: tener enfermedades crónicas y ser dependientes en las actividades de la vida diaria, al menos. El problema que tenía aquella figura número 36 radicaba en que identificaba a *algunas* de las personas tipo «Procolo» y/o «Jacqueline», y dejaba en un campo indefinido a las personas pertenecientes a los demás tipos ideales. Por eso en aquella figura se abarcaban con llaves {} horizontales el estado de memoria excelente, bueno y regular, por una parte; y por otra el estado de mala o muy mala.

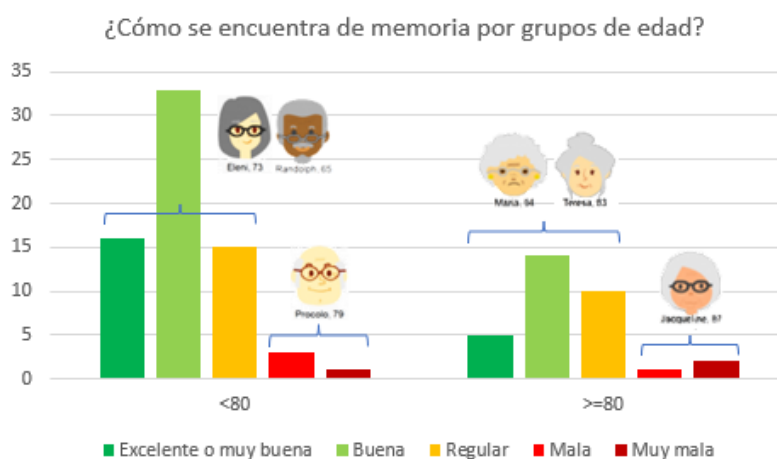


Figura 112. Estado de la memoria por grupos de edad

Precisamente por ello, es pertinente ahora distribuir por tipos ideales el estado de memoria, puesto que queremos discriminar las personas con un deterioro cognitivo incipiente, es decir, que comienzan a ser conscientes de que su memoria es regular, que ha comenzado a deteriorarse.

Como podemos ver en la siguiente figura hay una persona que pertenece al tipo ideal «Randolph» que percibe un deterioro significativamente malo de su memoria. Perteneció al tipo «Randolph» y no al tipo «Procolo» por otras razones: no tiene enfermedades crónicas, ni depende de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria. Se encuentra, eso sí, en un buen estado de salud general, salvo por lo que respecta a su memoria, o por otro tipo de dolencias, no cronificadas.

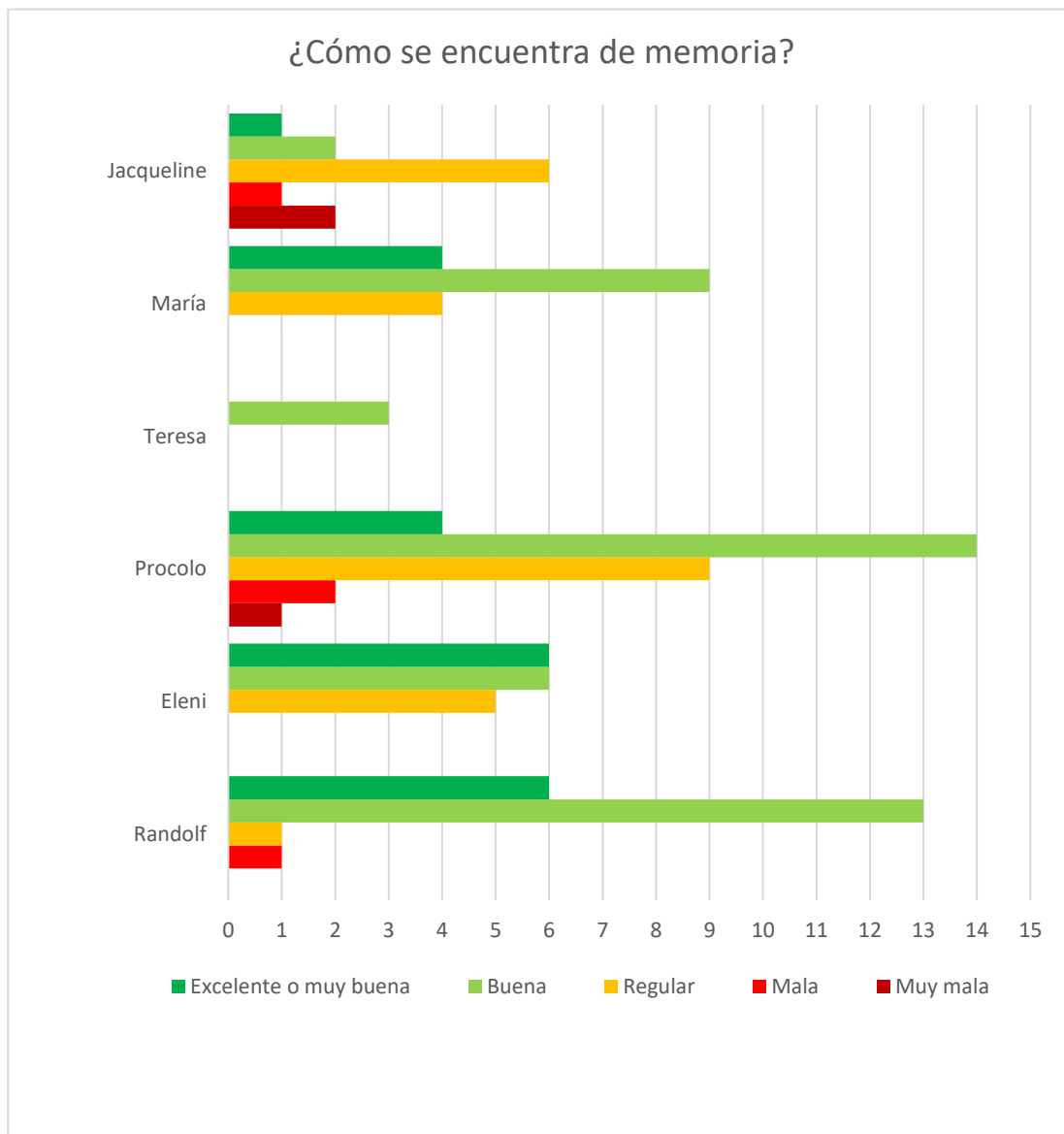


Figura 113. Estado de la memoria por tipos ideales

Si ahora distribuimos por tipos ideales el lugar deseado de residencia y los motivos por los que desea vivir, nos encontramos con que todas las personas pertenecientes a los tipos ideales de la cuarta edad, desean seguir habitando en sus domicilios. No contemplan otra posibilidad. Parece como si la avanzada edad sólo se sintiese a gusto entre sus hábitos, como si fuera más imposible desarraigarnos, o como si el hogar acostumbrado fuese el efectivo y único amparo y refugio. Lo podemos observar en las siguientes tres figuras:

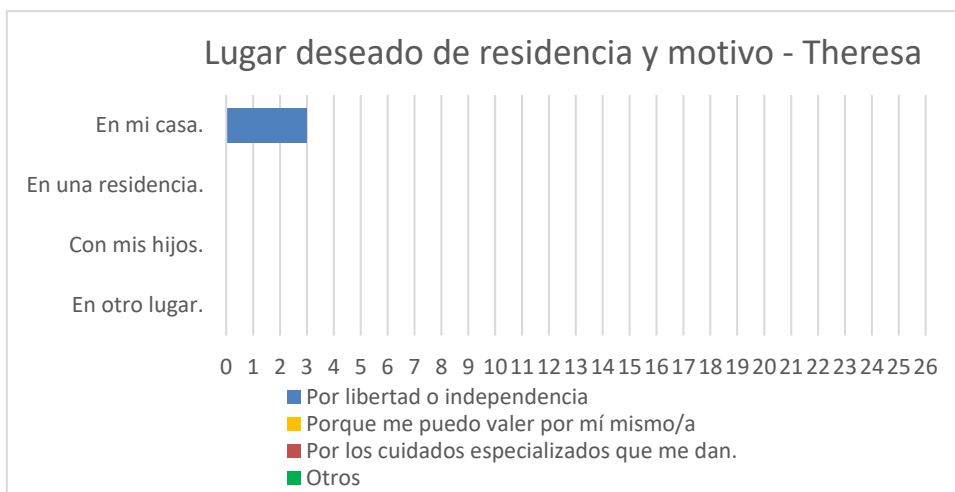


Figura 114. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Theresa»

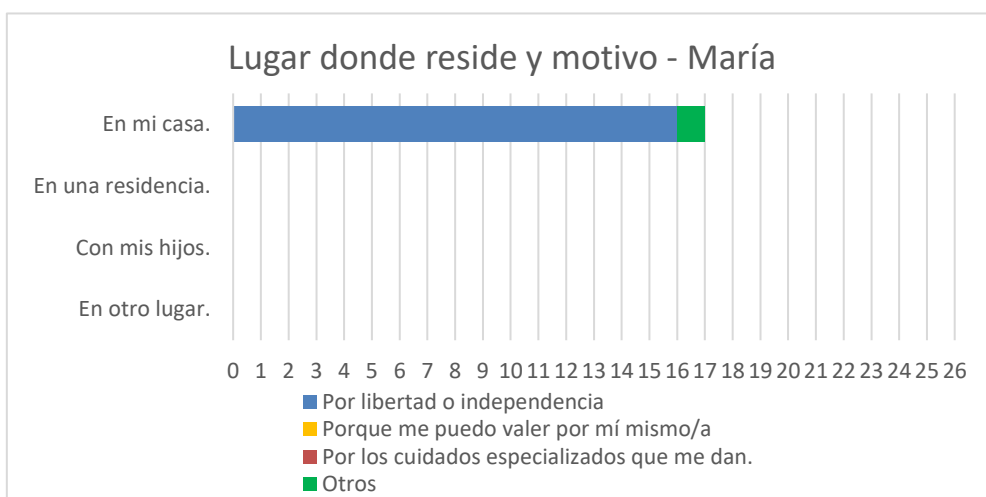


Figura 115. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «María»

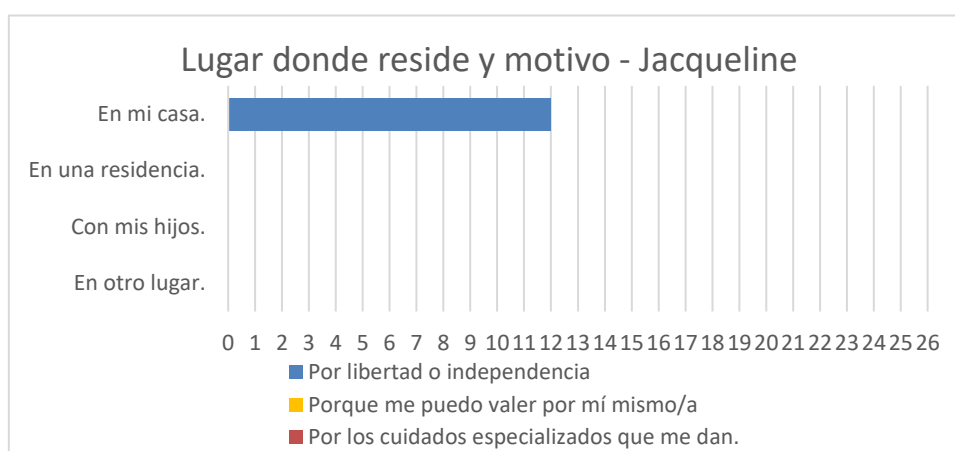


Figura 116. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Jacqueline»

La atención de las personas tipo Jacqueline en hogares unipersonales es sumamente difícil, desde luego imposible o absolutamente no recomendable, si viven solas. En la figura 91 observamos como sólo una persona de las doce identificadas como tipo «Jacqueline» vivía acompañada por cuidadores formales. Es decir el 91,6% de las personas tipo «Jacqueline» de nuestra muestra se encuentran en una situación de gravísima vulnerabilidad y peligro. No podrían ser atendidas en caso de una caída nocturna hasta que llegue el auxiliar de ayuda a domicilio. Es cierto que la contratación del servicio de teleasistencia puede reportar cierta tranquilidad a los usuarios, pero no siempre se dispone a mano del dispositivo para iniciar la teleasistencia, o si la persona sufre de demencia, o su mal estado de memoria le lleva a quedarse perplejo ante el dispositivo.

Precisamente por ello resulta muy importante entrenar en protocolos adecuados de actuación a los auxiliares de ayuda a domicilio para la identificación de las personas tipo «Jacqueline» (o «Procolo») en situación de extrema vulnerabilidad a causa de la soledad o del aislamiento social.

Creo que un resultado práctico de esta investigación doctoral, y por el que ésta quizá haya valido la pena, sea el ofrecer un pequeño algoritmo, fácilmente implementable en un corto cuestionario, para identificar a las personas tipo «Procolo» o «Jacqueline» en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social. Este algoritmo y este pequeño test, que puede fácilmente ejecutar cualquier profesional del trabajo social, o cualquier miembro del sistema de salud, puede salvar muchas vidas entre nuestros mayores, evitando la triste consecuencia de que vecinos o transeúntes alerten a los bomberos cuando ya fue tarde hace demasiado tiempo.

El algoritmo es muy fácil. Basta con añadir una condición a los algoritmos genéricos de estos dos tipos ideales. La condición es simple: no tener contactos habitualmente con otras personas en el propio domicilio.

Recordemos el algoritmo que propuse para identificar a las personas tipo «Procolo»

$$x \in Procolo \leftrightarrow \{x < 80 \wedge [(P31b = 2) \vee [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]]]\}$$

Es decir, un individuo de nuestra muestra pertenece al tipo *Blueprint persona* denominado «Procolo» *sí y sólo sí* es menor de ochenta años y cumple al menos *una* de las dos condiciones adicionales siguientes:

1. Necesita ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.
2. Tiene enfermedades crónicas y cumple al menos una de estas otras dos condiciones adicionales: ingiere habitualmente cinco o más fármacos o tiene un estado de memoria malo o muy malo.

Pues bien, una persona que cumpla este algoritmo se encuentra en una situación de grave vulnerabilidad por aislamiento si no recibe visitas habituales en su domicilio. Como la pregunta de nuestro cuestionario donde aparecía esa condición era la P11, y la condición era la respuesta 4, entonces el algoritmo quedaría así para las personas tipo «Procolo»

$x \in \text{Procolo en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social}$

$$\leftrightarrow \{x \\ < 80 \wedge [(P31b = 2) \vee [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]] \\ \wedge P11] = 4\}$$

Ecuación 8: Algoritmo para identificar personas tipo «Procolo» en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social

El cuestionario a realizar por parte de los profesionales de los servicios sociales o sanitarios se reduce a lo siguiente:

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Tiene enfermedades crónicas?
3. ¿Necesita ayuda para la realización de actividades de la vida diaria?
4. ¿Recibe visitas habituales de alguna persona particular en su domicilio?
5. ¿Toma habitualmente más de cinco fármacos o piensa que su memoria es mala o muy mala?

Si la respuesta a las preguntas 2, 3 y 5 es afirmativa, y a la pregunta 4 es negativa, entonces es preciso activar un protocolo de especial vigilancia sanitaria para estas personas, que en caso de tener menos de 80 años pertenecerán al tipo «Procolo» y si tienen 80 años o más, pertenecerán al tipo ideal «Jacqueline».

El algoritmo para las personas tipo «Jacqueline» es el mismo, salvo que cambia la edad, como es obvio. Quedaría así.

$x \in \text{Jacqueline en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social}$

$$\leftrightarrow \{x \\ \geq 80 \wedge [(P31b = 2) \vee [(P26a = \text{sí}) \wedge [(P29 \geq 5) \vee (P29a = 4 \vee 5)]] \\ \wedge P11] = 4\}$$

Ecuación 9 Algoritmo para identificar personas tipo Jacqueline en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social

* * *

Tras este inciso volvamos al análisis de la distribución por tipos ideales del lugar de residencia deseado y los motivos para ello. Ya hemos visto que la costumbre pesa más que la realidad para las personas de avanzada edad, y que por lo general (en el 100% de nuestra muestra) se muestran reacias a abandonar el hogar, incluso aunque su estado de salud sea tan lamentable, o las necesidades tan complejas como el de las personas tipo «Jacqueline».

Esto pone ante nuestra mente otra nueva fuente de problemas y conflictos que el profesional del Trabajo Social puede intentar abordar con las herramientas que le proporciona la mediación. Se trata de la mediación con estas personas en situación de extrema vulnerabilidad. No quieren abandonar su hogar. Su enraizamiento se ha ido acrecentando con el paso del tiempo, pero hay otras posibilidades que podrían ayudarles en esa última etapa de sus vidas. Por ejemplo, el recurso a contratar una persona interna, o si esta posibilidad es económicamente inasumible entonces permitirle que al menos pueda considerar las ventajas y los inconvenientes que el internamiento en un centro asistencial podría reportarle.

Entre las personas que se encuentran en la tercera edad, en cambio, hay quienes se plantean la posibilidad de cambiar de domicilio, y ser mejor atendidos. Véanse las siguientes figuras:

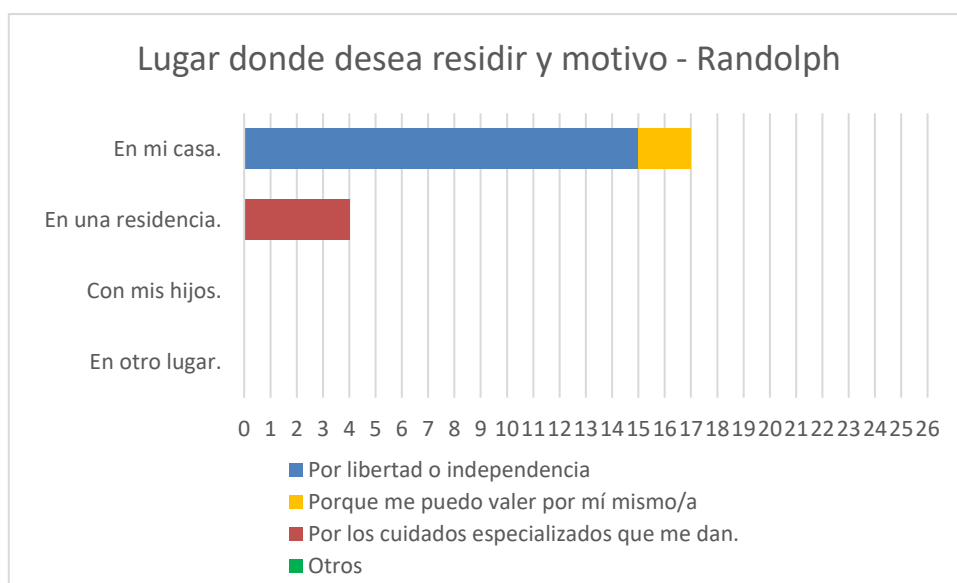


Figura 117. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Randolph»

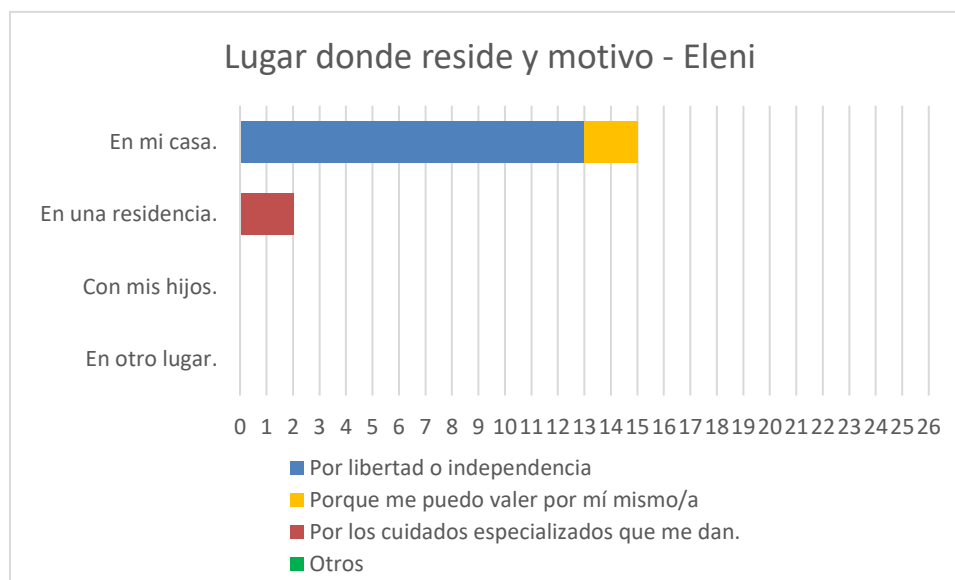


Figura 118. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Eleni»

Cuando llegamos al tipo «Procolo» observamos una pequeña variación. Hay personas entre los «Procolo» que contemplan el vivir en el futuro también con sus familias. Pero esta pequeña variación se debe a motivos distintos de sus necesidades complejas en materia de salud. Parece que los motivos tienen que ver más con lo afectivo que con la atención sanitaria debida.

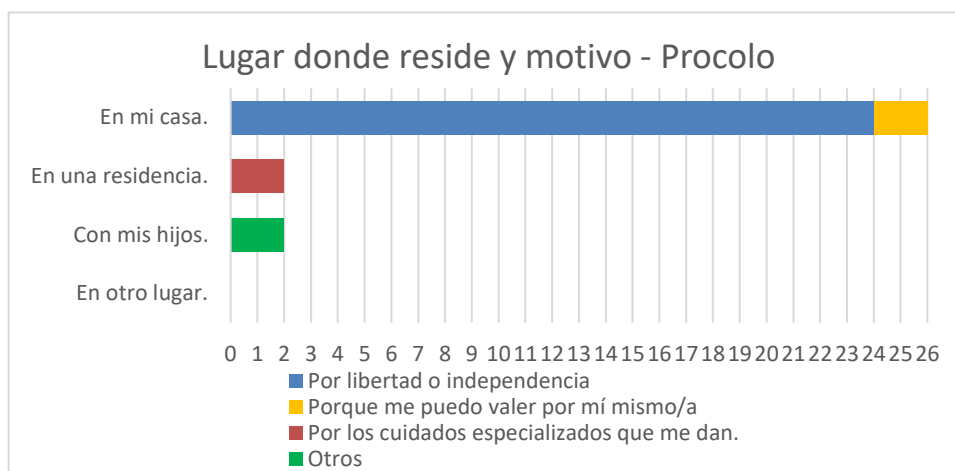


Figura 119. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Procolo»

Pasemos ahora a distribuir por tipos ideales la situación presente, no la deseada, de la autonomía en su propio domicilio y en su entorno inmediato de las personas que componen nuestra muestra. Como es lógico son las personas tipo «Procolo» y «Jacqueline» las que se sienten más dependientes. El 91,6% de las personas tipo «Jacqueline» son conscientes de que no tienen ya la autonomía e independencia de antaño. El 33,3% de las personas tipo «Procolo» también son conscientes de la merma en su autonomía. El porcentaje de las personas tipo «Jacqueline» es enorme. A pesar de ello y como vimos al comentar la figura 99, todas ellas viven en su hogar, y sólo una de ellas está asistida por un cuidador formal interno. No obstante, conviene recordar (véase el comentario a la figura 65) que todas las personas tipo «Jacqueline» tenían allegados o familiares (en concreto, véase la figura 66, todas las personas tipo «Jacqueline» tenían hijos vivos). Por eso podemos afirmar, que, en nuestra muestra, las personas tipo «Jacqueline» pueden habitar de forma relativamente satisfactoria en su hogar según sus deseos, a pesar de no estar acompañadas permanentemente, salvo en un caso.

En las personas tipo «Procolo» podría coincidir que el 33% de personas dependientes coincidiese con ese 33% de personas tipo «Procolo» que tenían familiares (figura 65), siendo estos a partes iguales, hijos, hermanos y sobrinos (gráfica 66). Pero cabe que no sea ese el caso.

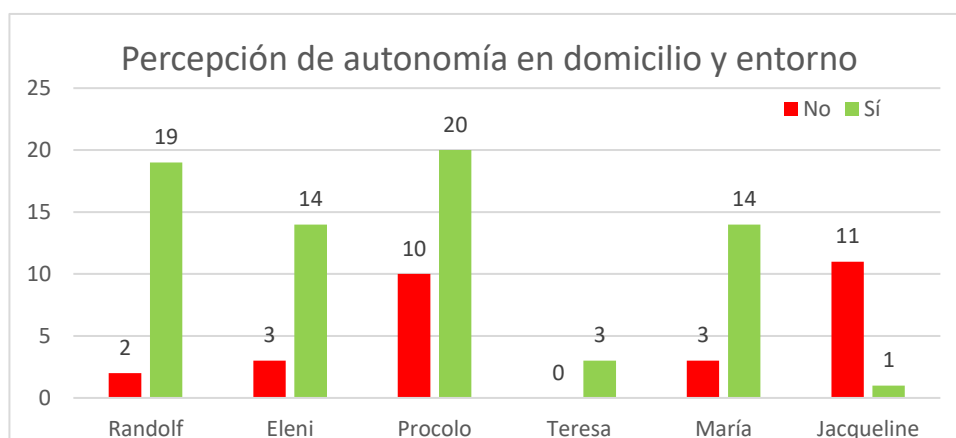


Figura 120. Distribución por tipos ideales de la autonomía o dependencia

Ahora podemos analizar en cómo afecta la soledad a las personas de los diferentes tipos ideales que componen nuestra muestra. Lo primero que observamos es que el grupo etario de la tercera edad (los menores de 80 años) vive mejor la soledad que las personas que ya ingresaron en la cuarta edad. Así el 66,6% de las personas tipo «Randolph», el 52,9% de las «Eleni», y el 56,6% de los «Procolo» declaran no sentir ningún efecto negativo de la soledad en que viven. En cambio, solo el 33% de las personas tipo «Theresa», el 23,5% de las personas tipo «María» y el 16,6% del tipo «Jacqueline» se declaran inmunes a los sentimientos negativos que podría provocar en ellas la soledad. En este grupo etario, la mayoría de las personas se sienten mal o muy mal por la soledad en la que sin embargo quieren vivir. El 66% de las personas tipo «Theresa», el 47,5% del tipo «María» y el 75% de las tipo «Jacqueline» declaran llevar mal o muy mal la soledad. A pesar de su independencia, y del deseo mayoritario de seguir residiendo en su hogar, la mayoría de las personas de estos grupos etarios se siente mal o muy mal debido a la soledad. Quizá la eligen a pesar de todo por no abandonar el hogar para marchar a una institución residencial o para no ser una carga a hijos u otros familiares.

Si pasamos al grupo etario de la tercera edad, observamos que los porcentajes de personas que llevan mal o muy mal la soledad disminuye notablemente. Eso sucede también cuando el estado de salud es muy precario, como en el caso de las personas tipo «Procolo». Solo el 36,6% de estos lleva mal o muy mal la soledad. Entre las personas tipo «Eleni» el porcentaje sube ligeramente hasta los 41,17%, y entre las personas tipo «Randolph» disminuye muy notablemente, solo el 28,5% declara llevar muy mal la soledad.

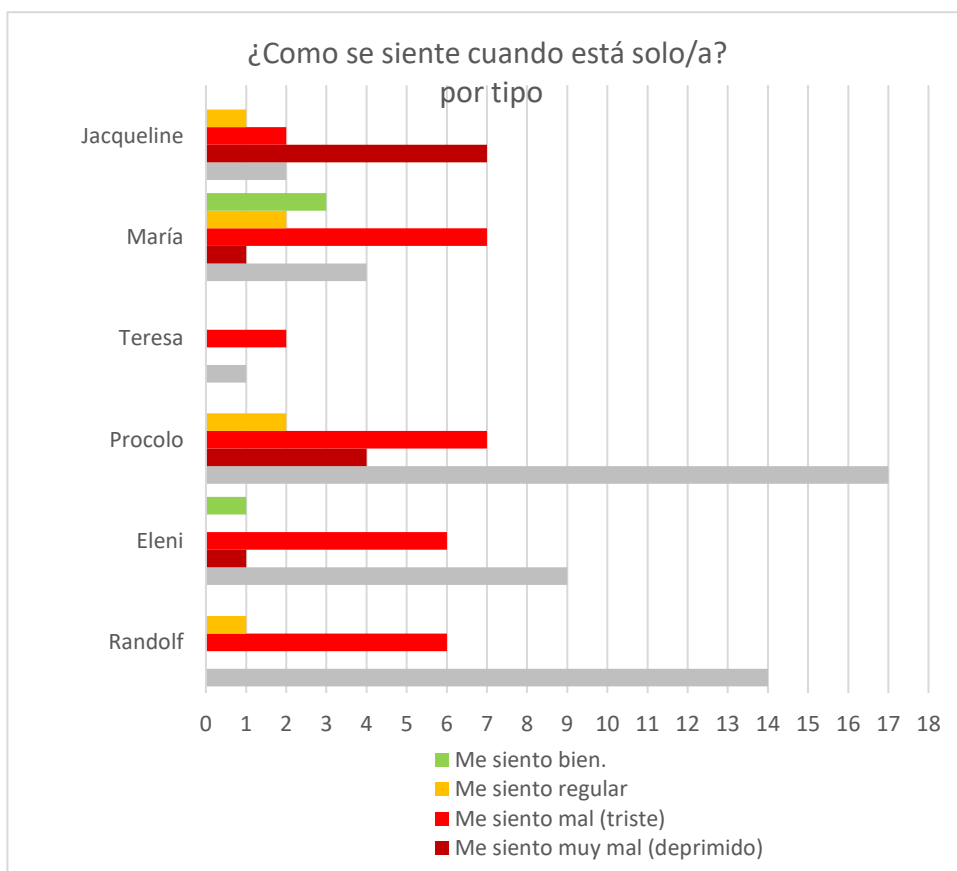


Figura 121. Distribución por tipos ideales del sentimiento hacia la soledad

Para el tema que nos ocupa ahora mismo, las necesidades e intervenciones relativas a la asistencia en la vida cotidiana, podemos extraer la conclusión de que las personas de la cuarta edad necesitan más apoyo emocional en orden a llevar los efectos negativos de la soledad en la última etapa de sus vidas. Aquí aparece una importante fuente de conflictos, muchas veces inconscientes y latentes con familiares, allegados y los auxiliares de ayuda a domicilio. En esta etapa, y dados los altos porcentajes, es necesario mejorar las relaciones y la comunicación. Se ha de trabajar porque los contactos sean más frecuentes, y por mejorar su calidad. Al profesional del Trabajo Social debería preguntar al mayor cómo lleva la soledad en que vive, y si la respuesta es mal o muy mal, seguir indagando en sus redes de apoyo familiar y social, la frecuencia de los contactos, y la calidad de estos. Puede ser que una intervención social a tiempo palie o solucione consecuencias nefastas para la persona mayor. Y esta intervención puede muy bien ser la mediación entre ésta y las personas más significativas de su soporte familiar y social, etcétera. De este tipo de mediación depende por ejemplo el evitar abusos por parte de cuidadores formales tras una ruptura emocional con los hijos o familiares.

VII.10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA EXTENSIÓN DE LA VIDA ACTIVA E INDEPENDIENTE Y DE SOLUCIONES ABIERTAS Y PERSONALIZADAS

VII.10.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Debemos tratar ahora de la vida autónoma e independiente de nuestros mayores, y de las intervenciones cuya finalidad sea extender esa vida. Ya hemos comentado que, en la jerarquía de valores de nuestros mayores, por lo general, el valor más apreciado es la autonomía personal. Esa apreciación es el fundamento de su decisión de seguir habitando el domicilio habitual pese a la situación de soledad y/o aislamiento social en que viven.

Pues bien, detengámonos en primer lugar en el análisis de las actividades que realizan habitualmente los mayores de nuestra muestra. Para hacerlo disponemos del indicador de actividades habituales cuyos datos están alojados en la columna R de nuestra base de datos.

Observamos que las tareas que predominan son las domésticas. Recuérdese que el 97% de las personas de la muestra viven solos, y que, por ello, las tareas del hogar son parte integrante de su día a día, con independencia del género. Parece que aproximadamente la cuarta parte de nuestra muestra delega en los servicios de asistencia a domicilio la realización de las tareas domésticas, aunque podría ser que gran parte de esas personas sencillamente no hayan querido responder a esta pregunta.

Sorprende que en una muestra donde la mayoría (el 68%) pertenecen a la tercera edad, y de ellos el 41% son varones, solo el 3% emplee su tiempo en el campo. Parece que esta actividad, que tras la jubilación suele ser un hobby muy estimulante, sea tan poco practicada. El mismo porcentaje es el que se refleja en las actividades que promueven las asociaciones, y que tanto implican y dan aliciente a la vida de nuestras personas mayores. Por último, la ayuda a otros familiares, como los hijos en el cuidado de los nietos, etcétera, también es una dedicación muy minoritaria cuando se trata de una ocupación habitual. El

resultado es un poco desalentador: aparte de las tareas domésticas no parece haber apenas ningún aliciente en el día a día de estas personas.

Este estilo de vida es el contrario a un envejecimiento activo, y no propicia en modo alguno la extensión de la vida activa, sino al contrario, el deterioro crónico tanto físico como mental de nuestros mayores. En estas condiciones, el profesional del trabajo social podría encontrar en la mediación entre estas personas y los responsables del tejido asociativo, o con los responsables electos, de los centros de salud, para promover talleres y actividades de envejecimiento activo, actividades didácticas, etcétera. Es deseable realizar una labor de mediación porque muchas de estas actividades se imponen al mayor sin contar con sus deseos, preferencias, etcétera. Es deseable llegar a puntos comunes entre los promotores de las intervenciones y los potenciales usuarios de las mismas.

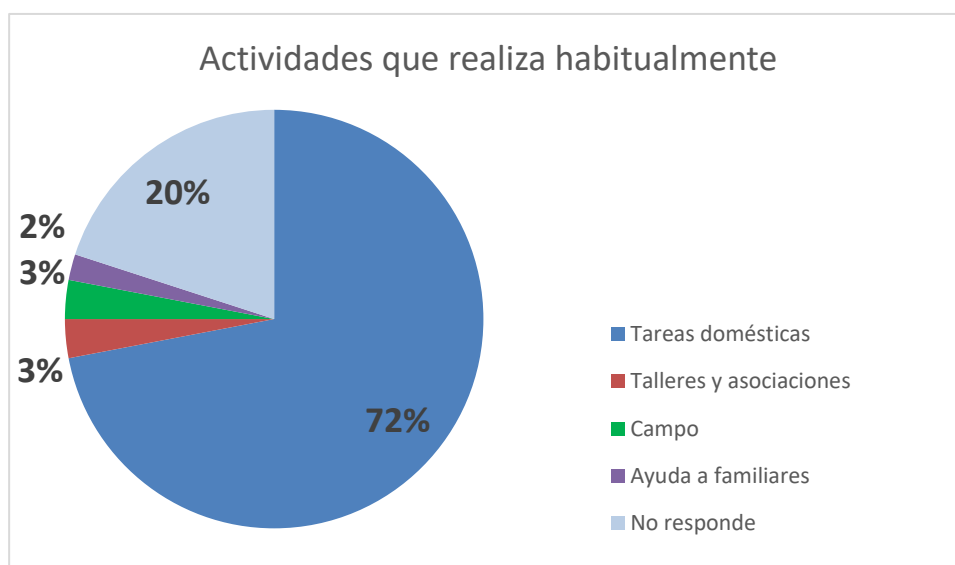


Figura 122. Tareas realizadas habitualmente

Como hemos dicho resulta sumamente triste que el horizonte vital de nuestros mayores se restrinja mayoritariamente a la realización de las tareas del hogar. En nuestra encuesta tenemos una pregunta de control a este respecto: el indicador de realización de actividades fuera del domicilio, que se aloja en la columna S de nuestra base de datos. Este indicador confirma que el 82% de nuestros mayores no realiza ningún tipo de actividad no ligada al domicilio. Sólo el 18% tiene un horizonte vital que rebasa las labores propias del seguir manteniéndose con vida. Así pues, este indicador, corrige ese 20% de personas que no respondieron a la pregunta anterior. Volvemos a constatar lo preocupante de este resultado: el angostamiento del horizonte vital y existencial de cuatro quintas partes de nuestros mayores.



Figura 123. Realización de actividades fuera del domicilio

¿Por qué sucede esto? ¿Por qué la vida activa se ha reducido tanto entre nuestros mayores, sin tener en cuenta la edad o el género? El silencio que la mitad de la muestra guarda ante esta pregunta es elocuente. Parece como si ni siquiera fueran capaces de plantearse un ensanchamiento de su horizonte vital, de sus actividades posibles, y se resignasen a los tristes tópicos edadistas que hubiesen interiorizado. Si consideramos las profesiones que realizaron (véase figura 24) o el nivel de estudios alcanzado (figura 9). Si tenemos en cuenta que el 14% de las personas de nuestra muestra cursaron estudios universitarios y el 13% alcanzaron el nivel medio de enseñanza. Y que el 3% de la muestra ocupó cargos directivos, el 20% fue personal técnico, el 6% ocuparon puestos de cargos directivos y tan sólo un 8% se ocupó en exclusiva a las labores domésticas. En estas condiciones resulta duro y difícil constatar el estrechamiento que su vida activa ha sufrido. Y además que no den razones para esa reducción de sus actividades. Tan sólo el 5% parece atreverse a confesar que le faltan fuerzas y se encuentran ya cansados. Sólo una de las personas confiesa su desánimo.

Entre las personas que expresan el motivo por el que su vida activa se ha estrechado tan notablemente el 42% confiesa que su estado de salud se lo impide. No es extraño que esa cifra coincida con la suma de personas tipo «Procolo» y «Jacqueline». No estoy afirmando que coincidan, pero sí que las personas de estos perfiles tienen serios inconvenientes de salud que les obligan forzosamente a reducir el arco de sus actividades posibles.

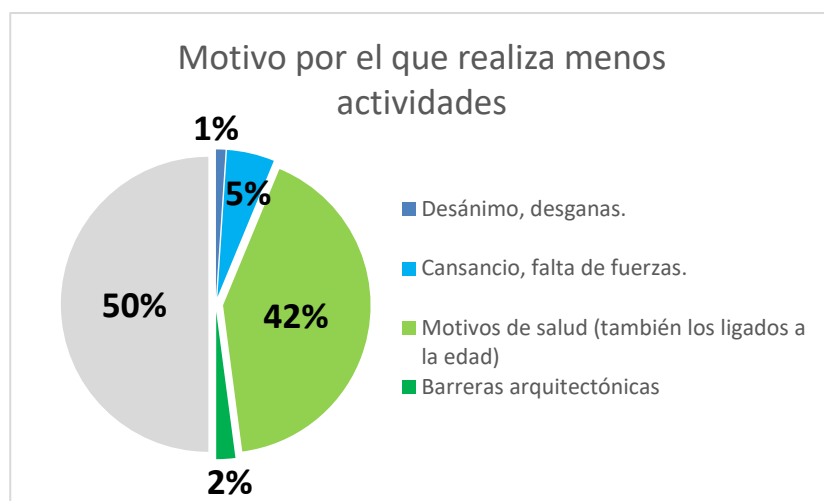


Figura 124. Motivos aducidos para reducir la vida activa

En la encuesta se preguntó explícitamente qué actividades realiza durante su tiempo libre. La respuesta de nuestros encuestados requiere cierto comentario. Y es que parecen presuponer cierta contraposición entre actividades habituales y actividades de tiempo libre. Una contraposición similar a la que existe entre el ocio y el negocio (*negotium*, en su etimología latina). Es decir, que no consideran que la jubilación implica mayor tiempo libre, o tener la totalidad del tiempo para sí mismos, sino que el tiempo libre se vuelve a circunscribir a periodos muy limitados, y de los que se dispone relativamente poco. Periodos en los que no se ocupan de sus tareas habituales, es decir de las labores del hogar, las faenas del campo, o la atención a los familiares que los necesitan. Por eso, no consideran que caminar, salir con los amigos, asistir a la asociación, tareas de voluntariado etcétera sean tareas habituales. Son tareas esporádicas, a las que de vez en cuando, regular o irregularmente, pueden dedicarse. De nuevo constatamos que el envejecimiento activo está muy lejos de ser una realidad *habitual* en términos estadísticos.

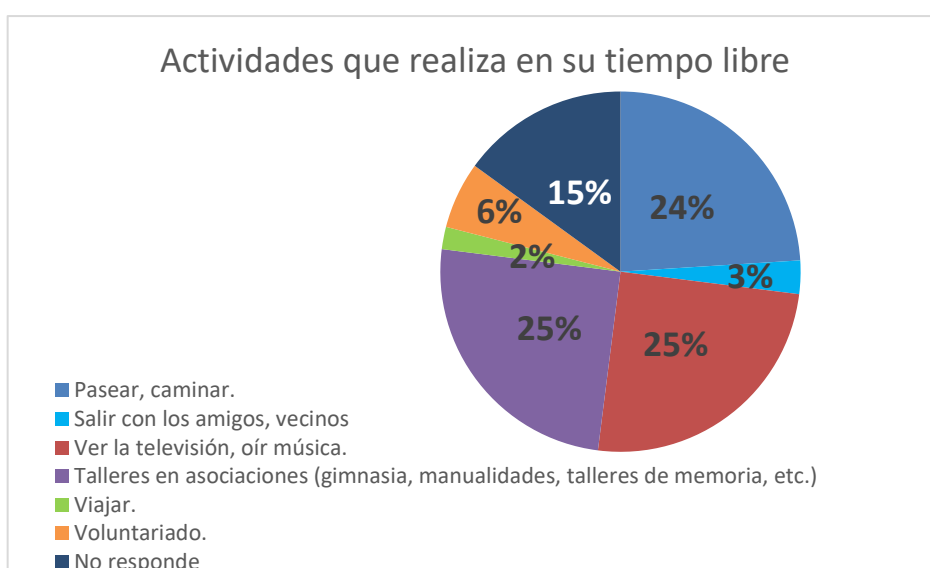


Figura 125. Actividades realizadas durante el tiempo libre

Y sin embargo la oferta de actividades que tienen nuestros mayores es amplia, incluso el deseo de ellos de poder envejecer activamente, como se desprende de la afiliación a asociaciones y similares. Casi la mitad de los encuestados respondió afirmativamente, lo que implica que podrían disfrutar de peñas, asociaciones de mayores, de afectados, de voluntariado, cofradías, casetas de feria, etcétera. Y que estas tareas llenaran de ilusión y de actividad sus días. Pero, nos parece deducir tristemente, que este tipo de actividades son marginales y no centrales en su vivir.

Una constatación del panorama tan pesimista que dibuja nuestro análisis lo encontramos en la pregunta recogida en la columna W de nuestra base de datos. Ella nos sirve como indicador de las actividades deseadas, pero no realizadas, y permite controlar los resultados hasta ahora obtenidos y la parcelación del tiempo en la vejez entre el de las dedicaciones habituales y las del tiempo libre.

Las respuestas se dividen en tercios. Aproximadamente un tercio no responde, como si le cansase la pregunta o quedasen perplejos ante la misma. Alrededor de otro tercio responde que está muy conforme o satisfecho con lo que hace. Por último, poco menos del tercio restante responde que le gustaría pasear, leer, ir de compras, etc., pero que ya no es capaz de hacerlo. Estas actividades parecerían más propias del día a día que de lo extraordinario y desacostumbrado. Como si no llegase a ser habitual el incluir un paseo en la vida diaria, el leer o el ir de compras. Parece que gran parte del contenido de la vida activa fuese un artículo de lujo para muchas de las personas de nuestra muestra. En estas condiciones, la extensión de la vida activa no pasa de ser un *desiderátum* para muchos de nuestros mayores, si por ella se entiende una vida no sedentaria, que fomente el deporte, los hábitos de consumo sanos o la socialización activa.

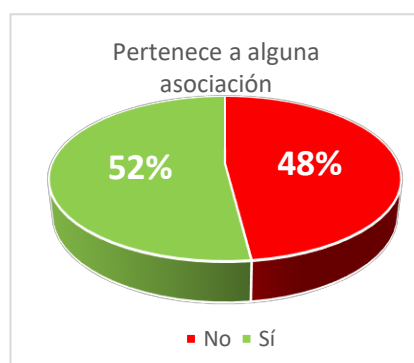


Figura 126. Pertenencia al tejido asociativo

Parece obvio que, a la vista de estos resultados, es necesario que los profesionales del Trabajo Social intervengan. Es preciso remover los obstáculos psicológicos, en muchos casos, que impiden a estas personas seguir practicando deporte, socializando activamente, practicando actividades de voluntariado o evitando conductas u hábitos tóxicos. Para promover y consolidar en la vida de nuestros mayores esos hábitos se puede recurrir, a mi juicio fructuosamente, a las herramientas de mediación, particularmente a la mediación transformativa de Bush y Folger. Pues se trata de transformar la mirada, los hábitos y la vida de la mayoría de nuestros mayores, de transformar la interiorización que han hecho de los prejuicios edadistas, por la que se sienten viejos en el peor sentido de la palabra. Una interiorización por la que llegan a hablar de sí mismos en esos mismos términos.

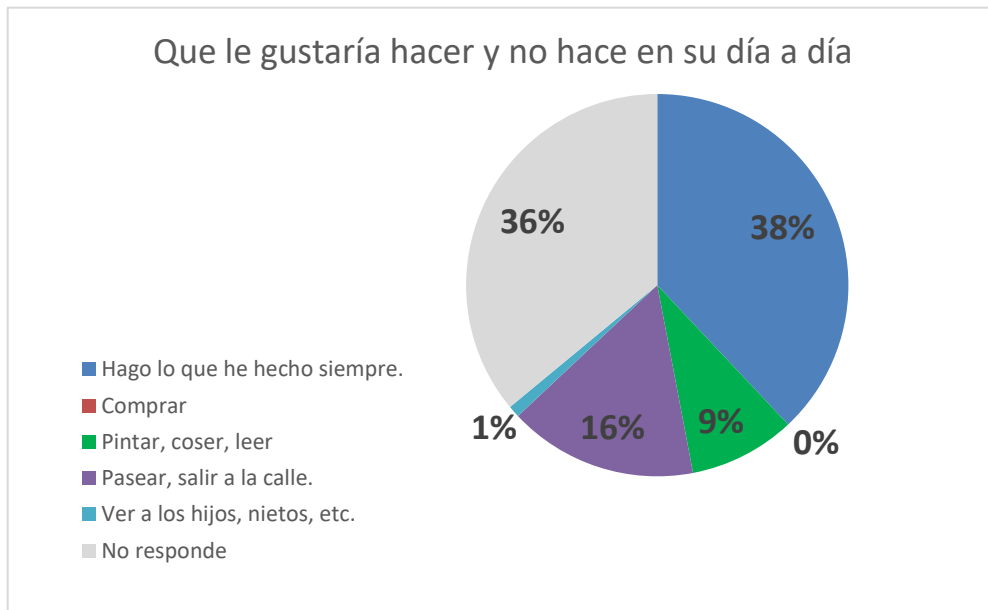


Figura 127. Actividades deseadas, pero no realizadas

Si inquirimos en los motivos por los que no se realizan esas actividades, es decir, si preguntamos al 26% que respondió aduciendo actividades que no realiza ya, entonces los motivos de salud aparecen como los prevalentes para casi la mitad de la muestra. Sólo un 3% ha dejado de hacer algo al enviudar o divorciarse. Y eso pese a que el 71% de nuestra muestra estaba compuesta por personas viudas o divorciadas (véase figura 18).

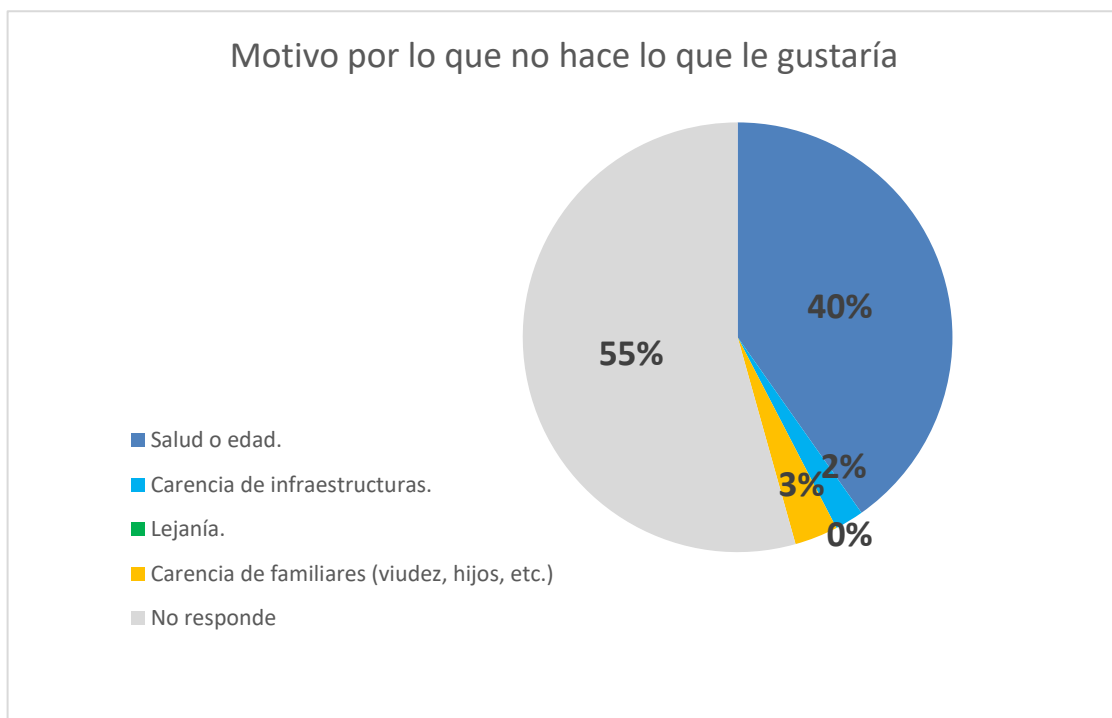


Figura 128. Motivos por los que no se realiza la actividad deseada

Por último, queremos señalar que uno de los factores que más están contribuyendo a la extensión de la vida independiente de nuestros mayores es el que tiene que ver con la cuarta revolución industrial, la revolución informática. La mayor parte de las personas que componen la muestra no podrían, *de facto*, habitar sus hogares unipersonales, de no contar con el servicio de teleasistencia. Este dispositivo —informático y humano— les proporciona una seguridad sin la cual difícilmente podrían seguir viviendo como lo hacen.

Sin embargo, si analizamos el uso de las nuevas tecnologías observamos que el uso del teléfono móvil, y por tanto de dispositivos tecnológicos se encuentra bastante restringido. Sólo la quinta parte de los usuarios usa servicios de mensajería instantánea tipo WhatsApp. El uso del teléfono móvil cohabita con el del teléfono fijo, siendo éste más usado en términos porcentuales para las llamadas que el teléfono móvil. Y sólo el 13% de los usuarios usan ordenadores personales para navegar por internet. Por último, el uso de redes sociales es aún muy minoritario. Tan sólo el 5% de los usuarios de nuestra muestra tenían perfiles propios y los usaban.

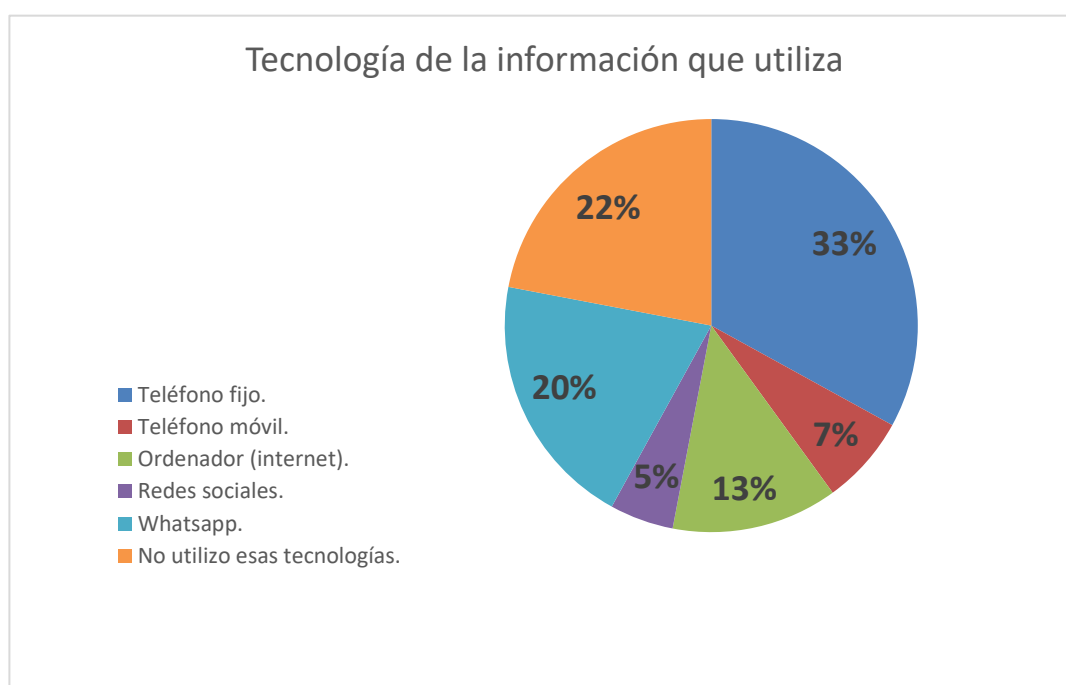


Figura 129. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Tics)

VII.10.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Distribuyamos por tipos ideales las actividades que los mayores de nuestra muestra realizan *de facto*.

Observamos que, en todos los tipos ideales, la actividad más mayoritaria es la que tiene que ver con el cuidado del hogar. Incluso en tipos ideales como el «Procolo», el 83,3% de las personas dedica las energías de sus días preferentemente a tareas del hogar. Puede parecer que personas de este tipo apenas pueden realizar estas actividades, pero son tantos y tan variados los asuntos domésticos, que la persona tipo «Procolo» encontrará

mucho qué hacer y qué dirigir en el caso de que tenga concedido el servicio de ayuda a domicilio. Las pocas personas de la muestra que realizan una actividad en asociaciones o de ayuda a familiares se encuentran en la tercera edad, y en los tipos con mejor salud: Randolph y Eleni. No obstante, se puede observar que tres personas de la cuarta edad, y de tipos ideales con enfermedades crónicas e incluso con necesidades complejas —tipo «María» y «Jacqueline» realizan algún tipo actividad física en huerto o jardín.

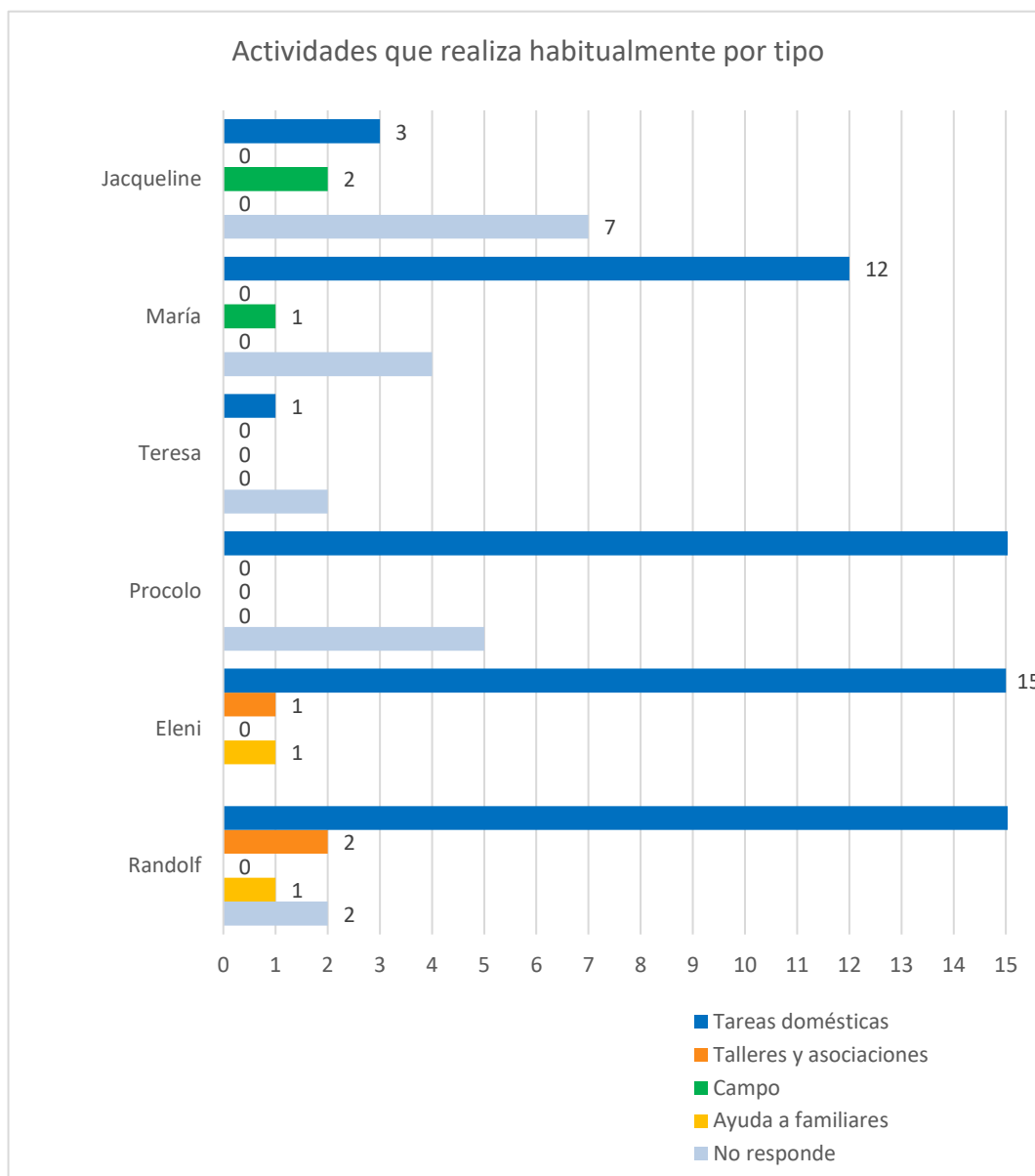


Figura 130. Distribución por tipos ideales de las actividades habituales

Podemos distribuir ahora por tipos la realización de actividad fuera del propio domicilio. Con ello podremos saber qué personas son ya incapaces de salir de su propio hogar, y por lo tanto han renunciado ya a una vida activa, o al menos la han recortado sustantivamente. En principio vemos como la mayoría de las personas de todos los tipos ideales, excepto del tipo «Jacqueline» tienen una vida activa, al menos son capaces de salir del propio domicilio. En el caso de Jacqueline, el 58,3% ya son incapaces de salir

del domicilio que habitan. Estas personas tipo «Jacqueline» constituyen el caso más preocupante. Pero entre las personas tipo «Procolo», es decir aún en la tercera edad, aunque con necesidades complejas derivadas de su precaria salud, la quinta parte (el 23,3%) ya están recluidas en su hogar. Se trata de algo preocupante, puesto que aquellas de estas personas que ingresen en la cuarta edad engrosarán el número de las personas «Jacqueline» recluidas. Resulta muy importante realizar actividades de información y concienciación sobre la importancia de la actividad física y de la socialización entre las personas que aún son capaces de salir del propio domicilio. Particularmente urgente es hacerlo entre los tipos ideales sanos, y las que no tienen graves enfermedades, o enfermedades crónicas en un estado moderado. Se trata de extender esas condiciones de salud lo más posible, o incluso de mejorar el estado de salud de esos mayores antes de que queden recluidos en sus domicilios. Los obstáculos psicológicos que suelen interponer y que les impiden seguir las recomendaciones en materia de salud constituyen una fuente de conflictos con los familiares o personal sanitario que desean que esas personas salgan, socialicen o hagan algún tipo de ejercicio físico. El profesional del Trabajo Social podría ofrecer sus servicios como mediador, ante todo para mejorar la relación de esas personas con su propia vida, con su propia salud presente y futura. Para ello, la mediación transformativa de Bush y Folger ofrece unas virtualidades extraordinarias.

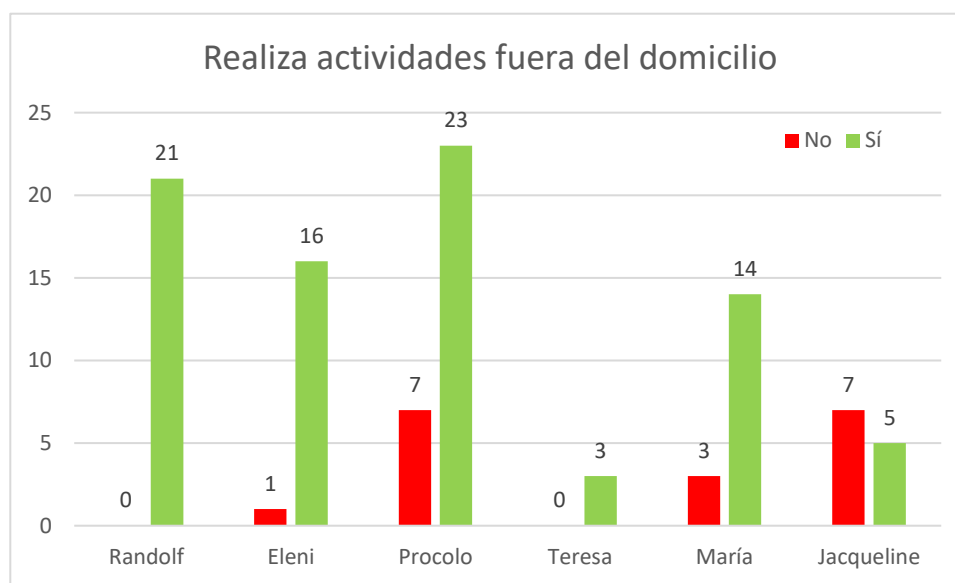


Figura 131. Distribución por tipos ideales de la realización de actividad fuera del domicilio

Como es de esperar, todas las personas de la tercera y cuarta edad sanas —tipos «Randolph» y «Theresa» realizan bastante actividad fuera de casa. La salud es el motivo prevalente en todos los tipos ideales para la disminución de la actividad. Observamos cómo ese motivo tiende a hacerse el dominante en términos porcentuales conforme se avanza en edad, y conforme aumenta la gravedad de su estado de salud.

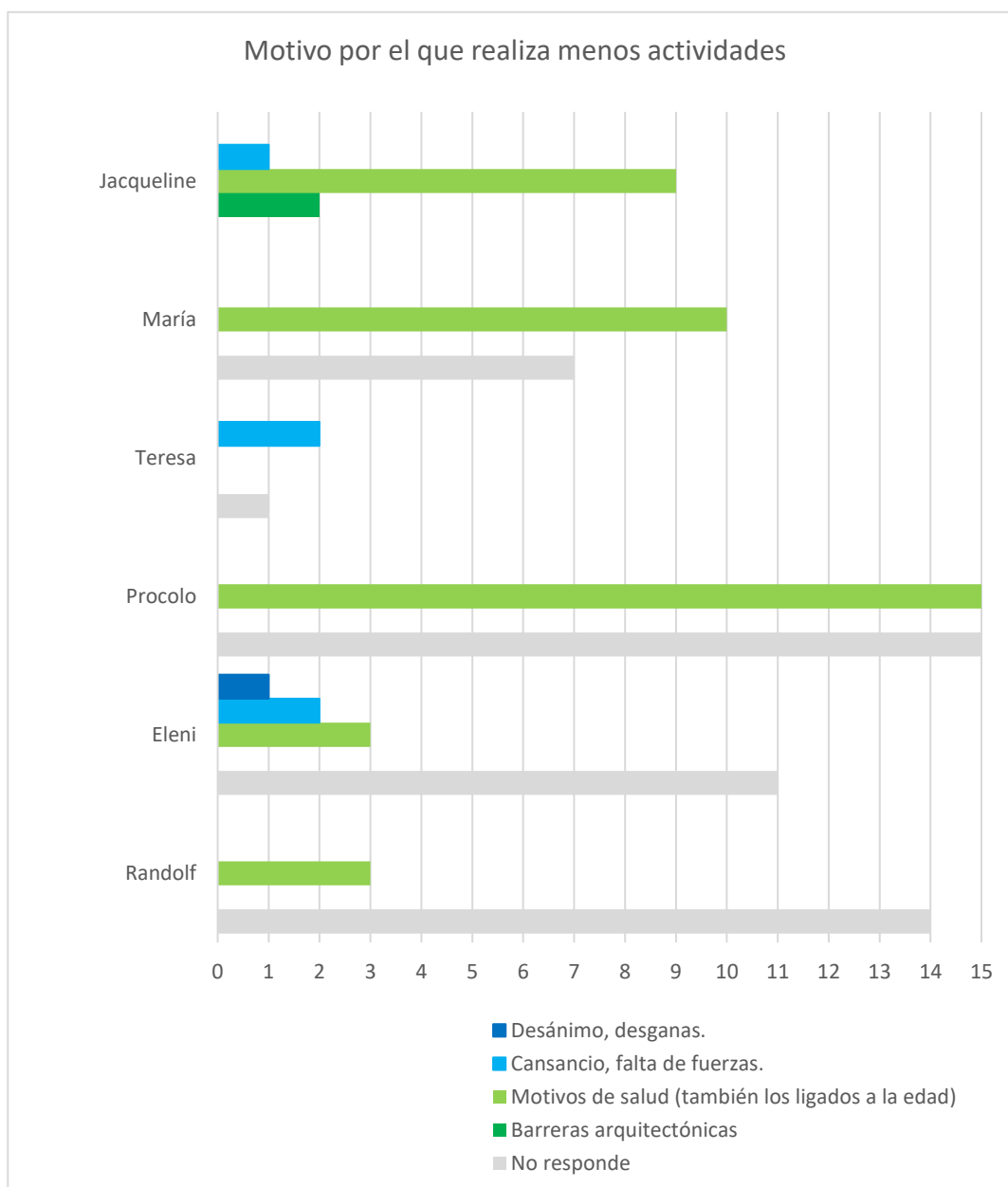


Figura 132. Distribución por tipos ideales de los motivos para la disminución de la actividad

¿Qué tipo de actividad se realiza en cada tipo ideal? Observamos que la ocupación mayoritaria entre las personas tipo «Jacqueline» (el 75%) es la de ver la televisión. Se trata de una ocupación a la que se dedican bien por no salir de casa, o por un estado de salud que impide salir demasiado tiempo de casa. Lo mismo sucede a una cuarta parte (23,5%) de las personas tipo «María» y tipo «Eleni», o a la quinta parte (20%) de las personas tipo «Procolo». Parece que el estado de salud lleva a dedicar muchas horas a este tipo de actividad.

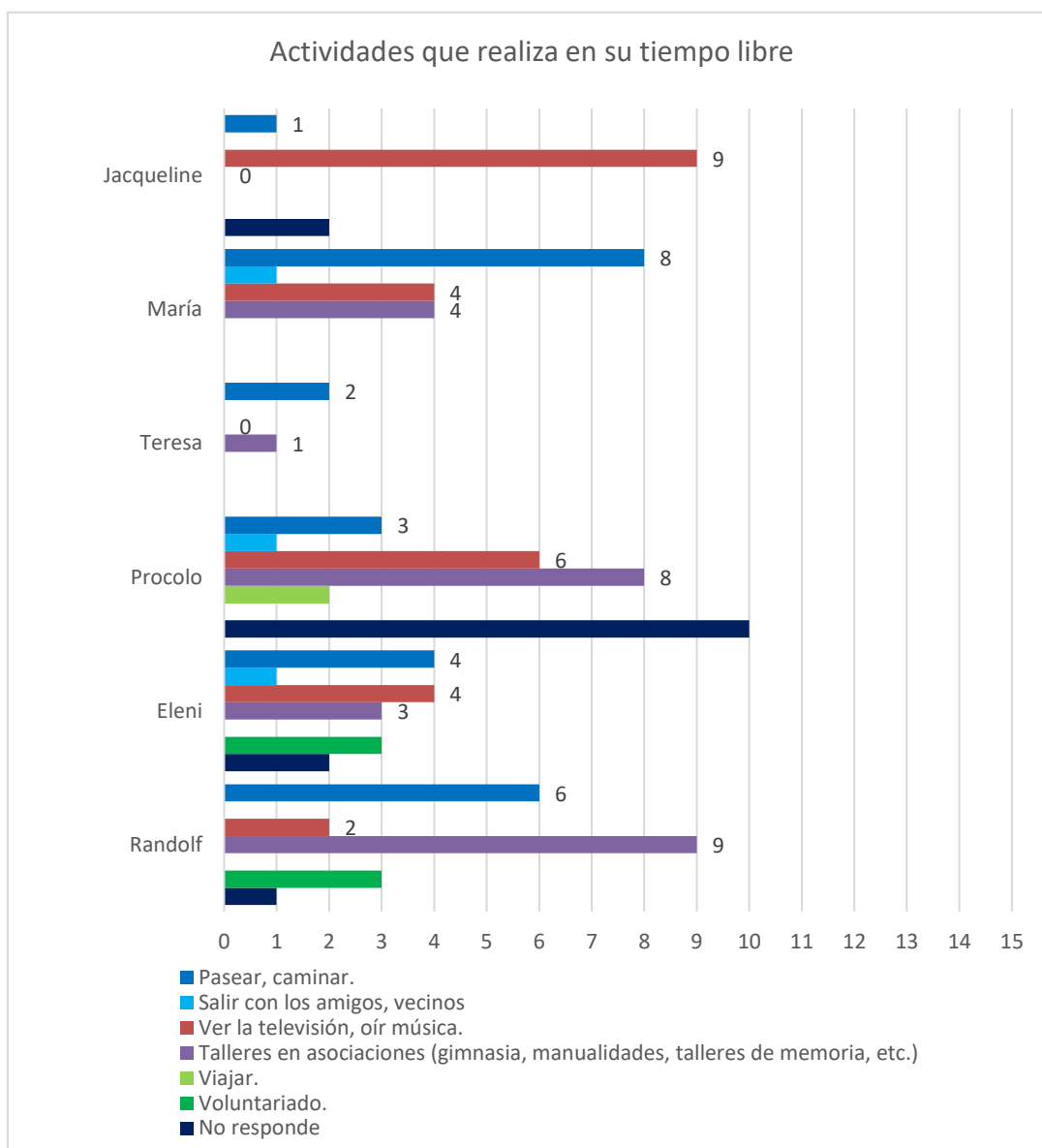


Figura 133. Distribución por tipos de las actividades realizadas durante el tiempo libre

Entre las personas que menos hacen ejercicio físico, están las tipo «Jacqueline». Sólo una persona de ellas respondió que paseaba o caminaba. El porcentaje de personas tipo «Procolo» que realiza este tipo de actividad física es similar al de las tipo «Jacqueline». Sólo el 10% de aquellas caminan o pasean. Se trata de un porcentaje ínfimo.

Las personas del tipo «Theresa» son las que hacen más actividad física, el 66,6% de ellas lo hacen. Superan porcentualmente a las personas de la tercera edad que disfrutan, al igual que ellas, de buena salud. En el caso de las personas tipo «Randolph» el 28,5% caminaba o paseaba. Parece que las personas tipo «Theresa» están más concienciadas del don gratuito y frágil que es su buena salud, y por ello tienden a conservarla y cuidarla más que personas de las mismas características, pero más jóvenes.

La vida asociativa, la realización de talleres, etcétera parece propia de la tercera edad. En la cuarta, se reduce notablemente. Así el 42,8% de las personas tipo «Randolph»

acude a las actividades que sus asociaciones ofrecen. Este porcentaje disminuye en la cuarta edad, donde el 33% de las personas tipo «Theresa» lo hacen. Entre las personas con enfermedades moderadas, los porcentajes son relativamente similares. Este porcentaje, en torno a la cuarta parte se repite en las personas tipo «Procolo».

Las actividades de voluntariado son exclusivas de personas con un estado de salud aceptable y de la tercera edad. Nadie en la cuarta edad realiza voluntariado, y parece que ningún Procolo tampoco lo hace.

Esta diferencia entre la tercera y la cuarta edad también se aprecia al distribuir la afiliación a asociaciones por tipos ideales. Durante la tercera edad la mayor parte de nuestros mayores participa en la vida asociativa. El paso a la cuarta edad hace que la afiliación disminuya abruptamente, y que pase a ser abrumadoramente mayoritario el porcentaje de ceses y abandonos de la vida asociativa.

Para las asociaciones esto es un problema, y para nuestros mayores también, puesto que dejan de tener una fuente de actividades estimulantes para su vivir cotidiano. Quizá por ello, el profesional del trabajo social podría mediar entre las asociaciones y las personas que desean solicitar la baja en las mismas, negociando con las asociaciones la oferta de actividades más adecuadas a las características etarias y sanitarias de los diferentes tipos ideales de la cuarta edad.

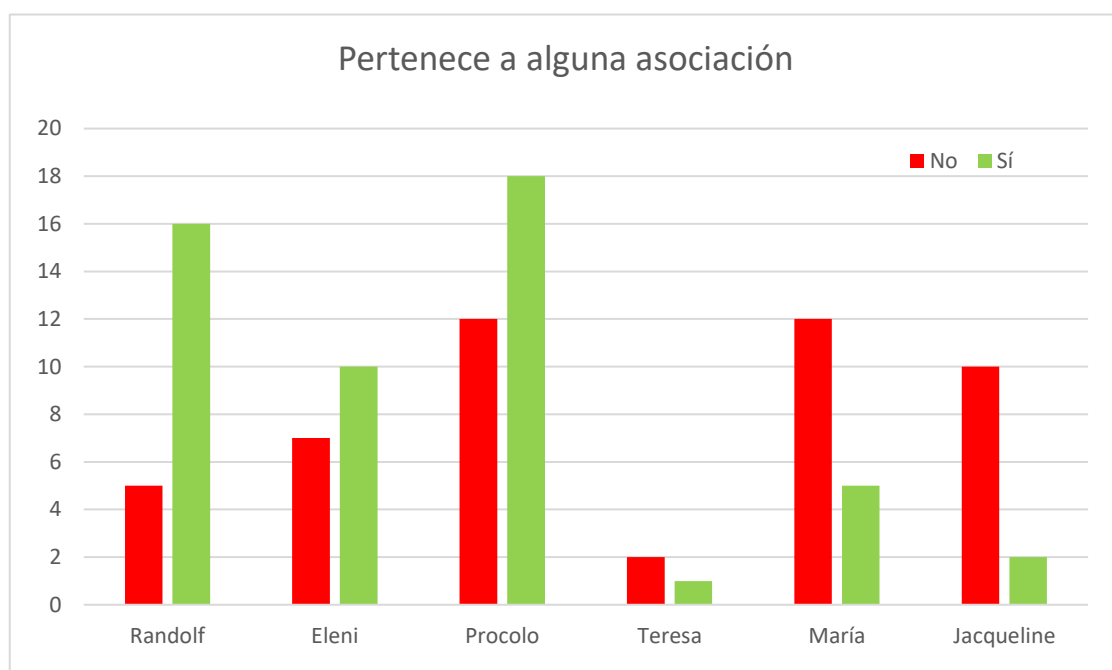


Figura 134. Distribución por tipos de la afiliación al tejido asociativo

Al distribuir por tipos ideales las actividades que nuestros mayores ya no pueden realizar, pero que desearían hacer, comprobamos que actividades muy sencillas como salir a la calle o pasear, por una parte, y por otra leer, coser o pintar, se reparten por todos los grupos ideales. Se trata de actividades que dejan de realizarse, y que constituyen un espléndido filón para el voluntariado, que podría acompañar a estas personas en breves paseos, o leerles algún fragmento de un libro o del periódico.

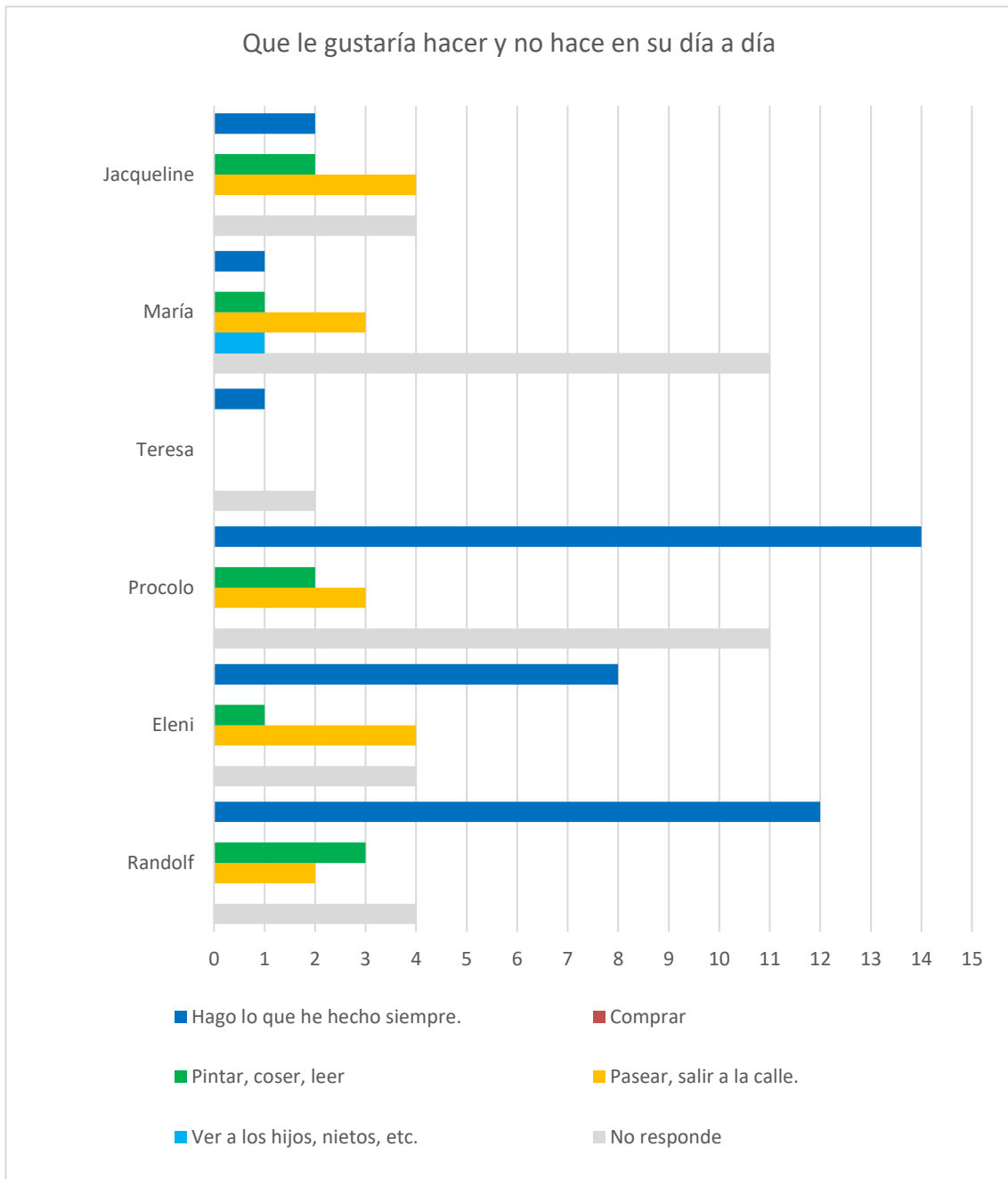


Figura 135. Distribución por tipos de las actividades deseadas, pero no realizadas

Si distribuimos por tipos ideales los motivos que impiden a estas personas la realización de esas actividades que apetecen, observamos que en todos los tipos sociales la salud es el motivo que más confiesan. No obstante, en la tercera edad parece que la salud no es un motivo tan importante como lo es en la cuarta, salvo el caso siempre repetido de las personas tipo «Procolo».

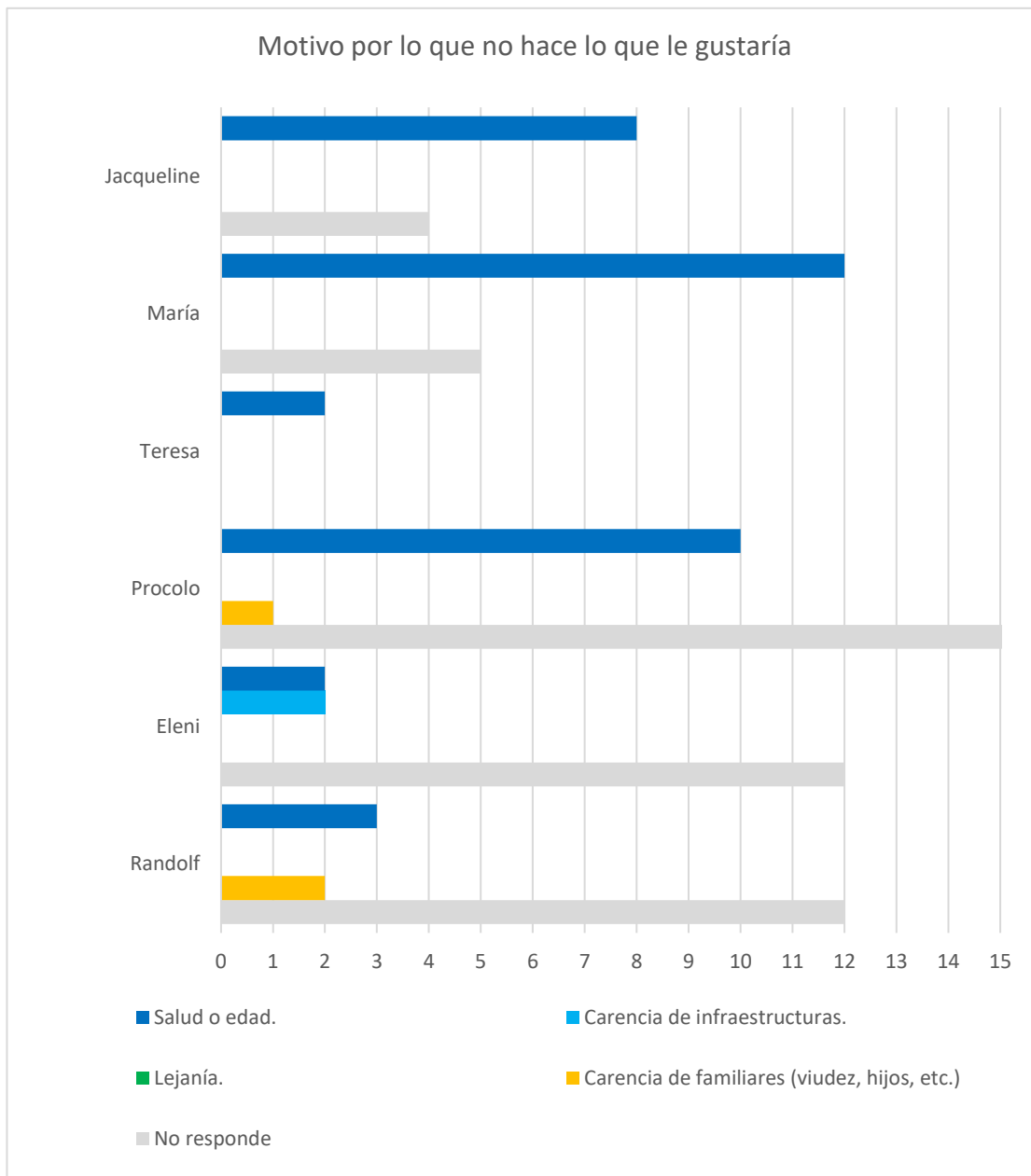


Figura 136. Distribución por tipos de los motivos que impiden realizar actividades

La diferencia tercera y cuarta edad se repite de nuevo en lo que se refiere al uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Las personas de la cuarta edad de nuestra muestra apenas usan ordenadores. Sólo una persona las usa, es decir, el 1% de la muestra. En cambio, el uso del ordenador está relativamente extendido, no mucho, en personas de los tres tipos ideales de la tercera edad. Lo mismo sucede con el uso de redes sociales. En términos generales es minoritario, pero ninguna persona de la cuarta edad las usa, mientras que personas de los tres tipos ideales de la tercera edad las usan. El uso de aplicaciones de mensajería instantánea tipo *WhatsApp* también divide la tercera de la cuarta edad. Sólo hay dos personas tipo «María» que usan este tipo de aplicaciones en ese grupo etario.

Es obvia la problemática de las personas mayores con las tecnologías de la información y la comunicación. No es tan obvio que las personas de la cuarta edad tengan una dificultad tan sumamente grande con este tipo de tecnologías. En cualquier caso, esta reticencia a usar nuevas tecnologías podría ser en cierto grado vencida si se mejorara la relación de estas personas con esas tecnologías. Un trabajo de mediación a llevar a cabo es con los proveedores de servicios digitales. Resulta difícil obtener terminales *age friendly*.

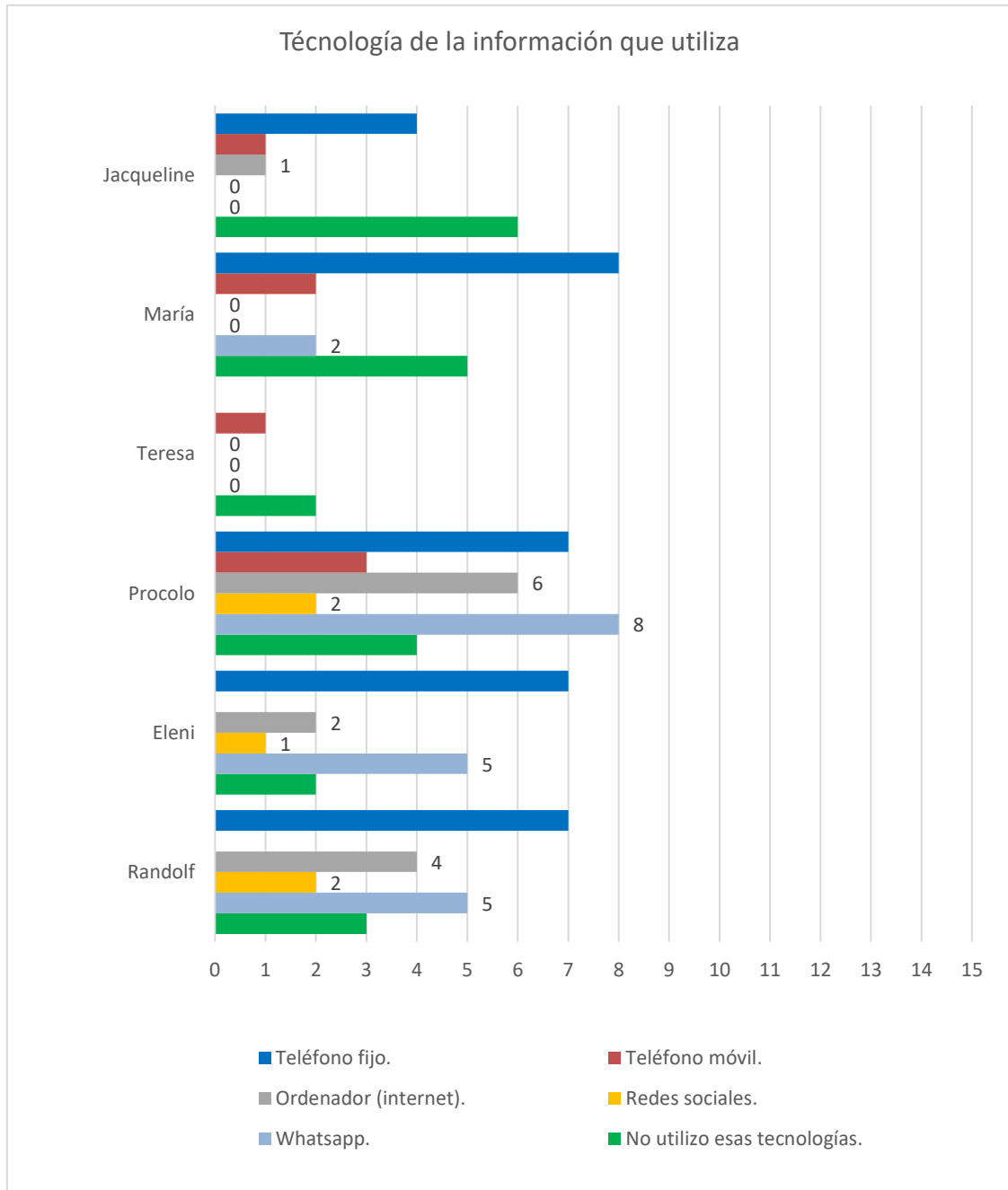


Figura 137. Distribución por tipos ideales del uso de tecnologías de la información y la comunicación

VII.11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES RELATIVAS A LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

VII.11.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Aunque no tenemos datos relativos a las intervenciones que la Cruz Roja de Aragón está realizando para la inclusión social de las personas aisladas socialmente y/o en situación de soledad, sí que tenemos algunos indicadores que muestran inequívocamente la necesidad de este tipo de actuaciones y de la innovación en este campo.

Ya analizamos (véase figura 68) que casi la tercera parte de la muestra (un 29%) no tienen ningún tipo de contacto habitual con familiares o allegados. Es decir, viven en la más absoluta soledad y/o aislamiento. También comprobamos en su momento (figura 64) que por lo general nuestros mayores tienen una relación buena o muy buena con sus familiares y allegados (el 65% de la muestra), pero que para un 20% esas relaciones son regulares (12%), malas o muy malas. Y que un 15% no quiso pronunciarse al respecto. Que casi el 30% de nuestra muestra reconozca que no tiene a nadie cercano que constituya un soporte emocional adecuado y natural es un porcentaje altísimo. Y que el 20% que si tiene allegados encuentre que sus relaciones con ellos están deterioradas nos pintan un panorama desolador, en el que el 50% de nuestra muestra vive solo, porque no tiene nadie cercano o porque esas relaciones de cercanía están muy desgastadas y no harían posible la convivencia.

Desde luego, sólo este dato que ya analizamos en su momento hace necesaria las intervenciones para la inclusión social de aproximadamente la mitad de los mayores de nuestra sociedad que habitan hogares unipersonales, si este dato fuese extrapolable. Se trata de personas que, si bien no están excluidos socialmente, si son vulnerables por carecer de las adecuadas redes de apoyo familiar y social. De suyo, el mero hecho de vivir solo es un factor de riesgo de vulnerabilidad y marginación. Otro factor de riesgo para la exclusión social lo constituye el nivel de ingresos, que suele experimentar un fuerte descenso tras la jubilación. Recuérdese (véase figura 27) que el 11% de nuestra muestra solo ingresa mensualmente entre 300 y 600 euros, y que el 50% de la muestra gana algo más y se sitúa en la franja entre los 600 y 1000 euros mensuales. También analizamos (véase figura 13) el altísimo porcentaje de personas viudas (58%) o divorciadas (16%). Este es otro factor de riesgo para la vulnerabilidad y marginación, puesto que, tras la muerte del cónyuge o la separación, gran parte de la red de contactos se destruye o al menos se empobrece significativamente.

Si se tienen en cuenta todos estos factores no es de extrañar los resultados que extraje de las encuestas a nuestra muestra al comentar la figura 95, sobre la percepción de los efectos de la soledad en su estado anímico. Allí comentamos que el 13% de las personas de nuestra muestra se encuentran muy mal a causa de su soledad, que el 30% lleva mal esa soledad y/o aislamiento, y que el 6% afronta con un estado anímico regular su situación personal. Es decir, el 49% de nuestra muestra percibe el efecto negativo de la soledad y sus consecuencias, ya afectivas, ya económicas, ya sociales.

En realidad, la soledad percibida coincide aproximadamente al preguntarnos, no por cómo la persona mayor sobrelleva la soledad, sino simplemente por la sensación que tiene de estar solo (columna AW de la base de datos). El porcentaje de personas de nuestra muestra que dicen sentirse muy solos es del 52%. Un 18% responde que siente algo la soledad, y afortunadamente un 30% se encuentra a gusto con una soledad que no perciben negativamente. Este último dato no coincide con el de la figura 95, en que un 47% decía no sufrir ninguna consecuencia afectivamente negativa de la soledad.

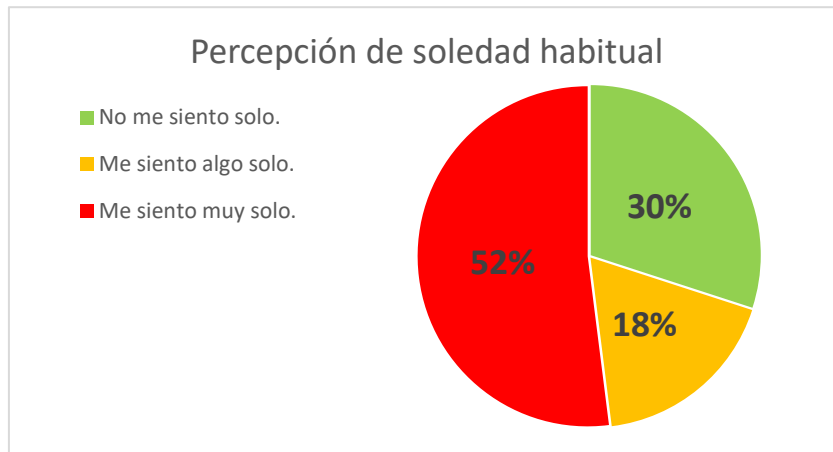


Figura 138. Reacción anímica ante la soledad

¿Por qué se sienten así nuestros mayores? ¿Qué dicen acerca de los motivos que les hacen sentirse solos y/o aislados? De los que responden a esta pregunta, el 35% aduce la viudez como la causa de la erosión y destrucción de sus redes de apoyo. Sólo el 2% se refiere al síndrome del nido vacío, puesto que el abandono del hogar suele producirse antes de la tercera edad, y el 18% estima que el deterioro de los contactos e interacciones sociales se produce por la ausencia de trato que sus enfermedades llevan consigo. Ya hablamos al respecto del porcentaje (18%) de personas que no salen de casa (véase figura 106).

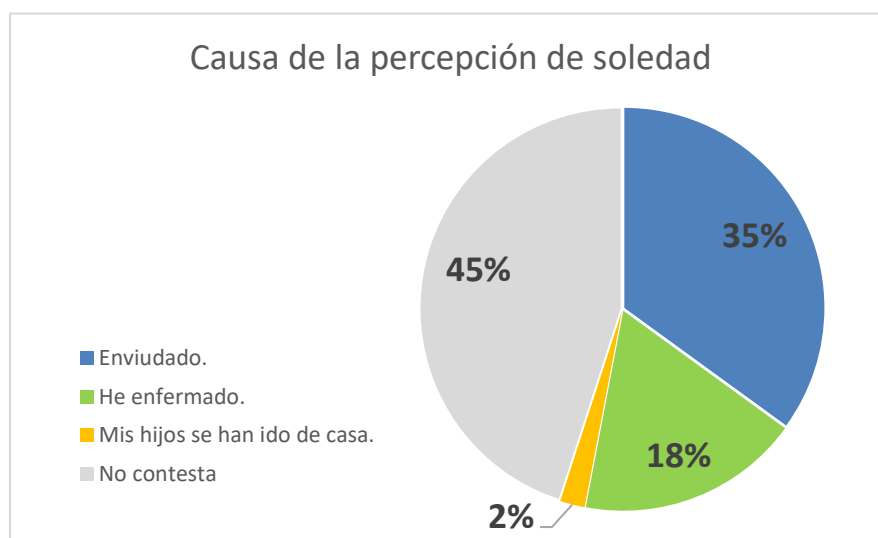


Figura 139. Causas percibidas de la sensación negativa de soledad

Podríamos preguntarnos ahora por el tejido social con el que nuestros mayores interactúan fuera del domicilio. Para ello contamos con un indicador en la columna AZ de la base de datos. Al representar las respuestas se vuelve a confirmar claramente que aproximadamente la mitad de nuestra muestra son personas radicalmente solas, aisladas, a las que nadie llama para realizar algún tipo de actividad, ni hijos, ni amigos, ni vecinos, ni cuidadores, ni personas del tejido asociativo. Nadie. Aquí vuelve a repetirse ese 50% de personas de nuestra muestra que no tienen a nadie (figura 47), que llevan mal su soledad (figura 95), o que se sienten muy solas (figura 120). Sólo que en esta ocasión son personas con las que nadie cuenta, olvidados y marginados (implícita, que no explícitamente) por la sociedad.

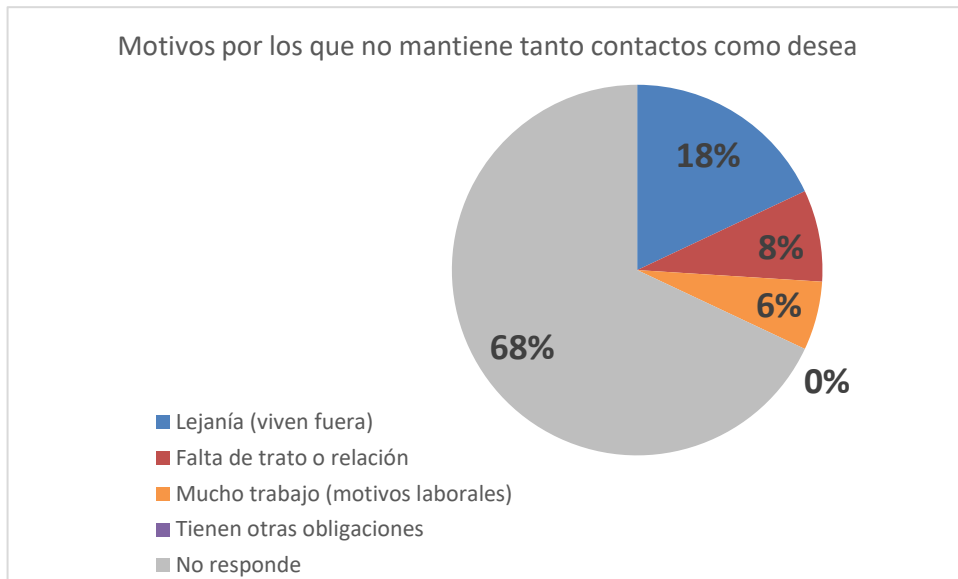


Figura 140. Causas por las que no se mantienen los contactos deseados

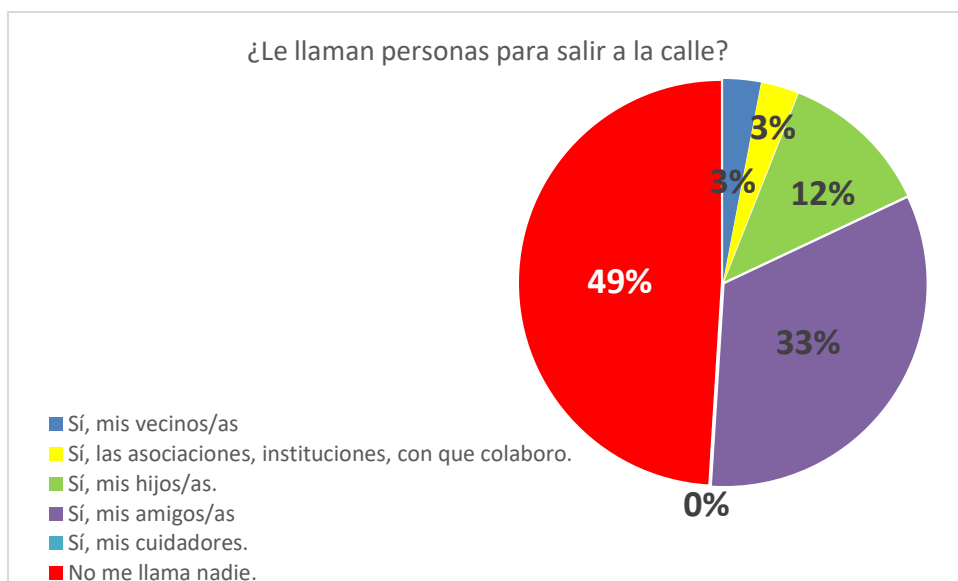


Figura 141. Personas con quienes se interactúa fuera del propio domicilio

Podemos preguntarnos ahora, no por las personas que no tienen contactos, sino por aquellas que, teniendo apoyo, e interactuando con otras con quienes socializan, no tienen esos contactos con la frecuencia deseada. La respuesta a esta pregunta hay que tomarla con cautela, puesto que hay un 68% de personas que no respondieron. Es cierto, que, si el 50% no tienen ningún tipo de contacto, y el 49% no realiza ninguna actividad con personas allegadas fuera de su domicilio, parece comprensible que estas personas no respondan. No es que no tengan tantos contactos como desearían, es que no tienen ninguno. No obstante, ya digo que la tasa tan alta de silencios ante esta pregunta debe llevar a tomar la siguiente figura con cautela. Al menos, quienes se han pronunciado declaran que la causa fundamental de la escasa interacción se debe principalmente al obstáculo que supone la lejanía (18%). Esto espacia temporalmente las interacciones, y los momentos de compartir. Un 6% expresa que sus allegados tienen demasiado trabajo para poder compartir más momentos de sus vidas con ellos. Y un 8% constata que la falta de trato ha terminado por erosionar y hacer casi desaparecer antiguas amistades.

Acabamos de toparnos con un dato muy significativo al que alude la figura recién comentada. Parece que la lejanía y el trabajo al que aluden los mayores, es de la familia más cercana. De hecho, y como vemos por la siguiente figura, el 57% de los mayores de nuestra muestra desearían ver y estar con sus familiares con mucha mayor frecuencia de lo que lo hacen.

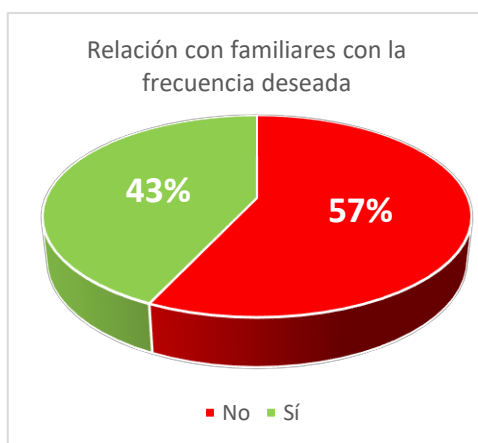


Figura 142. Satisfacción de la frecuencia de contactos con familiares

VII.11.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

En la figura 71 distribuimos por tipos ideales los familiares y allegados que tenían las personas de nuestra muestra. Sorprendía entonces constatar que el 67% de las personas tipo «Theresa» confesaban no tener a nadie cercano. Resultaba preocupante comprobar que la tercera parte de las personas tipo «Procolo» expresaban el mismo hecho. Un resultado que implicaba un altísimo grado de desamparo y vulnerabilidad social, dado el grave estado de salud de las personas que pertenecen a este tipo ideal. Los profesionales del Trabajo Social deberían intervenir en estos casos para aumentar sus redes sociales y de soporte social. Se debe realizar una búsqueda importante de recursos humanos con la finalidad de que estas personas no se vean solas y desamparadas.

Si del desamparo objetivamente constatado pasamos a la sensación subjetiva de desamparo por soledad, entonces obtenemos de nuevo esa diferencia entre la tercera y la cuarta edad de la que venimos hablando. La mayoría de las personas de la cuarta edad de nuestra muestra se sienten vulnerables porque se sienten solas, independientemente del soporte familiar o social que tengan. Así, por ejemplo, por la figura 65 sabemos que todas las personas tipo «Jacqueline» de nuestra muestra tenían familiares y allegados, y por la figura 66 sabemos que esos familiares eran hijos suyos. No obstante, el indicador sobre la percepción de la soledad que estamos ahora analizando arroja el triste resultado de que el 75% de las personas tipo «Jacqueline» sentían los efectos negativos de la soledad. Es cierto que estas personas no son vulnerables socialmente, a diferencia del 33% de personas tipo «Procolo» o el 67% de personas tipo «Theresa» que confesaban no tener a nadie. Respecto de estos dos tipos el 66% de las personas tipo «Theresa» y el 60% del tipo «Procolo» confiesan sentirse solos.

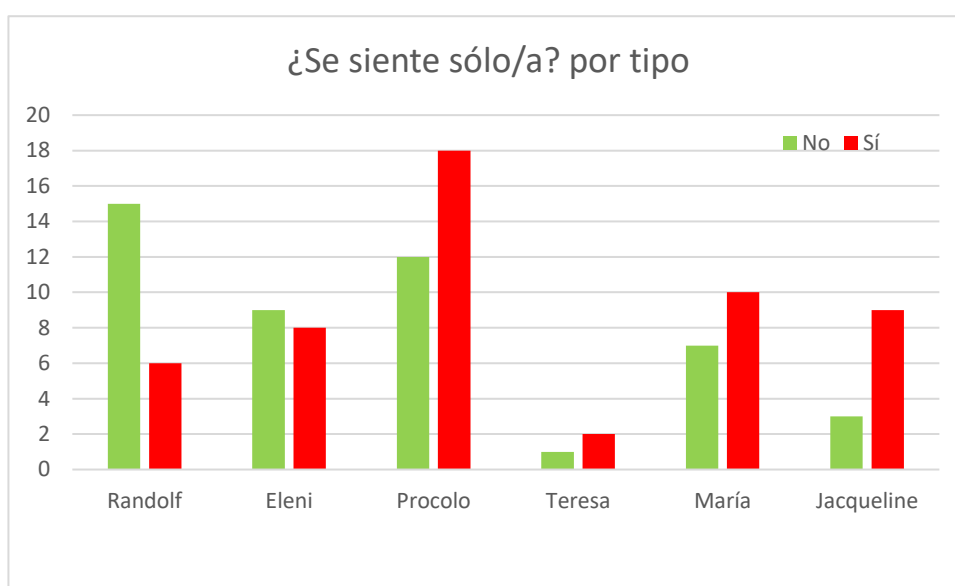


Figura 143. Distribución de la sensación de soledad por tipos ideales

En el caso de las personas tipo «Procolo» sucede algo parecido al tipo «Jacqueline». La sensación de soledad no se asocia inmediatamente a la existencia o no de familiares y/o allegados, sino al estado de salud. Se trata de personas con enfermedades graves y con necesidades sanitarias complejas. En el caso de las personas tipo «Procolo» manifiestan sentir soledad el doble de personas de las que están real y objetivamente solas. En el caso de las personas tipo «Jacqueline», se multiplica en un 100%. Es decir, las variables «edad» y «enfermedad crónica» se encuentran correlacionado con la percepción de la soledad, y no tanto la variable «existencia de allegados».

Nos parece que la relación entre estas variables es de *asociación* o *covarianza*, que podría enunciarse del siguiente modo:

Relación de covarianza 1: *a medida que aumenta la edad y se incrementan la gravedad y número de enfermedades, se incrementa paralelamente la sensación de soledad.*

En todos los tipos ideales de nuestra muestra la mayoría de las personas, salvo en el caso de las tipo «Randolph» declaran que no tienen el contacto y la interacción deseada

con sus allegados. Y volvemos a comprobar, como acabamos de hacer al comentar la figura 134 que el estado de salud y la edad están asociados a la frecuencia deseada de contactos. La diferencia entre tercera y cuarta edad no es una barrera convencional, sino real en muchos factores, y el estado de salud hace que las personas con un deterioro grave, como los tipo «Procolo» deseen más la compañía y la interacción.

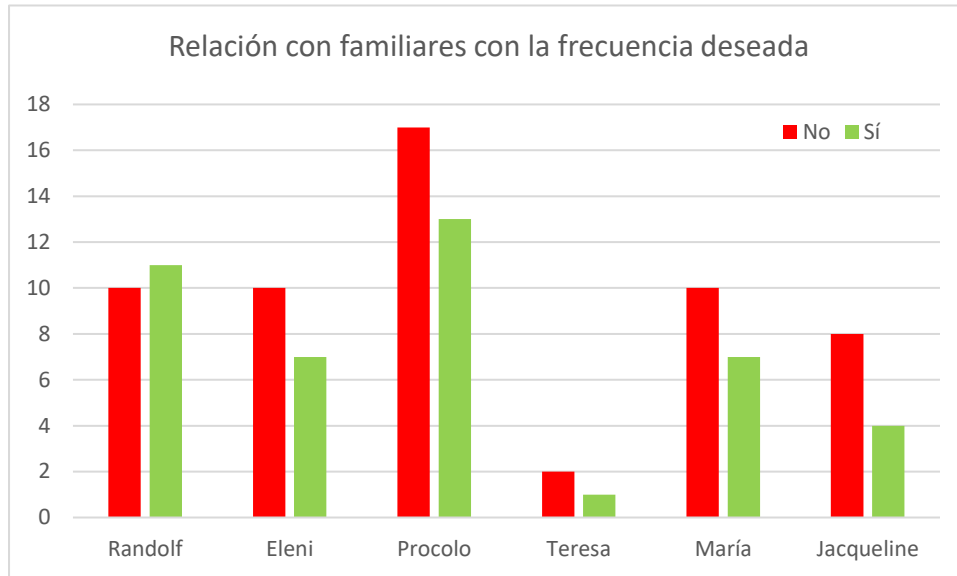


Figura 144. Distribución por tipos ideales de la frecuencia deseada de contactos con familiares

Si distribuimos ahora por nuestros tipos ideales los motivos por los que el trato se espacia en el tiempo o simplemente desaparece, observamos que la mayoría de las personas no responden a esta pregunta. Es lógico pensar que muchas de estas personas no quieren abrir su intimidad y hablarnos de los conflictos con sus allegados. Se trata de una pregunta muy delicada la que había en el cuestionario. Probablemente habría sido mejor una metodología de escalas no comparativas de clasificación continua. No obstante, el análisis de los datos proporcionados por las escasas respuestas arroja un resultado muy importante para nuestra investigación. Los motivos principales por los que el trato se reduce o se anula, según nuestros encuestados son la lejanía, el deterioro de la relación y el exceso de carga laboral. El motivo más aducido es la lejanía. Y el segundo motivo (primero proporcionalmente para las personas tipo «Jacqueline») es el deterioro de la relación. Pues bien, resulta imposible que el profesional del Trabajo Social acerque o mejore las condiciones laborales de los familiares de las personas mayores con quienes trabaja. Pero si le es factible, aunque con una dedicación de tiempo muy grande, intentar mejorar las relaciones deterioradas por medio de la mediación transformativa de Bush y Folger. Es cierto que los recursos humanos de trabajadores sociales son insuficientes para abordar satisfactoriamente este tipo de empresas, pero la sociedad se beneficiaría significativamente de este tipo de prácticas de mediación, máxime en una sociedad que envejece paulatinamente.

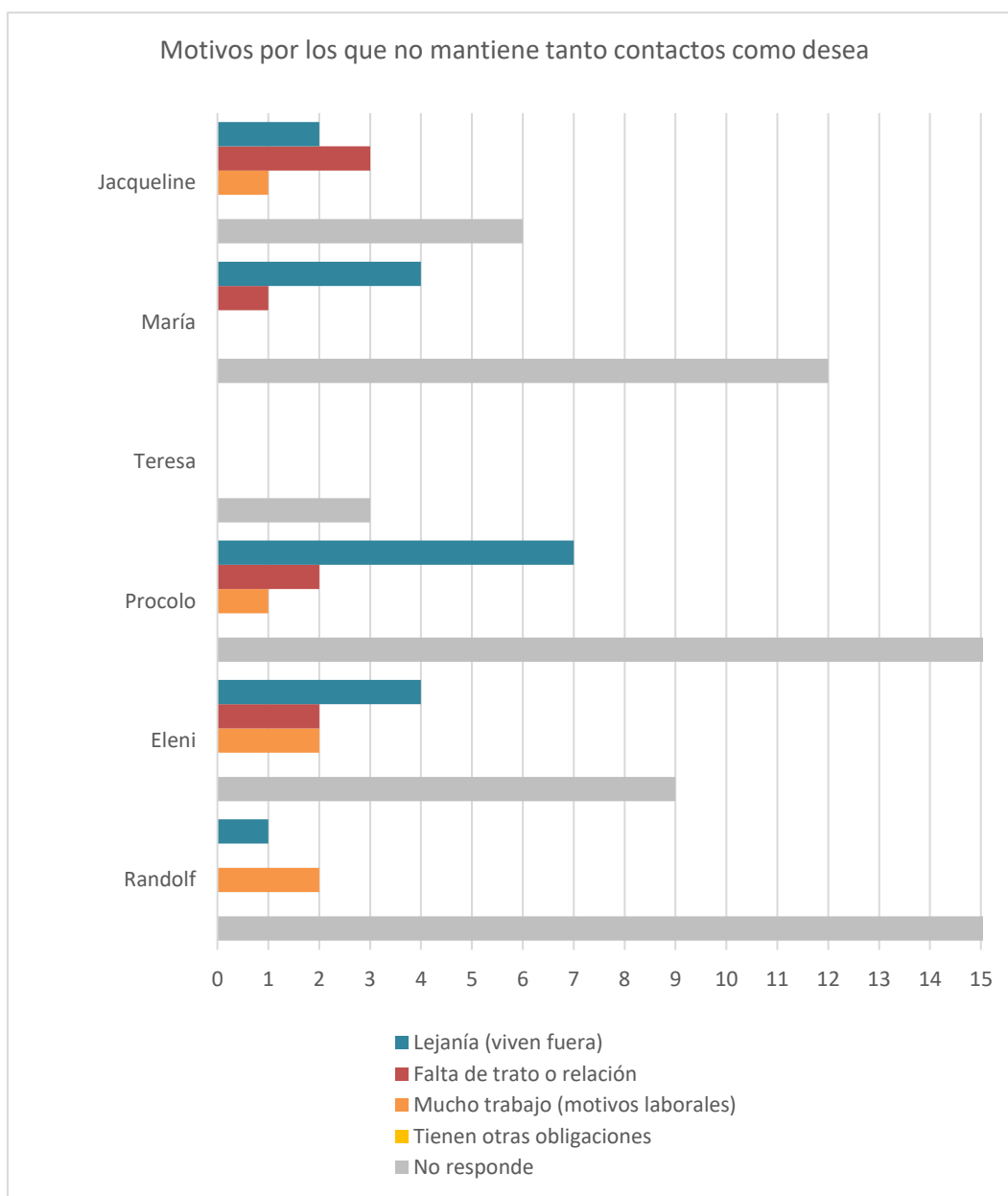


Figura 145. Distribución por tipos ideales de los motivos por los que se reduce o se anula el trato de nuestros mayores con sus allegados

Pasemos ahora a distribuir por tipos ideales las personas con que nuestros mayores interactúan fuera de su domicilio. Ahora constatamos, que salvo en el caso de las personas tipo «Randolph» en los demás tipos ideales, el número de personas que no tienen con quién compartir momentos fuera del domicilio sobrepasa, en ocasiones escandalosamente, al de personas que si tienen soporte social. Observamos que no tienen a nadie el 83,3% de las personas tipo «Jacqueline», el 47% de las tipo «María», el 66% de las tipo «Theresa», el 43,3% de las tipo «Procolo», el 47% de las tipo «Eleni» y el 19% de las tipo «Randolph». Se trata de porcentajes altísimos de personas en riesgo de vulnerabilidad social.

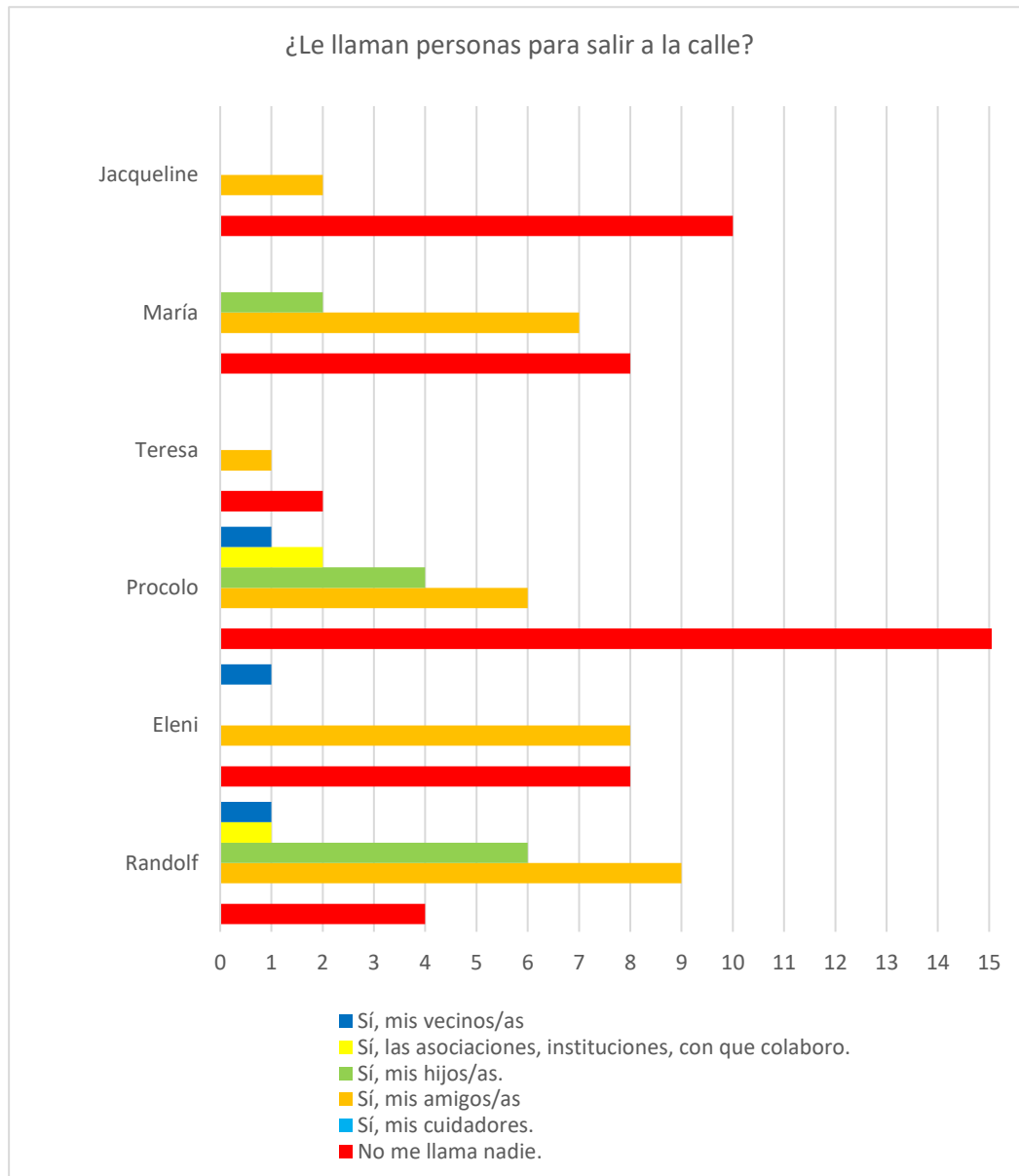


Figura 146. Distribución por tipos ideales de las personas con quienes se socializa fuera del domicilio

VII.12. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INDICADORES Y VARIABLES SOBRE LAS NECESIDADES E INTERVENCIONES ARQUITECTÓNICAS Y DE URBANISMO DE LAS PERSONAS MAYORES: EDIFICIOS, CIUDADES Y AMBIENTES AGE-FRIENDLY

VII.12.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Debemos recordar aquí el análisis a la figura 109 que arrojaba como resultado que casi la tercera parte de los mayores de nuestra muestra (29%) percibía tener dificultades para desenvolverse con autonomía bien en su domicilio o bien en el entorno también. Ante este porcentaje tan elevado, el profesional del Trabajo Social, si no quiere ser cómplice de la perpetuación del modelo de los años sesenta del mayor encerrado en casa,

podría iniciar un proceso de mediación entre el tejido asociativo de mayores o de personas con dificultad de movilidad y las administraciones con el fin de lograr acuerdos puntuales para la habitación de ciudades *age friendly*. También es importante la labor de información sobre las ayudas y subvenciones para la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar, y la mediación para extender estos derechos, o lograr nuevos acuerdos entre la administración y la ciudadanía.

En la figura 60 analizamos las causas por las que los mayores de nuestra muestra dejaban de realizar las actividades que no obstante desean hacer. Entonces vimos que sólo el 2% aludía a la presencia de barreras arquitectónicas. No obstante, en esa misma encuesta un 48% de nuestros mayores declino responder a esta pregunta. Quizá la formulación de la pregunta —abierta— dejaba demasiado espacio a la reflexión, y la persona encuestada, a estas alturas ya se encontraba cansada, y sin ganas de pensar mucho sus respuestas. Muy probablemente las cifras sobre barreras arquitectónicas y la percepción de las infraestructuras adecuadas en una ciudad amigable con la tercera y la cuarta edad serían superiores, si han de ser congruentes con esa tercera parte de personas de la muestra que piensan que no pueden moverse con seguridad y autonomía.

En la columna BD de la hoja de cálculo está alojado el indicador sobre la utilidad de los recursos que ofrecen los servicios sociales. Pues bien, entre los usuarios que no los usan los hay porque no se ofrecen en su localidad y esas personas no disponen de medios para desplazarse hasta la ciudad que los oferta. Se trata de un alto porcentaje, casi la quinta parte de las personas de nuestra muestra (24%) denuncian esta situación. A estos hay que añadir las personas que, teniendo esos servicios en su población, o no, declaran que no pueden desplazarse hasta el lugar donde se prestan. Se trata de sólo el 4%, pero debe tenerse en cuenta que el 56% de los mayores encuestados rehusaron responder a ésta última pregunta del cuestionario.

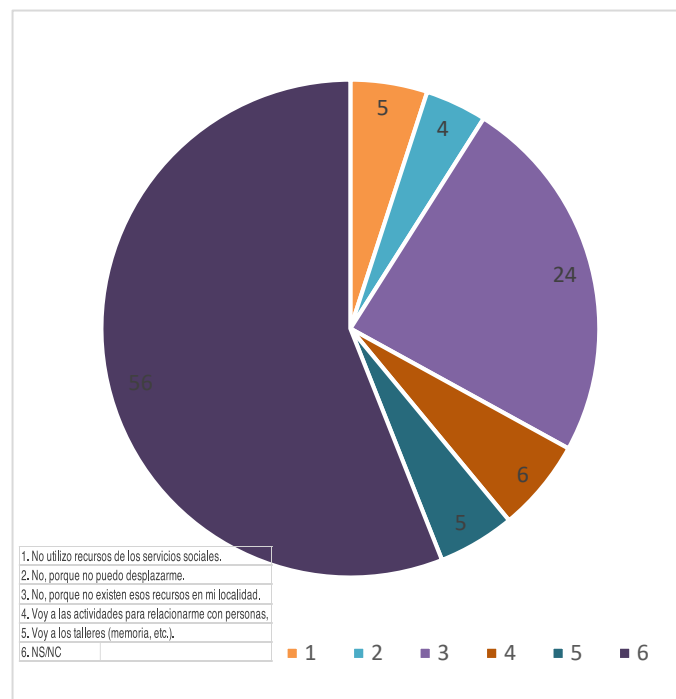


Figura 147. Uso de los recursos de los servicios sociales

El profesional del Trabajo Social puede encontrar un amplio campo para la mediación con (i.) las administraciones para conseguir ayudas o la solución del problema de los desplazamientos a los centros asistenciales, o con las asociaciones de afectados, bien sea con rutas de autobuses, etcétera. Y (ii.) con las diversas administraciones y responsables de actuaciones para que esos recursos estén en la propia localidad del mayor que los necesita.

VII.12.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR TIPOS IDEALES

Al comentar la figura 119 distribuimos por tipos la percepción de la autonomía personal en el propio domicilio y en el entorno. Entonces pudimos analizar la composición ese 29% de la muestra que declaraba tener mermada o perdida la capacidad de desenvolverse independientemente en su hogar y/o en su entorno. Vimos entonces que la mayor parte de estas personas son tipo «Jacqueline» o «Procolo». En el caso de las personas tipo «Jacqueline» mayoritariamente (el 91,6%) se encuentran en esta situación. En el caso de las personas tipo «Procolo», la tercera parte se encontraba en esta situación de autonomía muy reducida.

No obstante, en todos los tipos ideales, salvo en las personas tipo «Theresa» veíamos que aparecían casos de personas que declaraban tener serias dificultades para habitar sus hogares y/o desenvolverse por su ciudad o barrio. Esto aparecía en tipos ideales que no tienen especiales motivos de salud en cuanto a enfermedades crónicas o en cuanto a necesidades sanitarias. Precisamente por ello, el diseño de ciudades y hogares *age friendly* interesa a todos los mayores. En todos los subgrupos se encontrarán personas que deseen las oportunas adaptaciones de la casa, el bloque de vecinos, la iluminación de las calles, etcétera, o que piensen que las pueden necesitar en un futuro cercano.

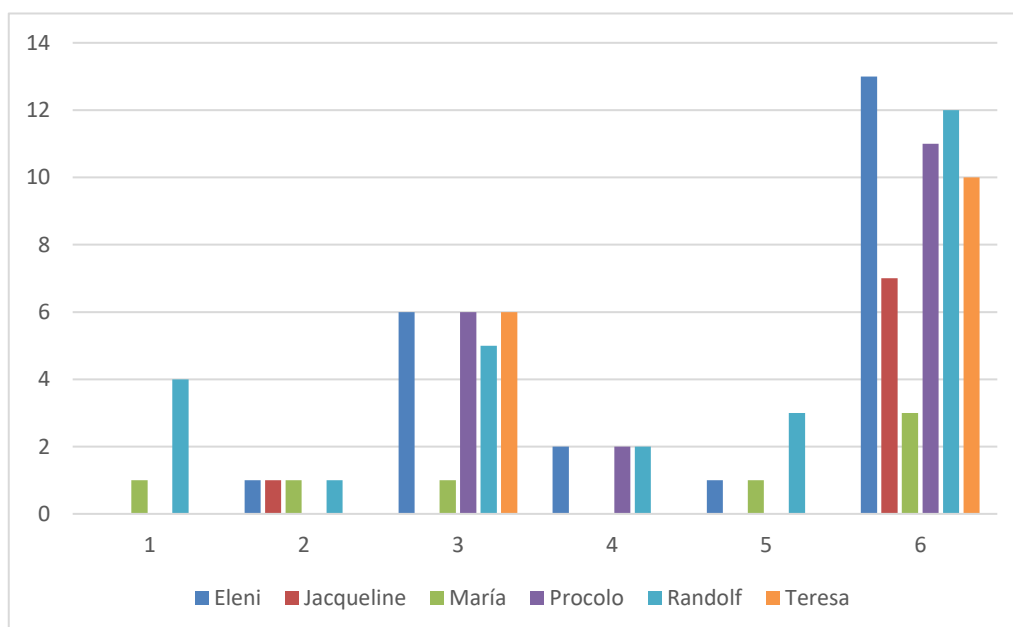


Figura 148. Distribución por tipos de la utilidad de los recursos sociales

Si distribuimos ahora por tipos ideales la percepción de la utilidad de los recursos que ofrecen los Servicios Sociales obtenemos la siguiente figura

Vuelvo a recordar que la leyenda de los números ordinales es:

1. No utilizo recursos de los servicios sociales.
2. No, porque no puedo desplazarme.
3. No, porque no existen esos recursos en mi localidad.
4. Voy a las actividades para relacionarme con personas,
5. Voy a los talleres (memoria, etc.).
6. NS/NC

Nos interesan los números 2 y 3. Observamos que entre las personas que no pueden desplazarse para disfrutar de los recursos ofrecidos por los Servicios Sociales hay personas de todos los tipos ideales salvo de Procolo y Theresa. Algo parecido, pero con mucha más representatividad de cada tipo ideal sucede entre las personas que denuncian que esos servicios no existen en su localidad y no pueden, por consiguiente, beneficiarse de ellos. Aquí, afortunadamente el único tipo de personas que faltan son del tipo «Jacqueline». Pero parece muy lógico que, dadas sus características y necesidades, estas personas no sean aptas para ser atendidas en Centros de Día, etcétera, sino sólo en su domicilio. En cualquier caso, parece que el estadístico que estamos comentando arroja la necesidad de trabajar, mediando o de cualquier otro modo, por lograr extender los derechos de muchos de nuestros mayores a ser atendidos en las mismas condiciones que las personas de otros lugares que si disfrutan de derechos que la geografía les niega.

CONCLUSIONES

§ 1

El objetivo de esta tesis doctoral ha sido examinar la oportunidad y el alcance de la mediación social como herramienta de intervención social integrada en las intervenciones sociales con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad, que promueve y/o financia la Unión Europea a través del *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*. La mayoría de los mayores, aunque cuenten con reservas cognitivas y apoyo social e institucional tienen conflictos sociales derivados de la falta de comunicación con las personas cercanas o con los grupos primarios y secundarios que se encargan del apoyo social. De esta forma, la mediación, ofrece una serie de técnicas de resolución de conflictos, que pueden resultar de gran utilidad para los profesionales que atienden a estas personas mayores en su domicilio o en centros sociales. Introducir la mediación en las intervenciones sociales facilita la relación dialógica con los actores de la intervención y con los familiares. Al favorecer la comunicación se gestionan los malos entendidos y las personas que sienten soledad pueden exponer los conflictos que se presentan en su día a día para mejorar su calidad de vida. De esta forma se canalizan los canales de comunicación y se establecen puentes entre las partes para establecer una adecuada relación entre la tríada formada por los profesionales, las relaciones sociales y los recursos sociales existentes. Muchas personas mayores en soledad tienen este sentimiento o no satisfacen sus necesidades con los recursos externos que se ofrecen. De ahí la necesidad de terceras personas imparciales, neutrales y ajenas a los conflictos que construyan estos puentes hacia la senda de la negociación a través de la comunicación humana.

§ 2

La condición que la persona sufre a lo largo de la tercera y cuarta edad, en un contexto de prolongación de la vida, y de envejecimiento progresivo de la humanidad en el planeta Tierra, exige del científico social, la reflexión sobre su protección. Esta reflexión no fue lograda de una vez por todas. Como hemos señalado, la esperanza de vida, a pesar de cierto retroceso debido a la reciente epidemia de SARS-CoV-2, se incrementa vertiginosamente desde hace décadas. Profundos cambios sociológicos han incrementado también el número de personas que habitan hogares unipersonales en las últimas etapas de su vida. Basta con estos hechos para incitar al científico social y al legislador a reflexionar y trabajar simbiótica y sinérgicamente en el diseño de sociedades habitables con facilidad —*age-friendly*— por nuestros mayores en los distintos ámbitos y esferas que constituyen nuestros sistemas sociales y culturales, desde el sanitario hasta el arquitectónico-urbano. En la implementación efectiva de las medidas orientadas a (i.) la protección de nuestros mayores, (ii.) que velan por la promoción de un envejecimiento lo más activo y saludable posible, (iii.) por su vida autónoma, independiente y activa, (iv.) por su inclusión social y (v.) por la facilidad y amabilidad del diseño de sus hogares,

barrios y ciudades, surgen inevitablemente conflictos. Sería ingenuo pensar que se pueden deducir reflexivamente las medidas prácticas adecuadas sin necesidad de tener que corregirlas. En cualquier caso, esa es una pretensión tecnocrática. Pero la razón o reflexión en el terreno práctico, en el social, por tanto, es siempre una razón correcta, es decir, que ha de corregirse conforme surgen conflictos o problemas que no se habían previsto. Persistir enconadamente en implementar determinadas políticas sociales, sin tener en cuenta los hechos que tozudamente las desmienten no es sino obstinación propia de mentes asimismo obtusas. Por ello, el científico social ha de ser especialmente atento a los conflictos y problemas que surgen en el quehacer institucional. Y este es el objetivo primero de esta tesis. Detectar las problemáticas no consideradas, despreciadas o no tenidas en cuenta por la reflexión de otros científicos sociales o de ejecutores de intervenciones con personas mayores. Y esto, no tanto para corregir la reflexión de los científicos, sino para intentar resolver, a través de la mediación ejercida con personas mayores, algunos de estos conflictos, mejorar la comunicación, o transformar las relaciones entre los diversos actores sociales, de modo que esas intervenciones sean realmente efectivas, una vez que se han removido, o al menos limado, merced a determinados tipos de mediación, los factores que bloqueaban o interferían en el éxito de esas intervenciones sociales.

§ 3

La mediación con personas mayores —*elder mediation*— se enfrenta con problemas metodológicos previos derivados de la complejidad del fenómeno «del mayor». La persona mayor es un objeto de estudio que presenta múltiples facetas, y al que se refieren múltiples saberes y ciencias, cada una de ellas elaborada desde una perspectiva metodológica peculiar. Se trata del mismo objeto de estudio, pero considerado desde diferentes perspectivas: biomédica, jurídica, arquitectónica y de ingeniería, etc. Las intervenciones en que esta tesis interviene son llevadas a cabo por personal que aplica saberes, conocimientos y habilidades derivados de estas ciencias. Y los aplican con personas mayores. De ahí que al mediador le sea sumamente necesario tener un saber suficiente del ángulo o plano metodológico desde el que estos profesionales realizan sus intervenciones, y de la compleja realidad que es la persona mayor.

§ 4

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en su informe mundial sobre envejecimiento y salud de 2015 que aquella realidad que catalogamos como «la persona mayor» es una abstracción. El modo de envejecer, y la relación de la edad con el estado de salud es, no sólo variable, sino dependiente, entre otros factores, del nivel de ingresos con que esa persona ha vivido en las etapas anteriores a su ingreso en la tercera edad.

§ 5

En esta investigación nos hemos apoyado en la metodología weberiana de tipos ideales para intentar ordenar la realidad social objeto de nuestro estudio: las personas mayores. Esta realidad social es compleja como todas las que son el objeto de las ciencias sociales. Y por ello, creíamos necesario analizarla en diversos tipos que representen determinados atributos o caracteres esenciales de la población con que tratamos. En concreto la edad y el tipo de necesidades que presenta por razón de su estado de salud. Este análisis de la realidad social en tipos ideales es una de las herramientas fundamentales que ofrece el

Consortio de la Unión Europea para un Envejecimiento Activo y Saludable. En concreto es la herramienta Blueprint personas.

§ 6

Según el proyecto Blueprint personas, la realidad social de los mayores de 65 años puede ordenarse según dos criterios: la edad y las necesidades que presenta el mayor. Este proyecto fija el límite de los 80 años como punto de inflexión etario que separaría, estadísticamente, la tercera de la cuarta edad. Las necesidades que presentan los mayores en función del estado de salud y el grado de actividad pueden ser desde pocas o inexistentes hasta graves pasando por moderadas. De acuerdo con esto, la realidad social de las personas mayores, se distribuye en seis tipos ideales, que actuarán como variables independientes en nuestra investigación. Estos seis tipos ideales han recibido los nombres de Randolph, Eleni y Procolo (si son menores de 80 años, y ordenados desde los que presentan necesidades leves a los que las tienen graves). Si son mayores de 80 años, reciben los nombres de Theresa, María y Jacqueline, ordenados según el mismo criterio.

§ 7

Maderna *et al.*, han hecho notar que la soledad irrumpe en la vida de cada individuo de las modernas sociedades occidentales de una forma novedosa, ligada al cese y la pérdida. De la actividad laboral. De este modo hay una soledad propia del jubilado, del mayor de 65 años, de la persona que ha perdido su actividad profesional e ingresa en la jubilación. Y como cualquier otra pérdida de algo valioso, tiene una profunda repercusión en la subjetividad individual. La primera consecuencia, como es obvio, es la acentuación de esa soledad que tiene todo individuo por el hecho de serlo, es decir de la profunda separación que su mismidad implica respecto de todo otro ser. Otras pérdidas son las de muchos lugares y espacios acostumbrados: los laborales, a los que se añaden las pérdidas de las tareas habituales durante la mayor parte de la vida. Como señalan estos autores, muchas de las personas que se jubilan «no logran adaptarse», y podríamos añadir nosotros, siempre implica una especie de duelo. Duelo por el espacio, el tiempo y por la tarea que llenó casi la totalidad de la vida.

§ 8

La soledad de quien ingresa en la tercera edad es pues siempre un problema. Un cambio radical en el modo de vida, y un ajuste consecuente de ésta. Además, conforme avanzan los años, y el soporte social y la salud se deterioran, la soledad se incrementa y también sus repercusiones sobre la subjetividad, la corporalidad, y la red de contactos. Hablar del adulto mayor no deja de ser una abstracción, muy lejana de la realidad en la que viven los diferentes subgrupos que componen este ente ideal abstracto al que llamamos «persona mayor». Incluso el mismo título de esta investigación doctoral: «la persona mayor en situación de soledad» es una mera abstracción. Para abordar la complejidad de esta realidad, hemos utilizado la herramienta de tipos ideales weberianos Blueprint Personas con la finalidad de poner un poco de orden en lo caótico, plural, heterogéneo y poliédrico de personas que conforman este grupo etario. Concluimos entonces que existe un modelo de atención al mayor que confluye con diferentes modelos o tipos ideales en función de las características adscriptivas y las situaciones sociales de cada persona o grupo.

§ 9

En esta tesis doctoral se examinan las posibilidades que ofrece la mediación al profesional del trabajo social que realiza su labor con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad. Estas dos situaciones: la soledad y el aislamiento social no están ligadas lógicamente. No obstante, y como ha señalado recientemente el Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults, el proceso natural de envejecimiento incrementa las posibilidades de sufrir bien de soledad bien de aislamiento social o bien las dos condiciones. Además, se trata de procesos circulares y bidireccionales: las patologías ligadas a la edad y su curso, más o menos grave, puede incrementar la soledad y/o el aislamiento; y viceversa: la soledad y/o el aislamiento social pueden afectar negativamente al estado de salud, o agravarlo si ya estaba afectado.

§ 10

Los acercamientos teóricos contemporáneos a la soledad comenzaron desde la perspectiva médica, y en concreto desde la psiquiatría. Estos primeros estudios estaban interesados en los efectos de la soledad sobre la vida emocional y en la terapia necesaria para la soledad. Así estos primeros enfoques se centraron en la soledad existencial y la soledad emocional. Hubo de esperar a Weiss para que se hablara de «soledad social» y se la distinguiese de la «soledad emocional». Con esta célebre distinción entraron a considerarse los factores sociales y los contextos socioculturales como causas o condicionantes de la soledad y/o el aislamiento social. Es entonces cuando el profesional del Trabajo Social, y no sólo el psiquiatra o el psicólogo, pudo hacerse cargo, con todo derecho, de abordar la problemática de la soledad y el aislamiento social. Así frente a los factores disposicionales a la soledad y/o el aislamiento social (estudiados ante todo por psicólogos y psiquiatras), el científico social podía hablar de factores situacionales de la soledad (como los entornos rurales, el género, determinadas instituciones, etcétera). En la década de los noventa, nuevas disciplinas, como la gerontología o las neurociencias, comenzaron a hacer objeto de sus investigaciones la soledad. El cambio de siglo ha asistido a perspectivas integradoras (las de la neurociencia social), entre las ciencias naturales y las sociales, particularmente en la obra de John Cacioppo. Las investigaciones de este autor han sido claves en los epígrafes II.5, II.6 y II.7 de esta tesis doctoral al estudiar los factores predisponentes al aislamiento social y/o la soledad, los factores protectores frente a la misma, y los efectos físicos, psíquicos y sociales de la soledad. Tener en cuenta este enfoque inaugurado por Cacioppo, y la multitud de científicos sociales del siglo XXI que han continuado sus investigaciones, ha sido clave para enfocar la soledad y/o el aislamiento social como un problema público, estrictamente de salud pública, y advertir lo congruente de las políticas sociales de la Unión Europea destinadas a promover un envejecimiento activo y saludable.

§ 11

Que la soledad de nuestros mayores es un problema de salud pública, como sostuvo Cacioppo, permite entender por qué instituciones como la Cruz Roja trabajan en el siglo XXI intentado aliviar sus efectos, o por qué instituciones gubernamentales de ámbito supranacional, nacional, regional o incluso local intervienen sobre sus poblaciones con el objetivo de prevenir sus efectos, aliviarlos o al menos retrasarlos en la medida de lo posible. Las intervenciones fomentadas por el *Consortio Europeo para el*

envejecimiento activo y saludable se están realizando en torno a diez ejes: el seguimiento y cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones sanitarias, la gestión personalizada de la salud y la prevención de caídas; la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a su edad, la educación para un envejecimiento activo y saludable, la gestión personal e institucional de la multimorbilidad, la gestión integral de los cuidados y las enfermedades crónicas, la asistencia en la vida cotidiana de los ancianos con deterioro cognitivo, la extensión de la vida activa e independiente con soluciones abiertas y personalizadas, la inclusión social de los mayores y el diseño de ambientes domésticos y urbanos *age friendly*. Pues bien, sostenemos que el diseño de estas intervenciones ha de ser modulado por la tipología social ideal de personas mayores. De hecho, este enfoque «personalizado» al menos por tipos ideales constituye el objetivo de las políticas sociales de la Unión Europea con personas mayores, que constituyen el objeto de esta investigación.

§ 12

La implementación de cualquier intervención sobre un sector social genera, ineludiblemente, conflictos. Pensar lo contrario es una ingenuidad. A su vez, el diseño teórico de las intervenciones sociales necesita de la implementación práctica para afinarse, replantearse o incluso renunciar a ella. Las intervenciones sociales efectivas son el resultado de una suma de correcciones que su puesta en práctica ha ejercido sobre su mero diseño teórico. Esto implica no sólo ejercicios de autocrítica, sino el surgimiento de conflictos en el transcurso de la implementación de las intervenciones sociales. Esto permite que la mediación se integre como un conjunto de técnicas y herramientas en el seno de las intervenciones y las políticas sociales. La necesidad de usar de la mediación como parte integrante de intervenciones sociales se agudiza si se acepta, con Cacioppo, que la soledad es un problema de salud pública. La gravedad de las consecuencias de la soledad y las dimensiones que el fenómeno demográfico del envejecimiento de nuestras sociedades genera la grave y apremiante *necesidad* de intervenir socialmente con eficacia, es decir, solventando los conflictos, mejorando la comunicación entre los diferentes actores sociales o transformando las relaciones entre ellos. Estos son los objetivos de las principales escuelas de mediación (Harvard, circular-narrativo de Cobb, y transformativo de Busch, Folger y otros). Pues bien, nos parece que el éxito de estas mediaciones integradas en intervenciones sociales con mayores depende de la oportuna modulación de la mediación según los diversos tipos ideales de personas mayores.

§ 13

La complejidad del fenómeno del envejecimiento aludida y los diferentes problemas que plantean las personas a las que les afectan está siendo detectada en la investigación de vanguardia actual, y por ello, se tiende al *diseño personalizado de intervenciones*. Es decir, se tiende a diseñar intervenciones *finalísticas* en los diferentes programas de Servicios Sociales dirigidas a subgrupos diferenciados de mayores, sin tener en cuenta que en realidad la soledad no sólo un fenómeno que afecta a los mayores de forma específica, es algo común a todos los grupos sociales de la sociedad. A esto cabe añadir los cambios poblacionales, en los modelos de familia, cuidado y género, de los cuales subyacen nuevas necesidades y perfiles de mayores diversos en situación de soledad. Por otro lado, las políticas de prevención de la soledad todavía son escasas. El aumento de la longevidad junto a los cambios sociales indicados precisa diseñar un nuevo modelo de atención a las personas mayores, más preventivo en lugar de reactivo, que socialice en las

distintas etapas evolutivas para preparar al adulto para la soledad y a gestionar las últimas etapas de la vida. La mediación aquí se sitúa como frontera clave para facilitar el diálogo, devolviendo la confianza en la comunicación humana y gestionando los distintos conflictos que puedan presentarse en estos procesos. Se trata de soluciones que buscan extender el periodo de vida autónoma y activa. Soluciones que sean útiles, ergonómicas, económicas —a fin de no discriminar a determinados sectores socioeconómicos—, personalizadas (por su dirección a un tipo ideal, pero también teniendo en cuenta los contextos familiares y de la sociedad civil y del gobierno implicados en la atención y los cuidados prestados).

§ 14

A lo largo de esta tesis doctoral hemos analizado y verificado las necesidades sociales que subyacen en la soledad de los mayores, siendo la mediación el eje o bisagra de las actuaciones en esta senda de cambios sociales inexorables. De ahí la necesidad de incorporar en los distintos programas de servicios sociales, en las políticas públicas una estrategia integral de prevención de la soledad, que atienda a la nueva realidad empírica del adulto mayor desde un punto de vista plural, teniendo en cuenta la perspectiva de género como eje transversal junto a la mediación como vértice y herramienta útil que facilita estos procesos. Por estas razones, esta investigación puede resultar útil para los profesionales y gestores en el diseño de la arquitectura de planificación social. Además, se abren nuevas líneas de investigación en mediación que van más allá de los ámbitos clásicos y que vislumbran interesantes perspectivas de futuro desde la conflictología como planteamiento epistemológico transdisciplinar que da respuesta a los conflictos sociales tomando como referencia los saberes desde una perspectiva integral – psicológica, jurídica, social- para dar respuestas más exhaustivas a fenómenos complejos.

§ 15

Las personas mayores con que se interviene actualmente tienen, en su inmensa mayoría (71%) un nivel formativo bajo (como mucho estudios primarios), debido ante todo a factores histórico-culturales. Algunas de las intervenciones que se realizan con ellos están seriamente dificultadas por este hecho: interacción con nuevas tecnologías, seguimiento recomendaciones y prescripciones médicas, solicitud de ayudas, atención a tareas cotidianas (manejo de cajeros automáticos, etc.), seguimiento personalizado y autónomo de enfermedades crónicas (registro hipertensión arterial, índices glucémicos, ...) etc. El bajo nivel de instrucción es más significativo entre mujeres que entre hombres. Se aprecia una brecha de género, de desigualdad entre varones y mujeres, que puede ser una fuente, estadísticamente significativa, de conflictos en los que estén implicadas, consecuentemente, más mujeres que hombres.

§ 16

El alto porcentaje de personas viudas (58% de la muestra) puede indicar una causa posible de dificultades (derivadas de estados depresivos) que interfiera en el éxito de las intervenciones que con estas personas se acometen. No obstante, el porcentaje de personas que informan de trastornos mentales —entre los que se engloban los depresivos— en la muestra es bajo (solo el 4%). De este 58% de personas viudas, aproximadamente el 70% tiene un nivel de formación que como mucho alcanza a los estudios primarios. De acuerdo con la conclusión del párrafo anterior, esto puede

constituir un serio hándicap para el éxito de muchas intervenciones. Además, el número de personas viudas se incrementa notablemente a partir de los 74 años de edad.

§ 17

Si atendemos al elevado porcentaje de varones solteros y que, por ello, en la mayoría de los casos carecerán de descendencia, podemos concluir que se trata de un colectivo especialmente desamparado en lo que concierne al soporte familiar.

§ 18

Del análisis de la muestra parece colegirse otra brecha de género en las intervenciones realizadas por la Cruz Roja de Aragón. Fueron más los hombres que las mujeres con quienes se intervino, y en la franja de ingresos económicos más bajos —y por ello personas para las que las intervenciones eran más necesarias—, fue también mayor el número de varones que el de mujeres objeto de intervención.

§ 19

Las personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad constituyen una población muy abigarrada y heterogénea, en cuanto a sus características demográficas. Está compuesta diversamente por hombres y mujeres que abarcan un rango de edades muy diverso y amplio, y con diferentes problemáticas psicológicas, vitales y existenciales derivadas de la diversidad de su estado civil, y con un nivel de formación, de ingresos tras la jubilación, y de trabajos realizados también muy heterogéneo.

§ 20

El número de mayores que habitan hogares unipersonales es considerablemente menor cuando se avanza en edad. Este hecho puede deberse a la mortalidad, o a las consecuencias en la salud del proceso de envejecimiento. Evidentemente, las intervenciones deberían tratar diferenciadamente a esta tercera parte de personas que viven solas con una avanzada edad

§ 21

Aunque el 68% de la muestra es menor de ochenta años, sin embargo, sólo una cuarta parte de la muestra no tiene ningún tipo de enfermedad crónica. Es decir, la mayor parte de las personas (dos terceras partes) con que se interviene tienen una situación regular o mala en lo que concierne a su estado de salud. Este hecho es un indicador muy importante del tipo de personas con que mayoritariamente se interviene: personas con enfermedades crónicas, en un estado más o menos avanzado. Y esto quiere decir que estas intervenciones llegan, en la mayor parte de los casos, tarde para lograr el objetivo de un envejecimiento activo y saludable. Es por ello que debería buscarse intervenir con más personas jubiladas menores de 80 años que no tengan especiales necesidades de salud. Se trata del tipo de intervenciones más difíciles, porque muchas de ellas rehúyen las intervenciones. La mediación entre los servicios sanitarios y/o sociales y las personas tipo Randolph y Theresa. Y mediación también en el seno de las instituciones que promueven intervenciones, para la institución, consolidación y éxito de intervenciones que muchas veces no consideran urgentes ni necesarias, pero que el tiempo demuestra que sí lo eran (al multiplicarse el número de enfermos crónicos)

§ 22

El 42% de la muestra lo componen personas con enfermedades crónicas graves (es decir pertenecientes a los tipos ideales «Procolo» o «Jacqueline»). Aunque es lógico que sean la población diana natural de muchas de las intervenciones realizadas por la Cruz Roja, podría reducirse su número con intervenciones dirigidas a la promoción de un estilo de vida activo y saludable.

§ 23

Resulta necesario, para el éxito de muchas intervenciones con personas mayores en situación de aislamiento social y/o soledad, la apertura confiada de las personas objeto de estas intervenciones con el personal que las lleva a cabo. Esto es especialmente importante en lo que atañe a la gestión de la multimorbilidad y al cumplimiento de las recomendaciones y prescripciones sanitarias. La mediación circular-narrativa puede ofrecer un buen cauce para la mejora en los procesos comunicativos entre mayores y personal de intervención.

§ 24

Aproximadamente el 40% de la población mayor en situación de aislamiento social y/o soledad con que se interviene necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria (14%) o para las actividades básicas instrumentales.

§ 25

Respecto al *seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas*, la mayoría de nuestros mayores sufren de hipertensión, que suele complicarse en trastornos cardiacos. No obstante, la posibilidad de mejoría es vista por la mayor parte de nuestros mayores en función de los avances en la investigación farmacológica y médica. Ninguna persona contestó afirmando que de algún modo su estado de salud también dependía de él, de su fortaleza e inteligencia para seguir un estado vida saludable. Aquí se observa un problema para las actividades preventivas, y aquellas que tengan como finalidad un envejecimiento activo y saludable. Problema que en algunos casos se traduce en desinterés (cuando están sanos —tipos «Randolph» y «Theresa»—, o desesperanza —tan pronto comienzan a agravarse, siquiera moderadamente, los trastornos crónicos. Entre los mayores tipo «Procolo» el desinterés y la desesperanza respecto de sus dolencias crónicas es muy acusado, y dado la gravedad y las necesidades complejas que presentan, hace muy urgente el trabajo de la persona Trabajador Social para lograr un envejecimiento más activo y una mejora en el seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas. En estos casos —«Procolo» y «Jacqueline»— sería muy útil la mediación tipo «Harvard» para alcanzar acuerdos que logren cierto interés por su parte en el seguimiento de las prescripciones y recomendaciones médicas. Constatamos que las personas mayores sanas deberían ser destinatarios diana de intervenciones dirigidas a su envejecimiento activo y saludable. Pero el buen estado de salud del que gozan constituye una dificultad muy acusada para la elección de este tipo de intervenciones. La mediación transformativa de Bush y Folger podría dar buenos resultados con el fin de alterar la relación pasiva o inerte consigo mismos, y lograr decisiones acerca de una vida a medio plazo más saludable, y más activa.

§ 26

Respecto a la *gestión personalizada de la salud y la prevención de caídas*, la mayoría de las personas de nuestra muestra desean seguir habitando su hogar, esta voluntad implica que conforme transcurra el tiempo de vida, las intervenciones han de rediseñarse finalísticamente para adecuarse a los cambios que experimenten nuestros mayores. Esto es congruente con que la autonomía personal es el valor más profundamente sentido entre los individuos de nuestra muestra. Establecer en la jerarquía axiológica la independencia y autonomía como el valor prioritario ha de ser tenido en cuenta en los procesos de mediación con instituciones y familiares. Si este valor no se tiene en cuenta, difícilmente se lograrán solventar los demás conflictos que se presenten. El cambio más significativo en la vida de nuestros mayores suele ser el enviudamiento o el divorcio. Se trata de un cambio que puede estar directamente relacionados con la gestión de la propia vida, y por ello con la gestión de la propia salud, puesto que anteriormente había otra persona, que mejor o peor, podía velar o cuidar, siquiera fuese puntualmente. No obstante, el interés en cambiar de residencia a una con profesionales y cuidados especializados es mayor en las personas que pertenecen a los tipos sociales con menor edad: «Randolph», «Eleni» y «Procolo». Parece que esta generación tiene una valoración diferente de lo conveniente y ventajoso de la habitación de un hogar unipersonal respecto de la que tienen las personas que actualmente engloban la cuarta edad —tipos «Theresa», «María» y «Jacqueline». Entre las personas tipo «Procolo» y «Jacqueline» se concentran quienes informan padecimientos tipo ictus o cancerígenos. Los accidentes cerebro vasculares podrían haber sido evitados si se hubieran realizado actividades de envejecimiento activo y saludable en etapas anteriores de la enfermedad crónica o de edad. Además, parece muy necesario insistir en la necesidad de realizar intervenciones para el seguimiento de las recomendaciones y prescripciones médicas. Las dolencias coronarias y cardíacas se concentran, en cambio, en tipos ideales más jóvenes —«Eleni» y «Procolo». Dado que estas personas aún tienen, por su edad, capacidad de movilidad y ejercicio físico, resulta importante que el profesional del Trabajo Social medie entre los profesionales de la salud y ellos para evitar una evolución negativa de esos trastornos.

§ 27

Respecto a la fragilidad de las personas mayores y las enfermedades ligadas a la edad, es preciso señalar el hecho, sumamente preocupante, de que en nuestra muestra un 40% tienen problemas de fragilidad o de enfermedades ligadas a la edad. El porcentaje pues de personas con necesidades de ayuda cotidiana es muy alto. Un 29% de las personas de la muestra no tienen ningún tipo de contacto habitual con familiares o allegados. Es decir, viven en la más absoluta soledad y/o aislamiento. Parece que el desamparo —medido en frecuencia temporal de contactos habituales— se va incrementando en relación proporcional al aumento en el grado de consanguinidad. Una dificultad para abordar el éxito de las intervenciones que tienen como objeto la fragilidad de nuestros mayores y las enfermedades ligadas a la edad deriva del deterioro de las relaciones con el soporte familiar. El 12% las tienen malas o muy malas, el 8% regulares, y un 15% no responde. La mediación transformativa de Bush y Folger debería emplearse por parte de la persona profesional del Trabajo Social para mejorar estas relaciones entre el mayor y su soporte familiar. Sorprende el elevado porcentaje de personas de la tercera edad que confiesan carecer de soporte familiar (el 67% de las personas tipo «Theresa», o el 33% de las tipo «Procolo», por ejemplo). Esto se traduce en el elevado riesgo de vulnerabilidad social y desamparo que tienen los «Procolo», en el que su delicadísimo estado de salud puede

acompañarse de un enorme desamparo por falta de soporte social. La frecuencia de contacto del soporte familiar es escaso particularmente en los tipos «Procolo» y «Jacqueline». El profesional del Trabajo Social debería mediar, bien para mejorar las relaciones, bien para asegurar el mínimo de atención requerida para atender a las enfermedades ligadas a la edad de estas personas y apoyar la fragilidad de su condición.

§ 28

Respecto a las intervenciones que tienen como objetivo el envejecimiento activo y saludable y las nuevas necesidades de entrenamiento y protocolos para el personal sanitario es preciso señalar que la falta de medios y la masificación son las dos principales quejas de los usuarios. Aquí el trabajo de mediación puede y debe llevarse a cabo a la hora de elaborar los presupuestos. Se trataría de una mediación entre representantes del tejido asociativo y miembros de las instituciones que intervienen, con la finalidad de llegar a acuerdos viables y duraderos. Este trabajo de mediación parece especialmente urgente al constatar que la mayor parte de los encuestados tienen una percepción negativa de la labor de las administraciones. Casi dos terceras partes (57%) expresan su descontento. Tan solo el 30% está contenta con los servicios que el sector público les ofrece. El profesional del Trabajo Social podría emplear algunos de los recursos que le ofrece la mediación para tratar de atenuar, en cierto grado, la desconfianza hacia lo público que tienen estos usuarios. Por ejemplo, se podría mediar entre los representantes de los usuarios y los miembros electos (a nivel de tejido asociativo, redes sociales, o cargos públicos electos). También se puede realizar un trabajo más capilar entre los técnicos de las intervenciones y los usuarios de las mismas. Llegar a puntos de acuerdo es algo fundamental en el trabajo de muchos de nuestros políticos. Pero muchas veces no pasa de ser una aspiración truncada o siempre insatisfecha. Muchos de nuestros representantes públicos verían con muy buenos ojos una mediación entre la administración que representan y las asociaciones de administrados que reclaman mejoras y atención. Lo importante en este tipo de mediación es llegar a una serie de puntos concretos, realistas, valederos en el tiempo, viables y hacederos. Y para ello el modelo de Harvard puede prestar una inestimable ayuda. El descontento se agudiza en las personas con enfermedades crónicas de cierta envergadura, particularmente entre los que pertenecen al tipo ideal «Procolo». La complejidad de los cuidados que requieren, y el grupo etario al que pertenecen hace que no se resignen aún en sus demandas de mejores servicios. No deja de ser significativo que sean las personas tipo «Procolo» las que perciben más agudamente la falta de medios y la masificación. En ellos el deterioro cognitivo puede ser más grave, y la necesidad que tienen las familias de apoyo mucho mayor. Ante estas dos realidades, la necesidad de una formación adecuada por parte del personal de las intervenciones es más acuciante.

§ 29

Sobre la gestión personal e institucional de la multimorbilidad, detectamos una posible fuente de conflictos en el elevado número de personas la muestra (28%) que está en tratamiento para enfermedades mentales. Este porcentaje puede ser incrementado ligeramente hasta el 34% por personas que se sienten tristes o deprimidas. Entre estas personas pueden encontrarse quienes no han consultado a los servicios médicos de salud mental, o quienes no desean seguir las prescripciones médicas que se les han realizado. Esto es pues una fuente problemas para la gestión personal e institucional de la multimorbilidad. Las personas con problemas mentales pertenecen a todos los tipos

sociales con que hemos trabajado. Es importante notar y hacer ver a los responsables de las instituciones que van a encontrarse siempre con una proporción muy significativa de personas con problemas afectivos, y que deberían ajustar sus protocolos de actuación a esta problemática. Es muy probable que estos datos, tras casi dos años de pandemia, y sin una solución clara a esta situación, se hayan visto muy agravados. La enfermedad mental se hace más prevalente entre las personas que podríamos englobar bajo los tipos ideales «Procolo» y «Jacqueline», que han de sumar al grave deterioro de su salud, la enfermedad mental.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de personas con más de 65 años en 2019 y proyección para el 2050. Fuentes: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División: población.....	19
Tabla 2. Metapercepciones sobre las personas mayores. Fuente: Vauclair 2017, pág. 141	36
Tabla 3. Esperanza de vida por sexo al nacer hasta 2020. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de mortalidad. Resultados nacionales. Consultado el 14 de febrero de 2022	45
Tabla 4. Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo y periodo. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Consultado el 14 de febrero de 2022.....	46
Tabla 5. Esperanza de vida al nacer, 1980-2020. Fuente: Eurostats. Consultado el 14 de febrero de 2022	47
Tabla 6. Hogares unipersonales en España	68
Tabla 7. Análisis comparativo sobre los diferentes enfoques teóricos acerca de la soledad	77
Tabla 8. Porcentajes de contactos sociales por edad y género. Fuente: Phongsavan et al. 2013, pp. 929-930	96
Tabla 9. Comparativa entre los servicios de la Cruz Roja años 2017- 2018. Fuente: Cruz Roja 2018.....	115
Tabla 10. Objetivos de las intervenciones para realizar con cada tipo ideal weberiano Blueprint Personas	136
Tabla 11. Objetivos propuestos en esta investigación de las intervenciones para realizar con cada tipo ideal weberiano.....	138
Tabla 12. Programas de la Cruz Roja de Aragón con personas mayores	184
Tabla 13. Comparativa entre los proyectos de la Cruz Roja de Aragón y las intervenciones buscadas por el Consorcio Europeo para la Innovación en envejecimiento activo y saludable	186
Tabla 14. Sinopsis de los programas de la Cruz Roja de Aragón con personas mayores	189

Tabla 15. Distribución por géneros y por edad de la población aragonesa a comienzos de 2019. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.....	196
Tabla 16. Sinopsis del cuestionario utilizado en esta investigación.....	214
Tabla 17. Variables generales, intermedias e indicadores utilizados en esta investigación	220
Tabla 18. Porcentajes en la muestra de los tipos ideales weberianos Blueprint personas	249
Tabla 19. Frecuencia y porcentajes de la necesidad de ayuda.....	255

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Capacidad física a lo largo de la vida estratificadas por destrezas. Fuente: Peeters, G., et al., análisis longitudinal sobre la salud femenina en Australia. No publicado.....	29
Figura 2. Evaluación de las consecuencias del edadismo. Fuente: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857.g002	34
Figura 3. Tipos ideales weberianos del proyecto Blueprint Personas. Fuente: https://ec.europa.eu/eip/ageing/news/12-personas-have-been-developed-enable-eip-aha-envision-realistic-health-and-care-needs-certain_en.html	39
Figura 4. Esperanza de vida al nacer según sexo. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Consultado el 14 de febrero de 2022.....	45
Figura 5. Esperanza de vida en buena salud. Distribución por años (2004-2019). Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Consultado el 14 de febrero de 2022..	46
Figura 6. Esperanza de vida al nacimiento en la Unión Europea. Fuente: Eurostat. Consultado el 14 de febrero de 2022	47
Figura 7. Porcentaje de población estadounidense que habita en hogares multigeneracionales. Fuente: Pew Research Center, D’Vera Cohn et al., «A record 64 million Americans live in multigenerational households», https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/05/a-	51
Figura 8. Porcentaje de estadounidenses que viven en hogares multigeneracionales	52
Figura 9. Porcentaje de mujeres estadounidenses que viven solas.....	52
Figura 10. Hogares multigeneracionales en Europa.....	53
Figura 11. Población voluntaria en los principales países europeos, años 2012 y 2017. Fuente: Análisis de PwC a partir de información de Eurostat, Ministerio de Hacienda, IHS Market, FMI, INE, X Solidaria, UAFSE, CECA, AEFr.	60
Figura 12. Población voluntaria en los principales países europeos, años 2012 y 2017. Fuente: Fundación PwC, 2018, pág. 27. Análisis realizado por PwC a partir de información de World Giving Index.....	61
Figura 13. Personas que viven solas por edad y género en España.....	69

Figura 14. Líneas de acción prioritarias para la intervención social a nivel nacional y europeo. Fuente: European Partnership on Active Healthy and Aging.....	121
Figura 15. Niveles vertical y horizontal del sistema sociosanitario. Fuente: European Comission	128
Figura 16. Tipos de intervenciones realizadas por la Cruz Roja en Aragón y porcentaje de personas con las que se ha actuado	190
Figura 17. Distribución de la población aragonesa por ciudades. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.	194
Figura 18. Municipios más poblados de Aragón. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística	194
Figura 19. Pirámide de población de Aragón a comienzos de 2019. Fuente: «Pirámides de población, a 1 de enero de 2019» proporcionadas por el Gobierno de Aragón: «Padrón municipal de habitantes. Pirámides de población, Aragón» https://www.aragon.es/-/piramides-de-	195
Figura 20. Distribución por género y edad de la muestra.....	198
Figura 21. Representación figura de la composición de la muestra por género	221
Figura 22. Distribución por edades de la muestra	222
Figura 23. Distribución por género y edad de la muestra.....	222
Figura 24. Distribución de la muestra por nivel de estudios	223
Figura 25. Nivel de instrucción por género (I)	224
Figura 26. Nivel de instrucción por género (II).....	224
Figura 27. Distribución del nivel de estudios por edades en la muestra	225
Figura 28. Representación figura del estado civil de la muestra	226
Figura 29. Distribución del estado civil de la muestra por género (hombres).....	227
Figura 30. Distribución del estado civil de la muestra por género (mujeres).....	227
Figura 31. Distribución del estado civil por edades	228
Figura 32. Nivel de estudios según estado civil	228
Figura 33. Nivel de estudios entre las personas divorciadas	229
Figura 34. Nivel de ingresos mensuales de la muestra.....	230
Figura 35. Nivel de ingresos mensuales por género	231

Figura 36. Distribución por edades del nivel de ingresos	232
Figura 37. Campana de distribución de ingresos.....	232
Figura 38. Ingresos mensuales por nivel de estudios	233
Figura 39. Tipo de trabajo realizado.....	234
Figura 40. Trabajo realizado por sexo	235
Figura 41. Trabajo realizado por edad.....	235
Figura 42. Trabajo por formación	236
Figura 43. Trabajo por ingresos y formación	237
Figura 44. Distribución de la muestra en menores y mayores de 80 años	238
Figura 45. Sectores porcentuales de personas con enfermedades crónicas (rojo) y sin enfermedades crónicas (verde)	240
Figura 46. Incidencia de enfermedades crónicas por grupos de edad	241
Figura 47. Distribución porcentual de los tipos Randolph y María en su franja etaria	243
Figura 48. Número de fármacos ingeridos diaria y habitualmente.....	245
Figura 49. Número de fármacos ingeridos diaria y habitualmente distribuidos por grupos etarios (3ª y 4ª edad)	246
Figura 50. Percepción subjetiva del estado de memoria	247
Figura 51. Distribución por tipos ideales de la percepción subjetiva del estado de memoria	248
Figura 52. Comparativa de la distribución por grupos etarios de la percepción del estado de memoria	249
Figura 53. Composición de la muestra por tipos ideales weberianos Blueprint personas	250
Figura 54. Indicador necesidad de ayuda habitual	253
Figura 55. Distribución por tipos ideales de las necesidades de ayuda.....	254
Figura 56. Patologías crónicas en los individuos de la muestra	256
Figura 57. Distribución por tipos ideales de las enfermedades crónicas más frecuentes en la muestra.....	257
Figura 58. Posibilidad de mejorar el estado de salud	258

Figura 59. Distribución por tipos ideales de la percepción de posibilidad de mejora en el estado de salud	259
Figura 60. Percepción de la posibilidad de mejora ante las enfermedades crónicas padecidas.....	260
Figura 61. Percepción subjetiva del tipo ideal Randolph sobre la mejora de su estado de salud	261
Figura 62. Percepción subjetiva del tipo ideal Theresa sobre la mejora de su estado de salud	261
Figura 63. Percepción subjetiva del tipo ideal «Eleni» sobre la mejora de su estado de salud	262
Figura 64. Percepción subjetiva del tipo ideal María sobre la mejora de su estado de salud	263
Figura 65. Percepción subjetiva del tipo ideal «Procolo» sobre la mejora de su estado de salud	263
Figura 66. Percepción subjetiva del tipo ideal Jacqueline sobre la mejora de su estado de salud	264
Figura 67. Motivos para la reducción de la movilidad y la actividad	265
Figura 68. Actividades deseadas pero que no pueden ser realizadas	265
Figura 69. Motivos por los que no se pueden realizar las actividades deseadas	266
Figura 70. Lugar deseado de residencia	266
Figura 71. Motivos para vivir en un domicilio determinado	267
Figura 72. Motivos de los cambios más significativos en su vida actual	268
Figura 73. Motivos para dejar de hacer las actividades deseadas por tipos ideales	268
Figura 74. Causas para dejar de hacer las actividades deseadas por tipos de ideales ..	269
Figura 75. Causas de los cambios más relevantes en la vida actual por tipos ideales..	270
Figura 76. Indicador necesidad de ayuda habitual	271
Figura 77. Frecuencia de contactos con familiares o allegados	272
Figura 78. Frecuencia de contactos desglosada por tipo de relación familiar o de allegamiento.....	272
Figura 79. Valoración de los contactos con familiares y allegados.....	273
Figura 80. Porcentajes de personas con y sin allegados, por tipos ideales.....	274

Figura 81. Grado de parentesco según tipos ideales.....	275
Figura 82. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Randolph»	275
Figura 83. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Eleni»	276
Figura 84. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Procolo»	276
Figura 85. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Theresa»	277
Figura 86. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «María»	277
Figura 87. Frecuencia, cualidad y cantidad de contactos de las personas tipo «Jacqueline»	278
Figura 88. Grado de satisfacción de los usuarios con las intervenciones de la Cruz Roja de Aragón.....	279
Figura 89. Aspectos de mejora en las intervenciones de la Cruz Roja de Aragón	279
Figura 90. Grado de satisfacción de los usuarios con las administraciones públicas...	280
Figura 91. Motivos de la insatisfacción de los usuarios con las administraciones públicas	281
Figura 92. Distribución por tipos ideales del grado de satisfacción con las intervenciones realizadas por la Cruz Roja de Aragón	282
Figura 93. Distribución por tipos ideales de los aspectos de mejora de las intervenciones realizadas por la Cruz Roja de Aragón	283
Figura 94. Distribución por tipos ideales de la satisfacción con la labor de las administraciones públicas	284
Figura 95. Distribución por tipos ideales de los motivos de descontento con las administraciones públicas	285
Figura 96. Porcentaje de mayores de la muestra con enfermedades crónicas	286
Figura 97. Número de fármacos consumidos diaria y habitualmente	287
Figura 98. Enfermedades crónicas en la muestra	287
Figura 99. Ingesta de fármacos para trastornos de la salud mental	288
Figura 100. Percepción subjetiva del estado de ánimo.....	289
Figura 101. Distribución de la ingesta de psicofármacos por tipos ideales.....	289

Figura 102. Distribución por tipos ideales del estado anímico.....	290
Figura 103. Personas con las que se convive.....	292
Figura 104. Relación con las personas con los cuidadores formales o informales	293
Figura 105. Valoración de los servicios sociales asistenciales.....	294
Figura 106. Distribución por tipos ideales de las personas con quien se convive.....	295
Figura 107. Distribución por tipos ideales de las personas con quien se convive.....	296
Figura 108. Distribución por tipos ideales de la valoración de los servicios sociales asistenciales	297
Figura 109. Lugar de residencia deseado y motivos de ese deseo	299
Figura 110. Percepción de autonomía personal en el propio hogar y ciudad.....	299
Figura 111. Actitud ante la soledad percibida	300
Figura 112. Estado de la memoria por grupos de edad	301
Figura 113. Estado de la memoria por tipos ideales.....	302
Figura 114. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Theresa».....	303
Figura 115. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Maria»	303
Figura 116. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Jacqueline»	303
Figura 117. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Randolph».....	306
Figura 118. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Eleni»	306
Figura 119. Lugar deseado de residencia y motivos para ello de las personas tipo «Procolo».....	307
Figura 120. Distribución por tipos ideales de la autonomía o dependencia	307
Figura 121. Distribución por tipos ideales del sentimiento hacia la soledad	308
Figura 122. Tareas realizadas habitualmente	310
Figura 123. Realización de actividades fuera del domicilio.....	311
Figura 124. Motivos aducidos para reducir la vida activa.....	312

Figura 125. Actividades realizadas durante el tiempo libre	312
Figura 126. Pertenencia al tejido asociativo.....	313
Figura 127. Actividades deseadas, pero no realizadas	314
Figura 128. Motivos por los que no se realiza la actividad deseada	314
Figura 129. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).....	315
Figura 130. Distribución por tipos ideales de las actividades habituales	316
Figura 131. Distribución por tipos ideales de la realización de actividad fuera del domicilio.....	317
Figura 132. Distribución por tipos ideales de los motivos para la disminución de la actividad.....	318
Figura 133. Distribución por tipos de las actividades realizadas durante el tiempo libre	319
Figura 134. Distribución por tipos de la afiliación al tejido asociativo.....	320
Figura 135. Distribución por tipos de las actividades deseadas pero no realizadas	321
Figura 136. Distribución por tipos de los motivos que impiden realizar actividades ..	322
Figura 137. Distribución por tipos ideales del uso de tecnologías de la información y la comunicación	323
Figura 138. Reacción anímica ante la soledad	325
Figura 139. Causas percibidas de la sensación negativa de soledad	325
Figura 140. Causas por las que no se mantienen los contactos deseados.....	326
Figura 141. Personas con quienes se interactúa fuera del propio domicilio.....	326
Figura 142. Satisfacción de la frecuencia de contactos con familiares	327
Figura 143. Distribución de la sensación de soledad por tipos ideales	328
Figura 144. Distribución por tipos ideales de la frecuencia deseada de contactos con familiares	329
Figura 145. Distribución por tipos ideales de los motivos por los que se reduce o se anula el trato de nuestros mayores con sus allegados	330
Figura 146. Distribución por tipos ideales de las personas con quienes se socializa fuera del domicilio	331
Figura 147. Uso de los recursos de los servicios sociales	332

Figura 148. Distribución por tipos de la utilidad de los recursos sociales 333

ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 1 Tamaño de la muestra	198
Ecuación 2 Algoritmo identificación personas tipo Randolph.....	239
Ecuación 3: Algoritmo identificación personas tipo Theresa.....	239
Ecuación 4: Algoritmo identificación personas tipo «Eleni».....	244
Ecuación 5: Algoritmo identificación personas tipo «María».....	245
Ecuación 6: Algoritmo identificación personas tipo «Procolo».....	252
Ecuación 7: Algoritmo identificación personas tipo Jacqueline	252
Ecuación 8: Algoritmo para identificar personas tipo «Procolo» en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social	305
Ecuación 9 Algoritmo para identificar personas tipo Jacqueline en situación de extrema vulnerabilidad por aislamiento social	305

BIBLIOGRAFÍA

- Aartsen, M. y Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38. DOI: 10.1007/s10433-011-0175-7
- Abellan, A. y Pérez, J. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Swede. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1). DOI: <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>
- Abellán, G. y Ayala, A. (2018). Un perfil de las personas mayores en España. *Indicadores estadísticos básicos*, 17, 34.
- Acierno, R. y Hernández, M. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292–297.
- Active and Healthy Living in the Digital World. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>.
Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/about-the-partnership_en.html
- Active and Healthy Living in the Digital World. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>.
Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
- Adams, B. (2008). Specific effects of caring for a spouse with dementia: Differences in depressive symptoms between caregiver and non-caregiver spouses. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 508–520.
- Administration, G. S. (s.f.). *Social Security History*. Obtenido de Social Security History: <https://www.ssa.gov/history/ottob.html>
- Advantage Managing Frailty. (s.f.). <https://advantageja.eu/images/WP8-1-Building-workforce-capacity-on-frailty-prevention-a-Systematic-Review.pdf>. Obtenido de <https://advantageja.eu/images/WP8-1-Building-workforce-capacity-on-frailty-prevention-a-Systematic-Review.pdf>
- Age Platform Europe. (s.f.). <https://www.age-platform.eu/project/social-innovation-ageing>. Obtenido de <https://www.age-platform.eu/project/social-innovation-ageing>

- al., J. L. (2020). Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. En *Annals of Geriatric Medicine and Research* (pág. 48).
- Alaviani , M. y Khosravan , S. (2015). The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on Pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to Gonabad Urban Health Centers. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(2), 132-140.
- American Bar Association, American Arbitration Association and Association on Conflict Resolution. (agosto de 2005). *Model Standards for Mediators*. Obtenido de https://www.mediate.com/articles/model_standards_of_conflict.cfm
- Ander Egg, E. (1995). *Diccionario del trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Ascarate, O. (2015). *Formación social y cívica. Una necesidad*. Ediciones Salesinas.
- Aurtenetxe, J. (2019). *Métodos y Técnicas de Investigación Social: Manual Para Principiantes: Aplicaciones Con Excel y Word*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Banks , M. y Willoughby , L. (2008). Animal assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(3), 173–177.
- Barger, S. y Messerli-Bürgy, N. (2014). Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland: Nationally representative cross sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 273.
- Bartsch , D. y Rodgers, V. (2009). Senior reach outcomes in comparison with the Spokane Gatekeeper program. *Care Management Journals*, 10(3), 82–88.
- Bartsch, D. y Rodgers , V. (2013). Outcomes of senior reach gatekeeper referrals: comparison of the Spokane gatekeeper program, Colorado senior reach, and mid-Kansas senior outreach. *Care Management Journals*, 14(1), 11–20.
- Baum, C. (14 de septiembre de 2018). The ugly truth about ageism: it's a prejudice targeting our future selves. *The Guardian*.
- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Hispanoamericana.
- Bekhet, A. K. y Zauszniewski, J. A. (2012). Methodological Triangulation: An Approach to Understanding Data. *Nurse Researcher*.
- Bermejo, J. (2005). *La soledad en los mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Beutel, M. y Klein, E. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97.

- Biddle, , D. y D'Oleire Uquillas, F. (2019). Social engagement and amyloid-beta-related cognitive decline in cognitively normal older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), 1247–1256.
- Birren, J. E. (2013). *Handbook of Mental Health and Ageing*. Academic Press.
- Birren, J. E. (2013). *Handbook of Mental Health and Aging*. Academic Press.
- Blackman, S. y Matlo, C. (2016). Ambient Assisted Living Technologies for Aging Well: A Scoping Review. *Journal of Intelligent Systems*, 25(1), 55-6. DOI: <https://doi.org/10.1515/jisys-2014-0136>
- Blueprint personas. (s.f.). <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>. Obtenido de <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>: <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>
- BOE. (12 de 15 de 2006). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Bondu, D. (1998). *Nouvelles pratiques de médiation sociales*. París: Editions ESF.
- Boudon, R. y Lazarsfeld, P. (1985). *Metodología de las ciencias sociales*. Barcelona: Laila.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Aimsworth Attachment Theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Burholt, V. y Scharf, T. (2014). Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 311–324.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4 parte 1), 243–246. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243.
- Cacioppo , J. y Cacioppo , S. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annu Rev Psychol*, 3(66), 733-67. DOI: 10.1146/annurev-psych-010814-015240. Epub 2014 Aug 22. PMID: 25148851; PMCID: PMC5130104.
- Cacioppo , J. y Hawkey , L. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci*, 13(10), 447-54. DOI: 10.1016/j.tics.2009.06.005. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19726219; PMCID: PMC2752489.
- Cacioppo , J. y Hawkey , L. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*, 25(2), 453-63. DOI: 10.1037/a0017216. PMID: 20545429; PMCID: PMC2922929.
- Cacioppo , S. y Grippo , A. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249. DOI: 10.1177/1745691615570616

- Cacioppo, S. y Grippo, A. (Mar de 2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 238-49. DOI: 0.1177/1745691615570616. PMID: 25866548; PMCID: PMC4391342
- Cacioppo, S. y Grippo, A. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249. DOI: 10.1177/1745691615570616
- Cacioppo, S. y Grippo, A. A. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*. *Association for Psychological Science*, 10(2), 238-249. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cahill, S. y Diaz-Ponce, M. (2011). I hate having nobody here. I'd like to know where they all are": Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment. *Ageing & Mental Health*, 15(5), 562-572.
- Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Epoca*, VI(1), 46-59.
- Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *VI Época*, 46-59.
- Caserta, M. y Lund, D. (1996). Beyond bereavement support group meetings: exploring. *Death Studies*, 20(6), 537-56.
- Cattan, M. y White, M. (1998). Developing Evidence Based Health Promotion for Older People: A Systematic Review and Survey of Health Promotion Interventions Targeting Social Isolation and Loneliness among Older People. *Internet Journal of Health Promotion*, 13, 1-9.
- Cattan, M. y White, M. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Cattan, M. y White, M. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.
- Cavaliere, R. (2009). *Diritto dell'Asia Orientale*. Venezia: Cafoscarina.
- Chang, E.-S. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *Plos one*, 15. DOI: 10.1371/journal.pone.0220857
- Chen, Y. y Schulz, P. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 18(1), e18. DOI: 10.2196/jmir.4596
- Choi, M. y Kong, S. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthcare informatics research*, 18(3), 191-198

- Chrisler, J., Barney, A. y Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86—104. DOI: 10.1111/josi.12157
- Christiansen, L. y Sanmartin Berglund, J. (2019). Health-related quality of life and related factors among a sample of older people with cognitive impairment. *Nursing Open*, 6, 849– 859. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.265>
- Cohen, J. y Parpura, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Cohen-Mansfield, J. y Dakheel-Ali, M. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia. *Psychiatry Research*, 228(1), 59–64.
- Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. (2007). A. Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *Int Psychogeriatr*, 19(2), 279-94. DOI: 10.1017/S1041610206004200. Epub 2006 Sep 28. PMID: 17005067
- Coll-Planas, L. y Del Valle Gómez, G. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*, 25(1), 145-157. doi:10.1111/hsc.12284. Epub 2015 Oct 1. PMID: 26427604
- Coll-Planas, L. e. (2017). ¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad? *Atencion primaria*, 49(8), 501-502. DOI:10.1016/j.aprim.2016.12.004
- Commision, E. (2022). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
- Commission European;. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup_en.html
- Committee on the Health and Medical Dimensions of. (s.f.). *Committee on the Health and Medical Dimensions of*. (T. N. Press, Ed.) Obtenido de <https://www.nap.edu/read/25663/chapter/1>
- Creswell, J. y Irwin, M. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095-1101.
- Cruz Roja Española Huesca. (s.f.). *Memoria 2019*. Obtenido de <https://www.cruzrojahuesca.org/wp-content/uploads/Memoria-2019.pdf>
- Cuellar-Flores, I. y Dresh, V. (s.f.). https://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART%204.pdf. Obtenido de https://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART%204.pdf
- Cuffee, Y. y Ogedegbe, J. (2014). Psychosocial risk factors for hypertension: An update of the literature. *Current Hypertension Reports*, 16(10), 483.

- D'Oleire Uquillas, F. y Jacobs, H. (2018). Regional tau pathology and loneliness in cognitively normal older adults. *Translational Psychiatry*, 8(1), 282.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and Testing a Model of Loneliness. En *J of Pers and Social Psych* (Vol. 53, págs. 119-128).
- De Jong-Gierveld, J. y Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- De Koning, J. R. (2021). Profiles of Loneliness and Social Isolation in Physically Active and Inactive Older Adults in Rural England. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 8(18), 3971.
- Department of Economic and Social Affairs. (2019). *un.org*. Obtenido de <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Desmarais, P. y Lanctôt, K. (2018). Social inappropriateness in neurodegenerative disorders. *International Psychogeriatrics*, 30(2), 197–207.
- Dickens, A. y Richards, S. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 647. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Dickens, A. y Richards, S. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Dittmann, M. (2003). American Psychological Association. *Monitor on Psychology*, 34(5), 50. Obtenido de Monitor on Psychology: <https://www.apa.org/monitor/may03/fighting.html>
- Donaldson, J. y Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs*, 24(5), 952-9. DOI:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02931.x. PMID: 8933255.
- Donaldson, J. y Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 952-959. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02931.x>
- Donovan, N. y Wu, Q. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573.
- Donovan, N. y Okereke, O. (2016). Association of higher cortical amyloid burden with loneliness in cognitively normal older adults. *JAMA Psychiatry*, 73(12), 1230–1237.
- Drageset, J. y Eide, G. (2011). Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3111-3118. DOI: doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03663.x

- Dykstra, P. A. (2015). Aging and social support. *Blackwell Encyclopedia of Sociology*, 3. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/46699237_Aging_and_social_support, pág. 3.
- Estévez, C. (2000). *Deberes de Familia, Guía para una relación positiva*. Grupo Cáritas España.
- European Commission. (2022). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de *Active and Healthy Living in the Digital World*: <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab6604213_D4.pdf
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/839/download_en%3Ftoken=b_dmNQVu
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/839/download_en%3Ftoken=b_dmNQVu
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab256ca0c_B3.pdf
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab6604213_D4.pdf
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/news/we4aha_blueprint_update_publishable_version_december_2019.pdf
- European Commission. (s.f.). *COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT*. Obtenido de [file:///C:/Users/REM/Downloads/swd_2018_437_f1_staff_working_paper_en_v2_p1_992465_808907BE-98AA-F024-1D69FA80DC8CB017_54837%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/REM/Downloads/swd_2018_437_f1_staff_working_paper_en_v2_p1_992465_808907BE-98AA-F024-1D69FA80DC8CB017_54837%20(1).pdf)
- European Commission. (s.f.). *Research and innovation*. Obtenido de https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf

- European Commission. (s.f.). *Shaping Europe's digital future*. Obtenido de <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/progress-european-innovation-partnership-active-and-healthy-ageing>
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/850/download_en%3Ftoken=JZWDsIVn
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab256ca0c_B3.pdf
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup_en.html
- European Union. (2017). *VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to*. Obtenido de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_vulnerable_frep_en.pdf
- European Commission. (s.f.). [https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab114ada0_A3%20\(2\).pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab114ada0_A3%20(2).pdf). Obtenido de [https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab114ada0_A3%20\(2\).pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab114ada0_A3%20(2).pdf)
- Eurostat. (2011). <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5579620/KS-SF-11-052-EN.PDF/9a190f6f-8949-4d3d-99ad-989479c6b23b>. Obtenido de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5579620/KS-SF-11-052-EN.PDF/9a190f6f-8949-4d3d-99ad-989479c6b23b>
- Eurostat. (2017). <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>. Obtenido de <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>
- Eurostat. (2020). <https://ec.europa.eu/eurostat>. Obtenido de <https://ec.europa.eu/eurostat>
- European Commission. (s.f.). *Active and Healthy Living in the Digital World*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecab256ca0c_B3.pdf
- Evans, I. y J. Llewellyn. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in older people with depression and anxiety. *Ageing & Mental Health*, 23(12), 1691–1700.
- Findlay, R. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5), 647–658.
- Findlay, R. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society*, 23(5), 647–658. DOI: 10.1017/S0144686X03001296

- Fisher, R. y Parmar, J. (2020). Health-care Workforce Training to Effectively Support Family Caregivers of Seniors in Care. *Canadian geriatrics journal*, 23(2), 160-171. DOI: <https://doi.org/10.5770/cgj.23.384>
- Folger, J. (2008). La mediación transformativa: preservación del potencial único de la mediación en situación de disputas. *Revista de Mediación*, 2, 9.
- Frankl, V. (2004). El hombre en busca de sentido. En *El hombre en busca de sentido* (PP. 9-57).
- Fundacion PwC. (2018). <https://www.pwc.es/es/publicaciones/tercer-sector-publicaciones/radiografia-tercer-sector-social-2018.html>. Obtenido de <https://www.pwc.es/es/publicaciones/tercer-sector-publicaciones/radiografia-tercer-sector-social-2018.html>
- Fundacion Pwc. (s.f.). <https://www.pwc.es/es/publicaciones/tercer-sector/fundacion-pwc-tercer-sector-social-2018.pdf>. Obtenido de <https://www.pwc.es/es/publicaciones/tercer-sector/fundacion-pwc-tercer-sector-social-2018.pdf>
- Gajardo Jauregui, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioeth*, 21(2), 199-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>.
- Galanaki, E. (2014). Loneliness: Thoughts on its Relation with Psychopathology and Psychotherapy. *Encephalos*(51), 14-23.
- Galanter, M. (1988). Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: a study of Recovery, Inc. *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1248-53.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Siglo XXI editores.
- García Longoria, M. P. y Sanchez, P. (2004). La Mediación Familiar como respuesta a los conflictos familiares. *Portularia*(4), 261-267.
- García Rondón, L. M. (2022). Solitude in Older People and the Process of Social Inclusion. (Cham, Ed.) *Handbook of Social Inclusion: Research and Practices in Health and Social Sciences*, 891-911.
- García-Longoria, M. (2006). La mediación en el currículo académico de Trabajo social. *Revista Acciones e Investigaciones sociales, Extra 1*, 372.
- García-Longoria, M. y Sánchez, A. (2004). La Mediación Familiar como respuesta a los conflictos familiares. *Portularia*(4), 262.
- Gardiner, C. y Geldenhuys, G. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*, 26, 147-157. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

- Gené-Badia, J. y Ruiz-Sánchez, M. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. DOI 10.1016/j.aprim.2016.03.008 AR
- George, G. y Baker, T. (2019). "Inclusion and innovation: a call to action". . *Edward Elgar Publishing.*, 2–22. DOI: <https://doi.org/10.4337/9781786436016.00008>
- Giralt, P. y Miguel, S. (2004). *Mediació cominitaria i transformació social conceptualització i practiques Europees*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.
- Glass, A. y Maddox, G. (1992). The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science & Medicine*, 34(11), 1249–1261.
- Gonyea, J. y Curley, A. (2018). Loneliness and depression among older adults in urban subsidized housing. *Journal of Aging and Health*, 30(3), 458–474.
- Gramstad, A. y Storli, S. (2013). Do I need it? Do I really need it?" Elderly peoples experiences of unmet assistive technology device needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(4), 287-293. DOI: 10.3109/17483107.2012.699993
- Grenade, L. y Boldy, D. (2008). D. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Aust Health Rev*, 32(3), 468-78. DOI: 10.1071/ah080468. PMID: 18666874
- GRIN. (s.f.). *Growing old in dignity. The German pension system on trial*. Obtenido de <https://www.grin.com/document/181644>
- H, P. (1955). Soledad. En *Teoría Interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados*. Barcelona: Roustin.
- Hakulinen, C. y Pulkki-Råback, L. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479,054 men and women. *Heart*, 104(18), 1536–1542.
- Hanson, B. y Ostergren, P. (1997). Reliability and validity assessments of measures of social networks, social support and control — results from the Malmo Shoulder and Neck Study. *scandinavian journal of social medicine*, 25, 249–257.
- Hanson, B. (1994). Social network, social support and heavy drinking in elderly men—a population study of men born in 1914, Malmo, Sweden. *Addiction*, 89, 725-732.
- Havens, B. H. (2004). Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans. *Canadian journal on Ageing / La Revue Canadienne du vieillissement*, 129-140.
- Health Technology Evaluation Agency. (s.f.). *Policy Analysis of the European Innovation*. Obtenido de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=23/01/2019-7418e32319>

- Hemingway , A. y Jack , E. (2013). Reducing social isolation. *Quality in Ageing & Older Adults*, 14(1), 25-35.
- Hernández, G. (2003). Mayores: aspectos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 133-151.
- Herrera, E. y Muñoz, I. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 147-157.
- Hinojosa, R. y Haun, J. (2011). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88.
- Hinojosa, R. y Haun, J. (2011). Social isolation poststroke: Relationship between race/ethnicity, depression, and functional independence. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(1), 79–86.
- Hinojosa, R. y Haun, J. (2011). Social isolation poststroke: Relationship between race/ethnicity, depression, and functional independence. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(1), 79–86.
- Hirigoyen, M. (2013). *Las nuevas soledades: El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós.
- Hirigoyen, M. (2013). *Las nuevas soledades: El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós.
- Holt-Lunstad , J. y Smith , T. (Mar de 2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227-37. DOI: 10.1177/1745691614568352. PMID: 25910392.
- Holt-Lunstad, J. y Smith , T. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 227-237. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holwerda , T. y Deeg , D. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 85(2), 135-42. DOI: 10.1136/jnnp-2012-302755. Epub 2012 Dec 10. PMID: 23232034.
- Holwerda, T. D. (2012). Feelings of Loneliness, but not Social Isolation, Predict Dementia Onset: Results from the Amsterdams Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neosurgery, and Psychiatry*.
- <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Teresa.pdf>

<https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Eleni.pdf>

<https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Maria.pdf>

<https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Procolo.pdf>

<https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Jacqueline.pdf>

<https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>. (s.f.). <https://futurium.ec.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Randolph.pdf>. Obtenido de <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world/library/eip-aha-blueprint-personas>

Ianni, D. y Membrino, P. (1987). Gli anziani. En S. Marsicano, *Comunicazione e disagio sociale*. Milano: Franco Angeli.

Iecovich, E. y Biderman, A. (2012). Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 439-448.

Instituto Aragonés de Estadística. (s.f.). Obtenido de https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/20201230_Comunicado+cifras+oficiales+de+poblaci%C3%B3n.pdf/b2e2fa3e-88b8-c558-4683-830eade2a291?t=1609325508491

Instituto Nacional de Estadística. (2019). https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf. Obtenido de https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf p. 3.

Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990. Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990

J.C., B. (2005). *La Soledad en los mayores*. Madrid: Humanizar.

Jakobsson, U. y Hallberg, I. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clin Exp Res*, 17, 494–501. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03327417>

- Jones, M. y Hannah , J. (1984). The Independent Living Movement. *Programming Effective Human Services*. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2707-3_15
- Jost , J. y Cohen,, A. (2016). Global sleep satisfaction of older people: the Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 325-329. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x>
- JUNG, C. G. (2006). *El punto de inflexión de la vida*. Madrid: Trotta.
- Junta de Andalucía. (Febrero de 2009). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-5491-consolidado.pdf>. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-5491-consolidado.pdf>
- Kanai, R. B. (2012). Brain Structure Links Loneliness to Social Perception. *Current Biology*, 22(20), 1975-1979.
- Karnick, P. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing science quarterly*, 18(1), 7-12.
- Kelly, E. y Duff, H. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 259.
- Kemperman, , A. y P. , C. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 406.
- Kemperman, A. y Van den Berg, P. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 406.
- Kiecolt-Glaser , J. y Garner , W. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med*, 46(1), 7-14. DOI: 10.1097/00006842-198401000-00003. PMID: 6701256
- Kiecolt-Glaser , J. y Garner , W. (1987). Models of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209–237.
- Kiecolt-Glaser , J. y Garner , W. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e100031.
- Kime , N. y Cattan , M. (2012). The delivery and management of telephone befriending services whose needs are being met? *Quality in Ageing & Older Adults*, 13(3), 231-240.
- Koning, j. R. (2021). Profiles of loneliness and social isolation in physically active and inactive older adults in rural England. En *Internal Journal of Enviromental research and Public Health* (Vol. 8, pág. 3971).

- Kuiper, S. y Zuidersma, M. (2015). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*(22), 39–57.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lanctôt, K. y Agüera-Ortiz, L. (2017). Apathy associated with neurocognitive disorders: Recent progress and future directions. *Alzheimers & Dementia*, 13(1), 84–100.
- Landscape, S. (s.f). <https://etsponsorship.com/assets/documents/3.%20Social%20Landscape.pdf>.
Obtenido de <https://www.midss.org/content/social-network-index-sni>
- Leakey, B. (2017). *Antropología de las relaciones Humanas*. Buenos Aires: Ediciones Mc.Graw Hill.
- Lee, J. (2020). Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 2020(24).
- LeRoy, S. y Murdock, k. (2017). Loneliness predicts self-reported cold symptoms after a viral challenge. *Health Psychology*, 5, 512–520.
- Lim, M. y Rodebaugh, T. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620–630.
- Liu, S. y Lin, C. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 12(3), 132-142.
- Lochner, K. y Goodman, R. (2011). Multiple chronic conditions among Medicare beneficiaries: state-level variations in prevalence, utilization, and cost. *Medicare & medicaid research review*, 3(3), mmrr.003.03.b02. DOI: <https://doi.org/10.5600/mmrr.003.03.b02>
- López Doblas, J. y Díaz Conde, M. P. (2018). “El sentimiento de soledad en la vejez”. *Revista Internacional de Sociología*, 76(e085). DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Lorente, R. y Sigés, E. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. En *Cuidados, Aspectos Psicológicos y Actividad Física en relación con la Salud del Mayor*. (págs. 229-235). Almería: ASUNIVEP.
- Lorente, R. y Sitges, E. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. En *Cuidados, Aspectos Psicológicos y Actividad Física en relación con la Salud del Mayor*. (págs. 229-235). Almería: ASUNIVEP.
- Lorente, R. y Sitges, E. (2016). «Acompaña-TÉ»: Programa de formación específica de voluntariado para realizar acompañamiento domiciliario a personas ancianas que

- viven solas. En *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud* (Vol. 2, págs. 681-688). Almería: ASUNIVEP.
- Luo , Y. y Hawkley , L. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*, 74(6), 907-14. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028. Epub 2012 Jan 25. PMID: 22326307; PMCID: PMC3303190.
- Maderna, A. y Ianni., D. (1987). *Comunicazione e disagio sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Marbán Gallego, V. (2008). El papel del tercer sector en la atención a la dependencia. En M. Pérez Álvarez, *El tratamiento jurídico civil de la dependencia* (pág. 90). La Coruña: Universidad da Coruña, Servizo de Publicacións.
- Marighetto, A. y Sgubini., A. (2004). *Arbitration, Mediation and Conciliation: differences and similarities from an International and Italian business perspective*. Mara: Mediate.
- Martínez, T. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasc.
- Martín-Muñoz, A. (2012). Mediación en conflictos versus mediación en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 65, 91.
- Martín-Muñoz, A. (2012). Mediación en conflictos versus mediación en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 65, 91-92.
- Masi, C. y Chen, H. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology*, 15(3), 219–266. DOI: <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Masi, C. y Chen, Y. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-66. DOI: 10.1177/1088868310377394
- Mayo Clinic. (s.f.). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
- McHugh Power, J. y Hannigan, C. (2020). Depressive symptoms predict increased social and emotional loneliness in older adults. *Ageing & Mental Health*, 24(1), 110–118.
- McInnis , G. y White , J. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives Psychiatres Nurses.*, 15, 128-39.

- Mediation, Elder and Guardianship; The Canadian Center for Elder Law. (2012). *Brithis Columbia Law Institute*. Obtenido de <https://www.bcli.org/>: https://www.bcli.org/sites/default/files/EGM_Report_Jan_30_2012_0.pdf
- Michael, G. (2005). Innovation, social inclusion and coherent regional development: a new diamond for a socially inclusive innovation policy in regions. *European Planning Studies*, 13(2), 333-349. DOI: 10.1080/0965431042000321866
- MINDMAP. (2020). *Promoting mental well-being and healthy ageing in cities*. Obtenido de <http://www.mindmap-cities.eu>
- Miranda, A. (2014). The Origins of Mediation and the A.D.R. tools. *ARACNE editrice S.r.l*, 11.
- Miranda, A. (s.f.). *Scribd*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/448958517/Miranda-y-la-estructura-de-la-sociedad-61886028-pdf>
- Montero, M. y López, L. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental.*, 24(1), 19-27.
- Moody, E. y Phinney, A. (2012). A Community-Engaged Art Program for Older People: Fostering Social Inclusion. *Canadian Journal on Aging*, 31(1), 55-64.
- Morón, A. (2016). <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema15.PDF>.
- Morris, M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australas J Ageing*, 33(3), 142-52. DOI: 10.1111/ajag.12154. Epub 2014 Apr 15. PMID: 24730370.
- Moustakas, C. (1972). *Loneliness and love* (Vol. Vol. 267). Pearson Prentice Hall.
- Moya, M. y Expósito, F. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Munuera Gómez, P. (2013). Trabajo social en la historia de la resolución de conflictos y la mediación. *Servicios Sociales y Política Social*(101).
- Munuera, P. (2007). El modelo circular narrativo de Sara Cobb y sus técnicas. *Portularia*, VII(1-2), 86.
- Munuera, P. (2013). Trabajo social en la historia de la resolución de conflictos y la mediación. *Servicios Sociales y Política Social*, 101, 25-36.
- Munuera, P. y Rondón, L. (2009). Mediación familiar: un espacio de intervención para trabajadores sociales. *Trabajo Social*, 11, 29.
- Nagel, G. y Peter, R. (2008). The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Public Health*, 8, 384. DOI: 10.1186/1471-2458-8-384

- Nancy, E. y Menec, V. (2019). Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 925-939.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. *The National Academies Press*, 20001(800), 63-90. DOI: <https://doi.org/10.17226/25663>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. *The National Academies Press*, 800, 69. DOI: <https://doi.org/10.17226/25663>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. *The National Academies Press*, 13(978-0-309-67100-2), 69. DOI: <https://doi.org/10.17226/25663>
- Nelson-Becker, H. y Victor, C. (2020). Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. *Journal of aging studies*, 55, 100878. DOI: 10.1016/j.jaging.2020.100878
- Nelson-Becker, H. y Victor, C. (2020). Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. *Journal of aging studies*, 55, 100878. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100878>
- Neves, H. (2001). El perfil de la mediación social. *Revista de servicios Sociales y Política Social*(53).
- Newall , N. y Menec, V. (2019). Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 925-939.
- Newall, N. (2015). *Predictors and consequences of loneliness in older adults and the power of positive emotions* . Canada: University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba.
- Newall, N. E. (2015). <https://mspace.lib.umanitoba.ca/handle/1993/4306?show=full>. Obtenido de <http://dissertation.com/abstracts/1871789>
- Nolen-Hoeksema, , S. y Rusting, , C. (2000). Gender differences in well-being. En D. Kahneman, y E. Diener,, *Handbook of well-being*. New York: DEF Publishers.
- Officer, A. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 299-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Ollonqvist , K. y Palkeinen, H. (2008). Alleviating loneliness among frail older people – findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(2), 26-34.
- Ong, . A. y B., U. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A mini-Review and Synthesis. *Gerontology*(62), 443-449.

- Ong, A. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62, 443-449. DOI: 10.1159/000441651
- Pagan, R. (2020). Gender and Age Differences in Loneliness. En *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, pág. 9176).
- Paolini, M. (2006). *La Tercera edad y la familia*. Caracas: Editorial del Instituto Nacional de Geriatria.
- Parnership, E. I. (s.f.). <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>. Obtenido de <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>: <https://blueprint-personas.eu/persona-library/eleni/>
- Peerenboom, L. y Collard, R. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26–31.
- Pei, C. (1999). The Origins of Mediation in Traditional China. *Dispute Resolution Journal*, 54(2), 33.
- Penninkilampi, R. y Casey, A. (2018). The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(4), 1619–1633.
- Peplau, L. A. (1982). Loneliness and self-evaluation. En L. A. Peplau, *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (págs. 135-151). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Perese, E. y Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues Ment Health Nurs*, 26(6), 591-609.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian Studies of Loneliness among Seniors. *PubMed*, 23(2), 181-8. DOI::10.1353/cja.2004.0025
- Perlman, D. y Peplau, L. (1998). Loneliness. En H. S. Friedman, *Encyclopedia of Mental Health* (Vol. 2, págs. 571-581). San Diego: Academic Press.
- pew research center . (s.f.). <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/05/a-record-64-million-americans-live-in-multigenerational-households/>. Obtenido de <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/05/a-record-64-million-americans-live-in-multigenerational-households/>
- Phongsavan, P. G. (2013). Age, Gender, Social Contacts, and Psychological Distress: Finding from the 45 and Up Study. *Journal of Aging and Health*, 6(25), 921-943. DOI: 10.1177/0898264313497510
- Pikhartova, J. y Bowling, A. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, 20(5), 543-549. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>

- Pinquart, M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 31-53.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. DOI: <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Portacolone, E. y Perissinotto, J. (2018). I feel trapped”: The tension between personal and structural factors of social isolation and the desire for social integration among older residents of a high-crime neighborhood. *Gerontologist*, 58(1), 79–88.
- Pruitt, D. y Rubin, J. (1986). *Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement*. New York: Radom House.
- Quiroga Méndez, M. P. (2013). La vejez como proyecto del alma, héroe, carácter, destino y arquetipo. *Cuadernos Salmantinos de Filosofía*(40).
- Quiroga Méndez, M. P. (2013). La vejez como proyecto del alma, héroe, carácter, destino y arquetipo. *Cuadernos Salmantinos de Filosofía*, 398.
- Red Cross Eu Office. (s.f.). Obtenido de <https://redcross.eu/about>
- Red Cross Eu Office. (s.f.). Obtenido de <https://redcross.eu/about/learn-about-our-work#page-body>
- Red Cross Office. (s.f.). Obtenido de <https://redcross.eu/themes/social-services>
- Richard, A. y Rohrman, S. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLOS ONE*, 12(7), e0181442.
- Rico-Urbe, L. y Caballero, F. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(1), e0190033. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Rodríguez, S. y Victor, C. (2016). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(6), 357-375. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>
- Rodríguez, C. (2005). Innovaciones de la mediación: la mediación multiparte. Aplicaciones de la mediación con grupos. *Trabajo Social Hoy*, 135-147.
- Rodríguez, P. (2007). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Rodríguez, S. (1989). *La vejez: Historia y actualidad*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Obtenido de <https://eusal.es/eusal/catalog/book/978-84-7481-536-8>
- Roig, J. (2004). La soledad en la sociedad contemporánea. *Revista Crítica*, 914, 20-25.
- Rokach, A. (2018). The Effect of Gender and Culture on Loneliness: A Mini Review. *Emerging Science Journal*, 2(10), 28991.

- Rokach, A. y Orzeck, T. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist*, 7(1), 70-79. DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040.7.1.70>
- Rondón, L. (2011). Modelos de mediación en el medio multiétnico. *Trabajo Social*, 13, 153-169.
- Rondón, L. (2011). Modelos de mediación en el medio multiétnico. *Trabajo Social*, 13, 158.
- Rondon, L. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. *Cambios sociales y perspectivas para el siglo XXI*. Sevilla: UNIA.
- Ross, M. (1995). *La cultura del conflicto. Las diferencias*. Barcelona: Paidós.
- Routasalo, P. y Tilvis, R. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297-305.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2002). Satisfacción con las relaciones de pareja y soledad. *Temas de Gerontología Social*, IV, 445-456.
- Ruiz Trascatro, R. (2006). *El apoyo social en pacientes con lupus eritematoso sistémico*. Málaga: libro pro manuscrito.
- Ruiz Trascatro, R. (2006). *El apoyo social en pacientes con lupus eritematoso sistémico*. Málaga: libro pro manuscrito.
- Saito, T. y Kai, I. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of Gerontology*, 55(3), 539-547.
- Salive, M. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*, 35, 75-83. DOI: 10.1093/epirev/mxs009.
- Salive, M. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*, 35, 75-83. DOI: 10.1093/epirev/mxs009
- Sarason, I. y Levine, C. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Sarason, I. y Levine, H. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personal and Social Psychology*, 44, 217-139.
- Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores. Factores de riesgo*. Granada: Universidad de Granada.
- Sermat, V. (1978). Source of Loneliness. En *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death* (págs. 271-276).

- Serrano, M. y Uríos, A. (2004). La mediación familiar como forma de respuesta a los conflictos familiares. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 1578-0236.
- Servicio Aragonés de Salud. (s.f.). Obtenido de <http://sectorbarbastro.salud.aragon.es/index.php/es/elsector>
- Shaping Europe's digital future. (s.f.). <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/news/blueprint-innovate-health-and-care-europe>. Obtenido de <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/news/blueprint-innovate-health-and-care-europe>
- Simon, B. (1997). *The empowerment Tradition in American Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Sneed, J. y Whitbourne, S. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(6), 313-9. DOI: 10.1093/geronb/58.6.p313. PMID: 14614115
- Steinbeisser, K. y Schwarzkopf, L. (2020). Cost-effectiveness of a non-pharmacological treatment vs. “care as usual” in day care centers for community-dwelling older people with cognitive impairment: results from the German randomized controlled DeTaMAKS-trial. *Eur J Health Econ*, 21, 825–844. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01175-y>
- Stephens, S. y Kenny, R. (s.f.). Association Between Mild Vascular Cognitive Impairment and Impaired Activities of Daily Living in Older Stroke Survivors Without Dementia. 2005, 53, 103-107. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53019.x>
- Stephens, A. y Shankar, A. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801.
- Suares, M. (1996). *Mediación. Conducción de disputa, comunicación y técnicas*. Madrid: Paidós.
- Sullivan, M. P. (2015). Loneliness and Isolation. (J. y. Twigg, Ed.) *Handbook of Cultural Gerontology*, 250-260.
- Surr, C. y Gates, C. (2017). Effective Dementia Education and Training for the Health and Social Care Workforce: A Systematic Review of the Literature. *Review of educational research*, 87(5), 966-1002. DOI: <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>
- Swift, H. J. (2019). Ageism around the world. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_586-1
- Taylor, H. y Wang, Y. (2018). Loneliness in senior housing communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 623–639.

- Teo, A. y Choi, H. (2015). Does mode of contact with different types of social relationships predict depression in older adults? Evidence from a nationally representative survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2014–2022.
- Thurston, R. y Kubzansky, L. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 71(8), 836.
- Tillich, P. (1952). Anxiety, religion, and medicine. *Pastoral Psychology*, 3, 11-7.
- Tillich, P. (1963). Existentialism and psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1, 8-16.
- Trybusinska , D. y Saracen, A. (2019). Loneliness in the context of quality of life of nursing home residents. *Open Medicine*, 14, 354–361.
- Tse , M. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 949–958.
- Tucker-Seeley , R. y Li , Y. (2011). Lifecourse socioeconomic circumstances and multimorbidity among older adults. *BMC Public Health*, 11, 313. DOI: 10.1186/1471-2458-11-313
- Tung, E. y Hawkey, L. (2019). Social isolation, loneliness, and violence exposure in urban adults. *Health Affairs*, 38(10), 1670–1678.
- Tzouvara, V. y Papadopoulos, C. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, 20(7), 2015. DOI:10.12968/bjcn.2015.20.7.329
- Valtorta, , K. y M. Kanaan., S. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016.
- Valtorta, K. (2018). Older adults' social relationships and health care utilization: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 108(4:e1–e10).
- Valtorta, K. y Kanaan, M. (2016). What are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*, 6(4), e010799.
- Valtorta, K. y Kanaan, M. (2018). Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(13), 1387–1396.
- Vauclair, C. (2017). Are Asian cultures really less ageist than Western ones? It depends on the questions asked. *International Journal of Psychology*(2917), 52.
- VICTOR, , C. y Sullivan, , M. (2015). Loneliness and. En J. TWIGG y W. Martin, *Handbook of Cultural Gerontology* (págs. 252-260).

- Victor, C. y Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal*, 146(1-2), 85-104.
- Viel Siritto, S. y Maté Méndez, J. (2018). Desarrollo de la escala "EDSOL para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 15(1), 89-101. DOI: <https://doi.org/10.5209/PSIC.59178>
- Villagrasa, C. (2004). *La mediació. L'alternativa multidisciplinària al a resolució dels conflictes*. Barcelona: Pòrtic.
- Warburton, J. y Cowan, S. (2014). Building Social Inclusion for Rural Older People Using Information and Communication Technologies: Perspectives of Rural Practitioners. *Australian Social Work*, 67(4), 479-494. DOI: 10.1080/0312407X.2013.834064
- Weber, M. (2009). *La ciencia como profesión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Weiss, R. (1973). *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Wenger, G. C. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *aging and Society*(i6), 333—3.
- Winningham, R. y Pike, N. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, 11(6), 716-721.
- Woo, J. (2020). The Myth of Filial Piety as a Pillar for Care of Older Adults among Chinese Populations. *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2).
- Woo, J. (2020). The Myth of Filial Piety as a Pillar for Care of Older Adults among Chinese Populations. *dvances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2), 2.
- World Health Organization. (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>. Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- World Health Organization. (s.f.). <https://www.who.int/ageing/publications/health-workforce-ageing-populations.pdf?ua=1>. Obtenido de <https://www.who.int/ageing/publications/health-workforce-ageing-populations.pdf?ua=1>
- Young, J. E. (1982). Loneliness, Depressión and Congenitive Therapy: Theory and Applications. En I. A. Perlmann (Ed.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (págs. 379-405). New York: Wiley.