

LA SOLEDAD NO DESEADA. UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA SOBRE EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS RESIDENTES EN CABA, 2020

ESPACIO ABIERTO

MARÍA VICTORIA CAMPO - mvcampo@buenosaires.gob.ar
Universidad de Buenos Aires - Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. CABA.

BARBARA SOLANGE HERRMANN - barbara.herrmann86@gmail.com
Universidad Autónoma de Madrid - Universidad de Buenos Aires - Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. CABA.

EDGARDO DI VIRGILIO - edgerontologia@gmail.com
Universidad Maimónides - Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. CABA.

MARÍA ROSARIO ANGELILLO - mangelillo@buenosaires.gob.ar
Universidad Católica Argentina - Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. CABA.

205

FECHA DE RECEPCIÓN: 4-1-2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: 9-2-2021

Resumen

El sentimiento de soledad en las personas mayores constituye hoy día un tema de alta relevancia a nivel mundial pues se está tomando conciencia sobre los peligros que conlleva sobre el bienestar subjetivo y la salud. Teniendo en cuenta que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se yergue como la metrópolis más envejecida de la Argentina es que este estudio busca explorar cuáles son las variables que inciden en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores que residen en este territorio, como así también observar la manera en que se relacionan con ella la percepción de apoyo social y la realización de actividades socio-recreativas y comunitarias.

La investigación llevada a cabo fue de tipo exploratoria y transversal tomando una muestra intencional de 178 personas mayores que fueron indagadas telefónicamente en un contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio a raíz de la pandemia registrada por el virus SARS-CoV2.

Los resultados demuestran que las variables más relevantes frente al sentimiento de soledad son: ser mujer, pertenecer al segmento etario de 65 a 69 años, habitar en hogares nucleares incompletos y poseer bajos recursos económicos.

Palabras clave: Soledad no deseada – Personas Mayores – Apoyo Social – pandemia CoVid-19.

NOT DESIRABLE LONELINESS. A QUANTITATIVE APPROACH ABOUT CABA'S AGING PEOPLE LONELINESS FEELINGS IN 2020

Abstract

Aging people loneliness feelings are nowadays a worldwide relevant subject due to people are becoming aware of the dangers that it could cause on subjective well-being and health. Taking notice that Buenos Aires Capital City (CABA) is Argentina's most aged city, this study tends to explore which are the variables that are relevant on not desirable loneliness feelings of CABA's aging people and will also observe the way that the perception of social support and socio-recreational and community activities are related to it.

The research was designed as an exploratory and cross-wise study with an intentional sampling where 178 aging people were interviewed by telephone during the not optional preventive social lockdown imposed by Argentinian government as a result of SARS-CoV2 pandemic.

Results showed that the most relevant variables were: be female, belong to the 65 - 69 age range, live in an uncompleted nuclear family and have limited resources.

Key Words: not desirable loneliness – aging people – social support - CoVid-19 pandemic.

1. Introducción

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) atraviesa un progresivo envejecimiento en las últimas décadas debido a la baja natalidad, a la disminución de la mortalidad y al aumento de la esperanza de vida, lo que representa que el número de personas mayores sea cada vez más significativo, contando con una población estimada para el año 2020 de 505.435 personas con 65 años y más, conformando de este modo el 16,43% de la población total residente en el área (INDEC, 2020b).

El aislamiento y la soledad constituyen una problemática importante y frecuente en la sociedad en su conjunto y, particularmente en las personas mayores, pues la

vejez se reconoce como una etapa en la que las personas están más expuestas a encontrarse o sentirse en situación de soledad de manera involuntaria acarreado con ello graves consecuencias en el bienestar subjetivo y en la salud, pilares esenciales de la calidad de vida.

Según el Gran Diccionario de la Lengua Española (2016) la soledad es tanto un sentimiento de tristeza y melancolía por la ausencia de una persona, animal o cosa como la circunstancia de estar solo, es decir, sin compañía. Podemos pensar a la soledad desde dos dimensiones que aunque se encuentran vinculadas, no son lo mismo. A saber: una objetiva, más relacionada con el “estar solo” y una subjetiva que hace alusión a “sentirse solo”.

Definimos entonces al aislamiento social o soledad objetiva como la falta real de interacciones con otras personas. Este refiere a una limitación, escasez, disminución o falta concreta de contacto social con familiares, amigos o la comunidad en general ya sea porque la persona tiene pocos lazos sociales o porque tiene un contacto poco frecuente con los mismos y por ello no depende de una valoración subjetiva de la persona. Esta no siempre implica una vivencia negativa, sino que en muchas oportunidades es buscada por el sujeto que la transita (Gené-Badia et al., 2018; Luanaigh y Lawlor, 2008; Rubio Herrera, 2007).

Por otra parte la soledad subjetiva o no deseada es la sensación de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo, relacional y/o comunitario (Gené-Badia et al., 2016). Se puede decir entonces, tal como lo afirmara Robert Weiss (1973), que la soledad es un fenómeno natural, un sentimiento que puede emerger en ciertas instancias de nuestra existencia y ser pasible de afectar a cualquier sujeto, independientemente de la edad, el sexo u otra condición sociodemográfica. Es por ello que ésta es comúnmente vivida como un padecimiento pues el sentirse solo hace referencia directamente al sentimiento que genera la pena, tristeza, nostalgia, aunque la persona esté acompañada materialmente por otras personas (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Rubio Herrera y Aleixandre Rico, 2001).

Llegados a este punto podemos remarcar que lo opuesto al aislamiento social sería la participación social y lo contrario a la soledad sería el sentimiento de pertenencia o de estar integrado socialmente (Van Tilburg, Havens, y Jong Gierveld, 2004). Tal es así que nos sentimos solos cuando consideramos que en nuestras relaciones faltan las redes sociales, tal vez porque nos gustaría tener más vínculos o porque quisiéramos que fueran de mayor calidad (HM Government, 2018).

Si bien varios estudios han demostrado que la soledad se evidencia con mayor fuerza hacia final de la adolescencia y en la vejez en comparación con otros momentos del curso vital, al ser este un fenómeno complejo son varias las variables que intervienen y que se ven afectadas incluyendo factores psicológicos, físicos, sociales, entre otros (Luhmann y Hawkey, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

En cuanto a factores psíquicos, la soledad suele ir acompañada de un conjunto de emociones y/o síntomas: tristeza, melancolía, frustración, vergüenza o desesperación (Aartsen y Jylhä, 2011; De Jong Gierveld et al., 2015; Pinazo Hernandis y Donio Bellegarde Nunes, 2018; Yanguas et al., 2018). Asimismo, se ha asociado con tasas más altas de depresión clínicamente significativa, ansiedad e ideación suicida (Beutel et al., 2017; Gené-Badia et al., 2018).

La bibliografía indica que las personas mayores tienen un elevado riesgo de padecer este sentimiento debido a que están más expuestas a situaciones como la disminución de relaciones afectivas significativas, los cambios de roles asociados a la jubilación, la disminución de ingresos económicos, el deterioro de la salud (dificultad en la marcha, disminución o pérdida de capacidades sensoriales, deterioro cognitivo, padecimientos mentales), a un cambio significativo en la conformación de sus hogares, entre otras. Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que las relaciones sociales y una red social satisfactoria benefician tanto la salud física como la mental e influyen en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, propiciando comportamientos y hábitos saludables pues

existe amplia evidencia de que una red personal estable, sensible, activa y confiable es pasible de proteger a las personas de las enfermedades, acelerando los procesos de curación y aumentando la sobrevida (Gené-Badia 2018; Luhmann y Hawkley, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Pochintesta, 2019; Sluzki, 1995; Victor et al., 2009).

De acuerdo a lo expresado en los párrafos anteriores, el apoyo social posee un rol de vital importancia en el mantenimiento de la salud de las personas mayores actuando como catalizador de los efectos nocivos de las enfermedades o bien, brindando herramientas para afrontar las pérdidas o disminución de funciones físicas.

Es preciso destacar que, si bien múltiples autores refirieron la implicancia de las relaciones sociales para interpretar la conducta humana, el apoyo social se solidifica como modelo teórico en los años 70's y con ello resurge el valor de las redes de apoyo, consolidándose el movimiento de salud mental comunitaria (Gracia Fuster, 1997). En este sentido, diversos estudios postulan que las personas mayores consideran a la familia - cónyuges particularmente e hijos adultos en menor medida- como la fuente central de apoyo, teniendo el hecho de vivir en pareja un efecto protector tanto en la salud física como en el bienestar psicológico (Luhmann y Hawkley, 2016; Schwarzbach et al., 2014; Waite y Gallagher, 2000; Zebhauser et al., 2014).

Investigaciones realizadas en nuestro país como las de Claudia Arias, Mirta Scolni (2005) y Adriana Fassio (2009) señalan —aún desde distintas perspectivas teóricas— la importancia que representa en la calidad de vida de las personas mayores la participación activa y satisfactoria en la esfera familiar y comunitaria.

En cuanto al género, la evidencia empírica a nivel mundial halla mayores índices de soledad en mujeres que en hombres (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Yanguas Lezaum et al., 2018).

En la misma línea, diversos autores mencionan distintas características sociodemográficas asociadas a los grupos que se encuentran en mayor riesgo de sentirse solos: las mujeres, las personas mayores de 80 años y más, las personas sin parejas, las personas que viven solas, aquellos con bajo nivel de estudio, con escasos ingresos económicos y los que pertenecen a minorías étnicas (Hawkley y Cacioppo, 2010; Luhmann y Hawkley, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Shovestul, 2020; Wu Z, 2015; Zebhauser et al., 2014).

Ahora bien, adentrándonos en los estudios propios de nuestro país, encontramos que en el año 2015 el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) realizó una investigación que a nivel nacional evidenció en la población mayor un aumento de soledad en simultáneo con el incremento de su edad cronológica percibiendo también que las mujeres expresan mayor sentimiento de soledad que los hombres; que aquellas personas de menor nivel educativo también denotan una soledad elevada y que las personas de estrato socioeconómico más elevado perciben en menor medida el sentimiento de soledad que los que se encuentran con mayores desventajas en ese aspecto (Amadasi, 2015).

Notamos también en nuestro recorrido que al momento, si bien abundan investigaciones que refieran a esta temática de manera indirecta -como producto de alguna condición particular que las personas mayores se encuentran atravesando en un momento determinado de sus vidas, como ser viudez, jubilación, merma en la participación dentro de la comunidad, entre otras (Iacub, 2012; Lynch y Oddone, 2017; Pochintesta, 2019; Oddone, 2016)-, no se han realizado investigaciones específicas sobre la soledad no deseada en la población mayor de CABA.

Por lo antes expuesto, el presente estudio se centrará en reconocer las variables que inciden en el sentimiento de soledad de este universo en particular a los fines de generar insumos que propicien al análisis de los factores sobre los cuales

accionar para promover intervenciones públicas que puedan dar soporte a todas aquellas personas mayores que transitan la soledad no deseada.

A raíz de ello nos preguntamos ¿cómo intervienen las variables mayormente resaltadas por la bibliografía en el sentimiento de soledad de la población mayor de CABA? ¿Es posible desarrollar algún tipo de política gerontológica capaz de fomentar y promocionar el crecimiento de las relaciones sociales (red social, apoyo social, integración comunitaria o la participación social) en pos de mejorar la calidad de vida disminuyendo el sentimiento de soledad no deseada de esta población específica?

Desde este lugar, nuestros objetivos se centrarán en reconocer cómo se relacionan el sexo, la edad, el nivel educativo, la condición de actividad e inactividad, los ingresos y el tipo de hogar con el sentimiento de soledad no deseada como así también observar la manera en que se vinculan con ella la percepción de apoyo social, las limitantes en la salud, la tristeza, la posesión o no de mascotas y la realización de actividades socio-recreativas y comunitarias.

211

2. Contexto de Investigación y relevancia del tema

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus 2019 (CoVid-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 expresó la situación imperante como una pandemia definiéndose como la «propagación mundial» de una nueva enfermedad. A partir de ello, el organismo invocado ejerció el poder de rectoría y comenzó a delinear distintas estrategias y medidas de intervención.

El 20 de marzo con el afán de evitar la expansión del virus SARS-CoV2 en nuestro país, el Estado Nacional dispuso el “Aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO) durante el cual todas las personas deberían permanecer en sus residencias habituales o en el lugar en que se encontraban y abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo, estableciendo también la prohibición del desplazamiento por rutas, vías y espacios públicos.

Frente a esta situación, las personas mayores han sido incluidas dentro de lo que se considera grupos de riesgo. En primer lugar, debido al envejecimiento de su sistema inmunológico que las convierte en el grupo etario más susceptible al contagio y, en segundo lugar, por la posibilidad de padecer comorbilidades, discapacidades o enfermedades crónicas que aumentan los riesgos de morbi-mortalidad.

En pos de ello, se tomaron desde el Estado Nacional apoyado por los ejecutivos locales, medidas preventivas de confinamiento y mayor restricción para este grupo generacional. Importante es mencionar que ello podría posibilitar la aparición o maximización de consecuencias negativas para un envejecimiento saludable como ser la falta de ejercicio físico, los problemas para conciliar el sueño, el insomnio, el aumento del deterioro cognitivo por abandono de trabajos de estimulación de la memoria, la nula participación comunitaria, el debilitamiento en los vínculos y las redes de apoyo, la soledad y la aparición de posibles malestares psicológicos, entre otros.

212

Ahora bien, sabemos que la soledad y el aislamiento social son temáticas que están siendo visibilizadas y estudiadas en todo el mundo, pues se está tomando mayor conciencia sobre los peligros que conllevan. Sin embargo, diversos estudios evidencian no solo el problema psicológico que entraña el sentimiento de soledad, sino también cómo este incide a nivel físico y social.

Desde este punto de vista, el estudio de la Brigham Young University de Tomithy, ha demostrado que la soledad y el aislamiento social incrementan el riesgo de muerte tanto como la obesidad. También aumenta hasta un 25% la probabilidad de morir prematuramente por hipertensión arterial, infarto, falta de vacunaciones, adicciones, violencia, depresión y demencia, diabetes tipo 2, etc. (Holt-Lunstad et al., 2015).

A su vez, aumentan los problemas de sueño (Cacioppo et al., 2002), empeoran el funcionamiento cognitivo y acrecientan el riesgo de padecer Alzheimer (Wilson et al., 2007), además de impactar negativamente en el rendimiento en distintas

funciones cognitivas, entre ellas: memoria inmediata, memoria visual, memoria episódica, memoria semántica, velocidad de procesamiento y función ejecutiva (Zhong et al., 2017).

Asimismo, el aislamiento y la soledad se relacionan con un aumento del riesgo de un 59% de deterioro funcional y un 45% más de riesgo de muerte (Perissinotto et al., 2012).

Sumado a ello, hay evidencia que la soledad entre las personas con insuficiencia cardíaca se ha asociado con un mayor riesgo de muerte, un 68% de mayor riesgo de hospitalización y un 57% de mayor riesgo de visitas a la guardia médica (Manemann et al., 2018).

En cuanto a la esfera social, en las últimas décadas varias investigaciones han demostrado la importancia de las relaciones sociales en la salud (Umberson y Montez, 2010) y en la mortalidad: las personas con buenas relaciones sociales (incluyendo tanto desde el punto de vista funcional como estructural) tienen un riesgo de mortalidad un 50% menor en comparación con los que refieren poseerlas en menor grado (Holt-Lunstad et al., 2010).

Los profesores de psicología Timothy Smith y Lisa Jaremka (2015) realizaron un estudio sobre más de 3 millones de personas y concluyeron que no se piensa normalmente en los factores sociales cuando se piensa en la salud. Se piensa en cuestiones como el ejercicio, la presión arterial y en tomar medicamentos para el colesterol. Pero resulta que el aislamiento social y la soledad subjetiva son en realidad más predictivos de la muerte que cualquiera de esos tres factores mencionados (Holt-Lunstad et al., 2015).

Asimismo, diversos estudios señalan que las personas mayores en situación de aislamiento utilizan más recursos socio-sanitarios, tienen un mayor riesgo de caídas, más reingresos hospitalarios, más institucionalización y necesitan más atención domiciliaria (Gené-Badia et al., 2018). La situación de estar socialmente

conectado se asocia con tener un 50% de mayor probabilidad de supervivencia (Holt-Lunstad et al., 2010).

3. Metodología y técnicas de relevamiento

Si bien el contexto de emergencia sanitaria como consecuencia de la pandemia CoVid-19 afectó la programación de la presente investigación, la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores (SECISPM) del Gobierno de CABA consideró que el hecho de tener un primer acercamiento al tema es relevante aun tomando en consideración las limitaciones que este escenario acarrea, pues podría ser un buen inicio para avanzar en el conocimiento de las variables que inciden en el sentimiento de soledad de esta población.

Así, considerando que realizar encuestas o entrevistas cara a cara en hogares o en la vía pública se vieron imposibilitadas para la población general y, para este sector en particular por alto riesgo que el virus Sars-Cov2 presentaba a las personas mayores y, que la utilización de métodos y técnicas digitales nos dejaría por fuera a un segmento considerable de esta población que no cuenta con los recursos o los conocimientos para su uso, se optó por la realización de encuestas telefónicas debido a la potencialidad de cobertura dentro del segmento ya que como bien lo demuestran los datos relevados a nivel nacional por el INDEC, el 67,7% de las personas de 65 años y más utilizan celulares y solo el 47,7% internet siendo el celular la tecnología de mayor uso (INDEC, 2020a, p.6).

Desde la Secretaría sabemos que existen limitantes de un estudio de estas características y reconocemos que utilizar triangulación metodológica daría mayor riqueza al análisis propuesto, no obstante ello, se encontró la forma más viable de poder recabar los datos en el contexto actual que den respuesta a la presente investigación para realizar un diagnóstico certero a los fines de sustentar acciones de calidad para las personas mayores residentes en CABA.

Se conformó un equipo interdisciplinario de trabajo en donde se abordó la temática desde la psicología, la gerontología, las ciencias políticas y la sociología a los fines de paliar los sesgos potenciales derivados del análisis de los datos desde

una única perspectiva. Se desarrolló un cuestionario estandarizado con el objetivo de obtener resultados que puedan ser comparables y replicados en otros años.

En virtud de ello, la investigación se centró en realizar un primer abordaje, transversal con una muestra intencional. Para el análisis de los datos recabados se utilizó el programa estadístico IBM-SPSS Statistics 25.

Los encuestados fueron contactados por su consentimiento explícito a participar de este estudio partiendo de una base de datos conformada por una investigación previa realizada desde la Universidad de Luján¹, muestra que había sido previamente establecida por la técnica bola de nieve con panel fijo. De este modo, de las 260 personas previstas, el 70% aceptaron finalmente ser parte del estudio. Así, se indagaron telefónicamente 178 personas mayores de entre 65 y 91 años de edad durante las semanas del 6 al 20 de octubre de 2020 que dieron información integral al cuestionario.

La muestra resultante se conformó en su mayoría por personas mayores de sexo femenino (71,3%) con un nivel educativo alto (59%), residente en la zona central de CABA (49,4%)², receptores de haberes jubilatorios y/o pensiones (89,3%) y el 57,9% poseía ingresos totales que superaban la canasta básica alimentaria para una familia tipo estipulada en junio 2020 (INDEC, 2020c). El promedio de edad de los encuestados fue de 72 años, poseyendo la mayoría de ellos 69 años al momento de la entrevista.

¹ La mencionada investigación se centró en indagar acerca del distanciamiento social, los temores y los recursos que poseían las personas mayores residentes en CABA en el transcurso de la pandemia Covid-19. Con beca FONCYT Nro 195 IP-COVID19, adjudicada por Resolución n°35/2020 [Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico Y la Innovación]. Sobre la aprobación de los proyectos presentados para la convocatoria de "Ideas Proyecto (IP)-COVID-19". 28 de mayo de 2020.

² La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra dividida desde el punto de vista administrativo en 15 Comunas integradas por 48 barrios. Estas unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial fueron asimismo reagrupadas en zonas geográficas las cuales muchas veces debido a las características particulares en la conformación de los hogares, niveles educativos y perfiles socioeconómicos de su población son utilizadas como referencia no sólo por sus características topográficas sino también socio-económicas. Así la Zona Norte comprende las comunas 2, 13 y 14; la zona Centro las comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 123 y 15; mientras que a la zona Sur la integran las comunas 4, 8, 9 y 10. (Salvia y Tinoboras, 2018).

Asimismo, debemos mencionar que el 50%, de ellos aun percibiendo haberes jubilatorios y/o pensiones, se encontraban en actividad y trabajaban por una remuneración, viviendo el 37,6% de los encuestados en hogares unipersonales y el 39,3% en hogares nucleares completos.

En función de los cuidados referentes a la salud, el 96,1% realizaba consultas médicas al menos una vez al año (chequeos habituales de salud). De estas el 73% modificó su accionar debido al ASPO: el 5% consultó con más asiduidad que años anteriores, el 54% con menos frecuencia, mientras que el 41% restante dejó de realizar sus consultas habituales en el lapso de marzo a octubre de 2020. Por otra parte, los indagados mayormente auto-percibían que su salud era buena a muy buena (Bueno: 66,3%, Muy bueno: 18%).

De este modo el cuestionario utilizado se estructuró en 4 grandes núcleos. A saber:

- Caracterización de la población encuestada (Bloque I y VII - Fecha de nacimiento; cantidad de personas por hogar; tipo de hogar; posesión de mascotas; ingresos totales del hogar- otras características como sexo y nivel educativo se encontraban preestablecidas en la base de datos consultada).
- Actividades realizadas Pre Aspo (Bloque II. Se preguntó sobre frecuencia de realización de actividades en instituciones formales o bien de manera informal, incluyendo entre ellas a las relacionadas con la ejercitación física, la concurrencia a espacios recreativos y de formación, las acciones de voluntariado, la continuidad laboral, las actividades relacionadas con el ocio como ser la lectura, la danza, los juegos de azar, entre otras. También se inquirió sobre la existencia o no de espacios de reunión familiares y entre pares. Todas las acciones fueron consideradas bajo la unidad de medida semanal. Sobre aquellas preguntas que no tenían restricciones impuestas por el ASPO se indagó también la percepción sobre su modificación o no en la frecuencia al momento de la encuesta).

- Percepción de Soledad y Redes de apoyo social (Bloque III. Se preguntó sobre la percepción en el último mes de: soledad subjetiva; tristeza y sentimientos negativos como abandono y depresión; sentimiento de compañía. Bloque IV: indagó percepciones de apoyo económico; posibilidad de llevar adelante las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); la utilización de nuevas tecnologías y de canales digitales por las personas mayores y los lazos/vínculos sociales que los proveen. Bloque V: teniendo en mente la futura validación local de una escala de soledad se aplicó el formulario de la UCLA Loneliness Scale³ a los fines de avanzar en ese camino).
- Salud – Bloque VI. Dificultades o limitaciones originadas en la salud; autopercepción de salud; concurrencia a especialistas de la salud y sus modificaciones en ASPO.

4. Resultados

217

En función de la complejidad teórica del constructo Soledad, optamos por enfocarnos en su medición de manera unidimensional, es decir, haciendo foco en la subjetividad de la persona (Rubio Herrera, 2007). Así, ante la pregunta “En el último mes, ¿Usted se sintió solo?” (Siempre, a veces, nunca) notamos que el 37,6% de los encuestados tuvo algún sentimiento de soledad, si bien en la mayoría de ellos fue esporádico.

Por otro lado, el 84,3% de los encuestados sintió que en el último mes tuvo a alguien con quien estuvo a gusto y pudo hablar acerca de todo lo que se le ocurriera, aunque la mayoría de ellos sintió tristeza de manera recurrente.

Si bien, como ya se ha mencionado, la bibliografía nos indica que la tristeza y la soledad están ampliamente vinculadas, en el presente estudio ambas categorías se

³ Esta Escala busca medir soledad de manera unidimensional, mediante una estructura de tipo Likert con 4 opciones que buscan recoger la frecuencia de aparición de sentimientos relacionados estrechamente con la Soledad (Nunca; Raramente; A veces; Siempre). Las versiones de la UCLA-LS han sido publicadas y revisadas en varias oportunidades desde el año 1978.

diferenciaron en función de un conjunto de criterios de articulación de variables cognitivas y motivacionales. Así, se consideró a la tristeza como una emoción que se asocia a las pérdidas, las aflicciones prolongadas o a la melancolía, mientras que la soledad -como sentimiento- comprende un estado emocional que puede perdurar y, por ello, entenderse como aquellas "...disposiciones afectivas [que] manifiestan las tendencias de un individuo a percibir el mundo desde un trasfondo afectivo particular, formar ideas adecuadas a su percepción y generar las pautas de acción correspondientes" (Rosas, 2011: p.7-8).

En cuanto a la percepción de redes de apoyo fundamentales, entendidas como aquellas que cumplen con las funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y de consejos; y guía material y/o de servicios (Sluzky, 1995), observamos que el 86,5% de las personas indagadas percibían que podían contar con alguien en caso de necesitar ayuda frente a problemas económicos y para resolver cuestiones relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las redes familiares constituyeron las más frecuentemente mencionadas siendo los hijos, independientemente de su género, aquellos sobre los que más se apoyan.

Ahora bien, al indagar sobre las limitaciones en la salud funcional vemos que tan solo el 56,7% no posee ninguna limitación encontrando una diferencia de 13,4 p.p. entre estos y aquellos que sí las poseen. De éstos últimos, un 19,1% poseía limitaciones sensoriales, un 23% limitaciones físicas y un 18% limitaciones cognitivas.

Cuando analizamos las actividades que realizaban Pre ASPO, encontramos que la mayoría de los encuestados se comunicaba diariamente con su familia (71,9%), reuniéndose en su mayor parte con una frecuencia semanal (59,6%). El 65,5% se reunía semanalmente con amigos, teniendo una comunicación diaria en su mayoría.

Gran parte de los encuestados no concurría asiduamente a espacios sociales y comunitarios (57,9%) y dentro de los que sí, lo hacían semanalmente (72%).

Similar fue la respuesta obtenida frente a la realización de talleres, capacitaciones y/o cursos donde el 53,9% de los indagados sostuvieron que no realizaban esas actividades y de entre aquellos que sí lo hacían era con frecuencia semanal. Ahora bien, encontramos una modificación importante durante el ASPO frente a la realización de talleres y/o capacitaciones pues muchos de aquellos que no realizaban estas actividades (53,9%) modificaron su actitud comenzando a hacerlas (48,3%).

El 56,7% realizaba actividad física de manera presencial al menos una vez por semana, mientras que el 24,7% lo realizaba diariamente.

El uso diario de las redes sociales y/o internet fue algo que también se notó entre la población encuestada (64%), aunque el porcentaje de no utilización de estos canales fue significativo (16,9%). Frente a esto último llama la atención el cambio que se evidencia en el último período ya que la mayoría de ellos resaltó que comenzó a utilizar estos canales electrónicos durante la pandemia (83,3%). Con lo cual esta situación disruptiva, pudo haberse visto como una oportunidad en la que las personas mayores aprendieron y/o accedieron al uso de nuevas tecnologías para mantenerse informados e integrados socialmente.

219

4.1 ¿Cómo se comportan las variables base en relación con la posesión o no del sentimiento de soledad?

Antes de comenzar con este apartado debemos recordar que la población estudiada tiene 1,66 veces más posibilidades de no poseer sentimiento de soledad que de tenerlo, claramente ello puede ser comprendido ya que sólo el 37,6% de los encuestados manifestó haber tenido sentimientos de soledad en el último mes. En relación con ello debemos mencionar que estudios realizados en nuestro país y en España en este contexto particular de COVID-19 mostraron que las personas mayores manifestaron menor malestar psicológico que otros grupos etarios (Iacub, 2020; Losada-Baltar et al., 2020).

En función de lo antes descrito y buscando adentrarnos en un análisis más profundo de la temática, veremos cómo se comporta la variable posesión de

sentimiento de soledad en función del sexo, la edad, el nivel educativo, la continuidad laboral, el tipo de hogar, la posesión o no de mascotas dentro del hogar, los ingresos totales de estos y la realización de actividades socio-recreativas comunitarias. Así observamos que:

Cuando relacionamos la posesión de sentimiento de soledad por sexo de las personas encuestadas notamos que existen 1,83 chances que siendo hombre no se posea el sentimiento de soledad mientras que para las mujeres el OR se reduce a 1,59. Esto arroja como resultado que las mujeres estudiadas tienen 1,15 veces más posibilidades de tener sentimiento de soledad que los hombres. Es importante destacar la existencia de factores de género que podrían explicar la mayor expresión emocional, tanto positiva como negativa, asociables con narrativas de género en la vejez (Iacub et al., 2020). En esta línea y en concordancia con nuestros hallazgos podemos decir que las mujeres suelen tener mayor registro de las emociones propias y ajenas, y suelen presentar mejor regulación emocional a lo largo del curso vital (Arias y Iacub, 2013; Arias y Giuluani, 2014).

220

Tomando la edad de los indagados de manera agrupada en quinquenios, nos llamó la atención en este estudio que por cada persona que posee 80 y más años de edad con algún sentimiento de soledad existen 2,33 personas del mismo rango etario que no lo poseen, teniendo más posibilidades de vivenciarlo aquella persona que se integre en el segmento de 65 a 69 años. Si bien la mayoría de los estudios remarcan que son las personas mayores de 80 años quienes tienen mayores sentimientos de soledad, en nuestro caso podría pensarse que el segmento más joven de la población encuestada atraviesa ese pesar pues son los que vieron modificados —según nuestro estudio— a raíz de este contexto sus actividades socio-recreativas, comunitarias y laborales cotidianas.

Al realizar los cruces correspondientes en función del nivel educativo y la continuidad laboral reconocimos en nuestra población que aquellos que tienen más probabilidades de poseer sentimiento de soledad son los que presentan un nivel educativo alto (39%), aunque no existe casi diferencia entre ellos y aquellos

que alcanzaron un nivel educativo menor encontrando sólo una disminución de 3,8 p.p. entre ellos y el resultado más extremo hallado -hasta secundario completo. En cuanto al sentimiento de soledad en relación con la condición de actividad de las personas indagadas vimos tan sólo una diferencia de 1,1 p.p. entre los que continuaban trabajando y los que no y poseían sentimientos de soledad. Consideramos, llegados a este punto, que habría que indagar más profundamente esta área, ya que desde la teoría se asocia fuertemente la jubilación reciente y el bajo nivel educativo con sentimientos de soledad, frente a ello creemos que la situación particular que las personas mayores se encontraban atravesando en contexto de pandemia –ASPO– interfiere directamente en nuestros resultados.

Constatamos también que en las personas encuestadas incide el tipo de hogar frente al sentimiento de soledad percibido poseyendo más posibilidades de tener algún sentimiento de soledad aquellas personas que habitan en hogares nucleares incompletos -es decir sin la presencia de un cónyuge o pareja, pero con algún otro integrante- y en otro tipo de hogar que no sea unipersonal o nuclear completo. Frente a esto podemos decir que existen menos posibilidades de tener sentimiento de soledad en aquellas personas que habitan en hogares nucleares completos (OR 3,38), siendo casi parejas las chances de poseerlo en aquellas personas que viven solas (1,03 posibilidades de no tenerlo contra tenerlo).

Frente a lo antes mencionado creemos que, tal como la pérdida de un cónyuge afecta generalmente los sentimientos de soledad, vivir con un cónyuge puede ser un factor protector contra ella. Si bien los resultados de nuestro estudio sostienen esta relación, debemos resaltar que los beneficios obtenidos de una relación conyugal son proporcionales a la calidad general de esa relación. Así, aunque desde la bibliografía se sostiene que esto podría darse ya que la pareja (cuando la hay) tiende a ser la persona sobre la que mayormente recaen los apoyos instrumentales, de afecto, y consejo (Hawkley y Cacioppo, 2010; Hawkley y Kocherginsky, 2018; Nicolaisen y Thorsen, 2017), vimos en nuestro caso que frente a la percepción de apoyos, las personas mayores indagadas reconocieron que en su mayoría eran sus hijos/as en quienes pensaban a la hora de recurrir cuando necesitan algún tipo de

acompañamiento o ayuda frente a las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Por otro lado, nuestro estudio nos ayuda nuevamente a destacar la importancia de distinguir el “estar solo” a “sentirse solo”. Vemos que no son las personas que viven solas las que tuvieron mayores sentimientos de soledad, consideramos entonces que en el caso de las personas mayores residentes en CABA -donde encontramos un alto porcentaje de hogares unipersonales (DGEYC, 2019)- podemos pensarlo en función de la decisión voluntaria de estas personas de vivir solos o bien llevar varios años viviendo en esta situación, habiéndose acostumbrado a ello sin percibir esa circunstancia de manera negativa.

También pudimos observar que tener una mascota no afecta la posibilidad de poseer o no sentimiento de soledad, ya que los resultados obtenidos no muestran gran disparidad (40% con mascota y sentimiento de soledad vs 36,8% sin mascota y con sentimiento de soledad).

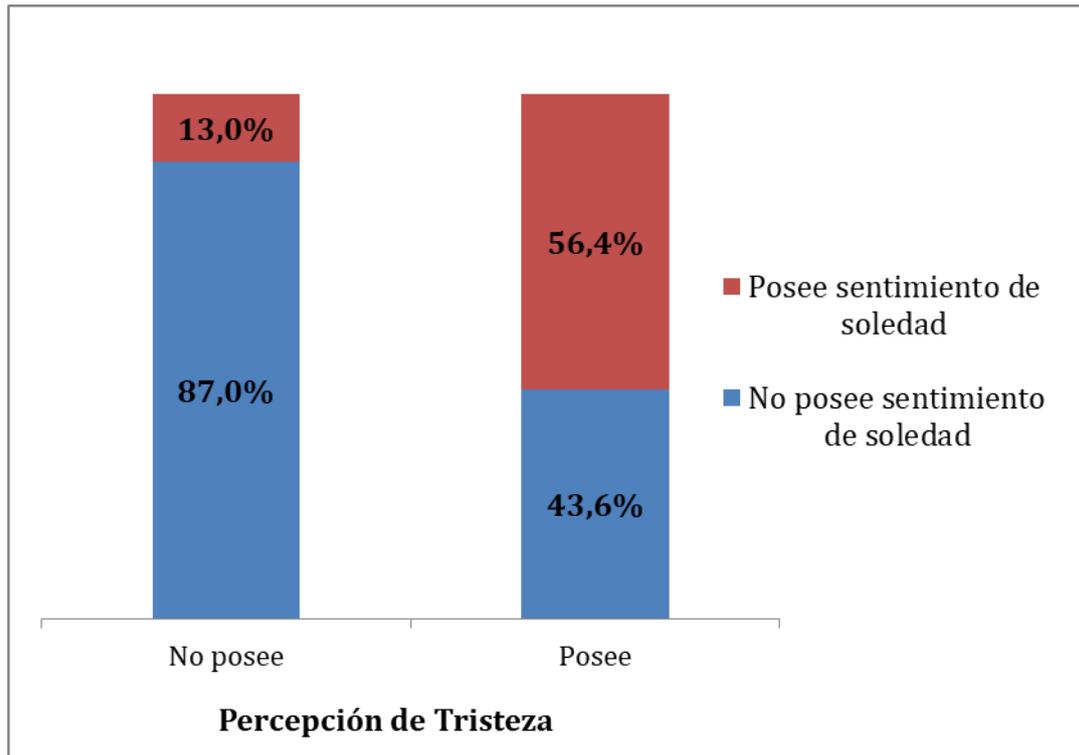
Por otro lado, si bien se indagó sobre los ingresos de manera indirecta, pudimos detectar en nuestro estudio que tal y como afirma la bibliografía la falta de recursos agrava el sentimiento de soledad de las personas. Así notamos que dentro de las personas encuestadas con bajos recursos existen 1,36 chances de poseer sentimiento de soledad mientras que hay 2,03 posibilidades de que una persona no posea sentimientos de soledad cuando sus ingresos superan la canasta básica alimentaria de una familia tipo estipulada por el INDEC para el mes de junio de 2020 (INDEC, 2020c).

Ahora bien, prosiguiendo con nuestro análisis y relacionando la variable sentimiento de soledad en función de las percepciones de apoyos, las limitantes en la salud y la existencia o no de tristeza entre nuestros encuestados, vimos que:

El 87% de los que no poseen tristeza tampoco tienen sentimientos de soledad, mientras que el 56,4% de los que tienen tristeza padecen soledad constatando la relevancia de esta emoción sobre la soledad no deseada ya que existe una

diferencia de 43,4 p.p. entre estos últimos y los que poseen sentimiento de soledad sin tristeza.

Figura 1 - Encuestados según sentimiento de soledad por percepción de tristeza.
CABA. 2020.

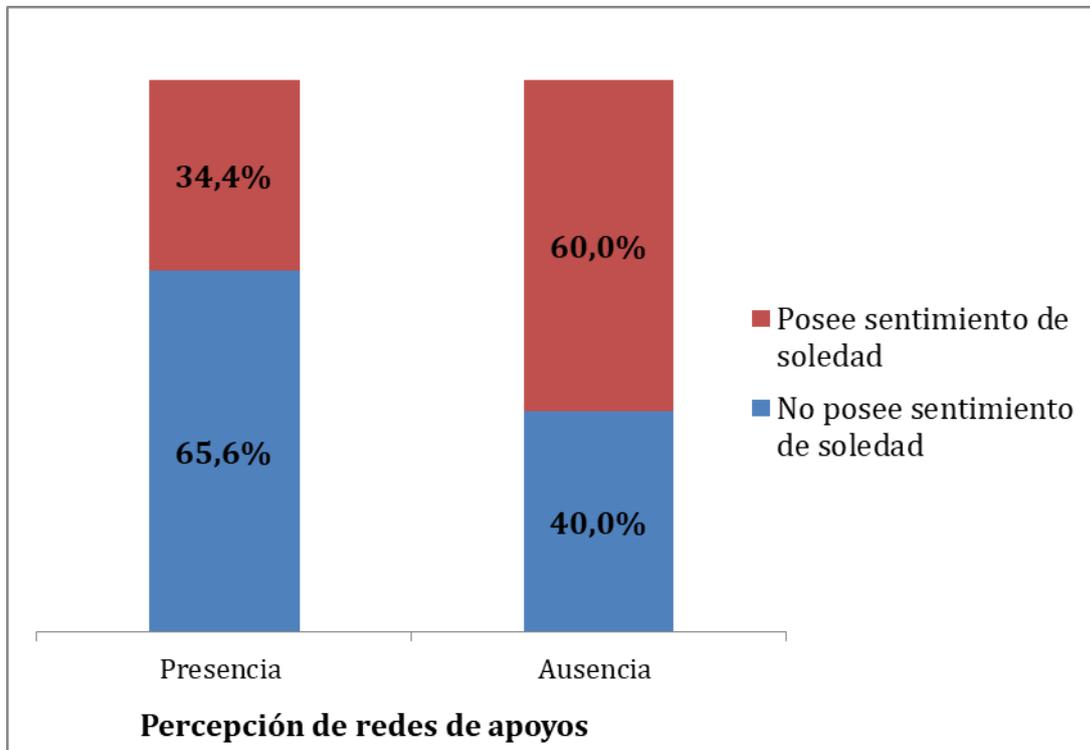


223

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, el 60% de aquellos que no encontraron que tenían redes de apoyos fundamentales en su vida, poseyeron sentimiento de soledad constatándose una diferencia de 25,6 p.p. entre éstos y los que poseían sentimientos de soledad y percibían su existencia. Ello nos indica que según nuestra muestra existen 1,5 chances de tener sentimientos de soledad cuando no existe una percepción de redes de apoyo disponibles, pudiéndose establecer una relación entre nuestros resultados y los arrojados por la bibliografía citada.

Figura 2 - Encuestados según sentimiento de soledad por percepción de redes de apoyo fundamentales. CABA. 2020.



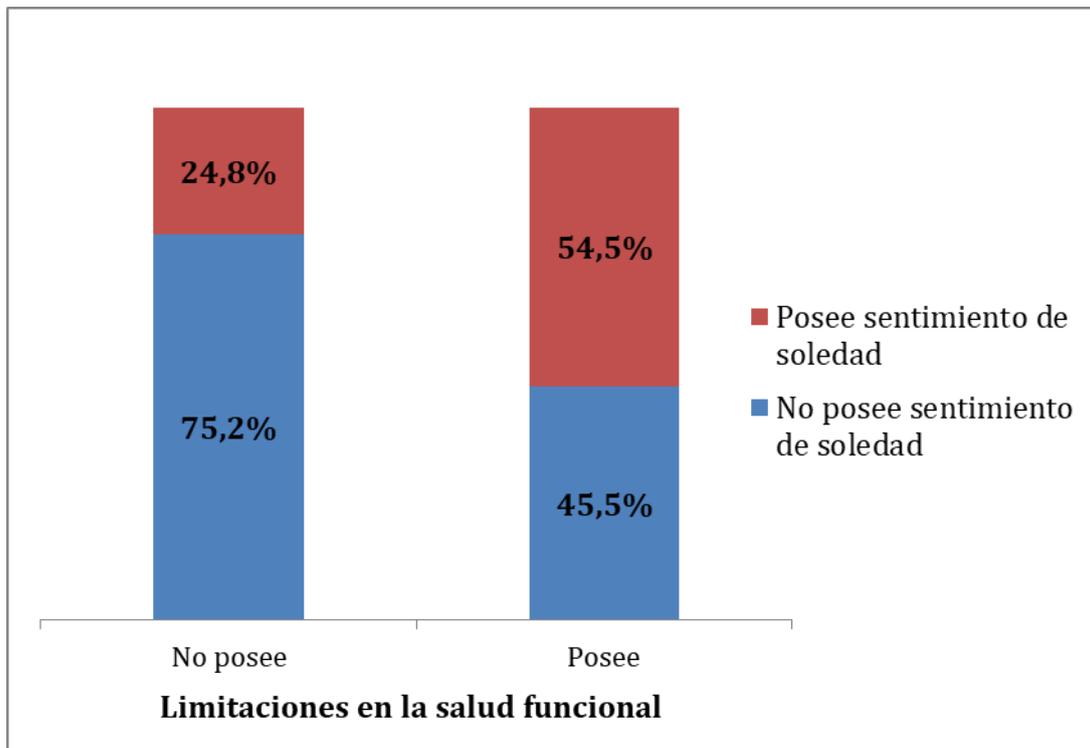
Fuente: elaboración propia

Por último, al relacionar el sentimiento de soledad con las limitantes en la salud funcional observamos que el 54,5% de los indagados que poseían limitaciones en la salud funcional también tenían sentimiento de soledad. Tal es así que las posibilidades de poseer sentimiento de soledad cuando se tienen limitaciones en la salud muestran un OR de 1,2.

Reconocemos en ello cómo el deterioro de la salud funcional afecta la percepción de salud y puede vincularse con la génesis del sentimiento de soledad en aquellos sujetos con una experiencia social desfavorable. El deterioro funcional puede limitar el desempeño en ciertas actividades de vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas) desarrollándose así una situación de minusvalía -por desadaptación a su medio- cuya magnitud estaría directamente relacionada con su contexto socio-cultural y el grado de accesibilidad de esa persona a su entorno.

Cabe resaltar que lo antes descripto aplicaría sólo en aquellos individuos que por su deterioro funcional no hayan podido adaptarse a ese entorno social y físico ya que la bibliografía nos recuerda que existen personas con percepción de salud desfavorable que no padecen de minusvalía ni sentimiento de soledad porque sus recursos ambientales, físicos y sociales son accesibles alcanzando con ello una sensación de bienestar aun estando en situación de soledad objetiva (WHO y INSS, 1994).

Figura 3 - Encuestados según sentimiento de soledad por limitaciones en la salud funcional. CABA. 2020



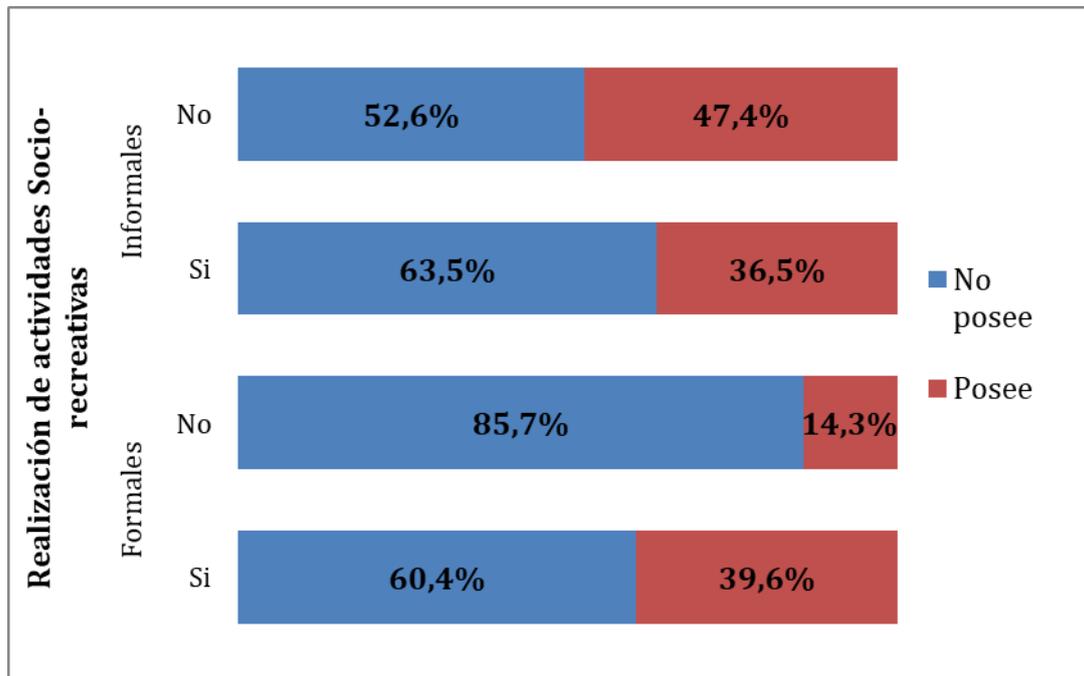
Fuente: elaboración propia

Interesante es mencionar los resultados en relación a la asociación que se encuentra entre la realización de actividades previas presenciales en espacios recreativos y comunitarios - suspendidas a raíz del ASPO- y la presencia del sentimiento de soledad en las personas mayores indagadas. En este sentido, podemos observar que aquellos que asiduamente realizaban diversas actividades

grupales poseyeron una diferencia de 25,3p.p. más de sentimiento de soledad respecto de los que no lo hacían. Por otro lado, la diferencia encontrada entre aquellos que poseían sentimiento de soledad y solían reunirse previo al ASPO con amigos y familia y aquellos que no, fue de 10,9 p.p. en favor de estos últimos.

Discontinuar de manera abrupta, en nuestro caso por el ASPO, con las actividades socio-recreativas que realizaban, impacta directamente en las personas mayores indagadas sobre la soledad no deseada. Este hecho es esperable, teniendo en cuenta que se ha comprobado que a medida que aumentan la integración y la participación comunitaria aumenta también la satisfacción vital (Arias y Soliverez, 2009).

Figura 4 - Encuestados según sentimiento de soledad por realización de actividades socio-recreativas formales e informales pre ASPO. CABA. 2020.



Fuente: elaboración propia

5. *Discusión*

En el camino de reconocer la incidencia que tienen las variables antes descritas en el sentimiento de soledad, concebimos algunas relaciones teóricas que surgieron en las discusiones del equipo como producto de la revisión bibliográfica efectuada (Weiss, 1973; Gené-Badia, 2016, 2020; Oddone, 2018) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020; Rubio Herrera, 2007; Iacub, 2020).

Estas fueron puestas a prueba en función de ver cómo nuestra población respondía al estado de la cuestión existente. Así es que vimos que:

De cara a la premisa que afirma que las personas mayores con menos recursos económicos poseen más sentimiento de soledad independientemente del sexo sin que sobre ello impacte la percepción de apoyos sociales y la tristeza percibida, podemos decir que existe una asociación débil entre el género y el sentimiento de soledad que poseen las personas de bajos recursos especificándose en aquellos que consideran que no poseen redes de apoyos sociales. Ahora bien, al evaluar la misma relación en función de la variable posesión de tristeza vemos que esta se halla sesgada por esta emoción, por lo que podemos indicar que tener o no tristeza impacta más sobre la soledad auto-percibida en aquellas personas con menores ingresos más allá de su género, reforzando aún más la importancia de considerar a la tristeza como un indicador importante a la hora de tratar la soledad no deseada.

En relación a la condición teórica que sostiene que el sentimiento de soledad se ve afectado por la salud funcional de las personas mayores, tal que a mayores limitantes en la salud aumenta el sentimiento de soledad independientemente del grupo etario al que la persona pertenezca, sostenemos que efectivamente la relación es positiva y fuerte, aunque se especifica en el rango etario de 65 a 74 años de edad. Ello nos hace pensar en el impacto que tiene sobre el bienestar de las personas mayores jóvenes las restricciones sufridas a nivel de su funcionalidad.

Cuando pusimos a prueba la premisa que indicaba que la tristeza se asocia positivamente con el sentimiento de soledad, ya que a mayor tristeza hay mayor sentimiento de soledad independientemente del tipo de hogar y las percepciones

de apoyo de consejo -entendida esta como los apoyos cognitivos que implican el intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado) y los consejos que permiten entender una situación (Sluzky, 1995)- notamos que en nuestro estudio efectivamente existe una asociación fuerte entre las variables de la relación original especificándose en aquellos hogares que no son unipersonales.

Ahora bien, al relacionar la tristeza con sentimiento de soledad en función de los apoyos de consejo que poseían las personas indagadas, encontramos que esta relación originaria se especifica en aquellos que no cuentan con alguien con quien charlar abiertamente y contarle todo lo que les ocurra. En este punto cabe mencionar, que el apoyo o soporte social hace referencia a la percepción subjetiva y personal del sujeto, que a partir de su participación en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado.

Ahora bien, cuando analizamos cómo se comportan las variables frente a la suposición de que tener mascota reduce el sentimiento de soledad en las personas mayores independientemente del tipo de hogar pudimos observar que la relación original está sesgada en función de éste último, indicándonos que incide más sobre el sentimiento de soledad el tipo de hogar donde la persona resida que la posesión o no de mascotas⁴. Sin embargo, cuando evaluamos cómo afecta la posesión o no de mascotas frente a la percepción de tristeza en función del tipo de hogar, vimos que existe una débil asociación entre la tristeza y la posesión de mascotas especificándose ésta en los hogares unipersonales encontrando seis veces más oportunidades sufrir tristeza cuando no se tiene una mascota. Haber hallado ello nos hace pensar que las mascotas tienen un papel importante en la vida de las personas siempre y cuando ellas sean deseadas y aceptadas y no impuestas a las personas mayores. El tipo de vínculo que se establece entre ellas incide más sobre el estado de ánimo que sobre la soledad subjetiva.

⁴ Ver *ut supra*, los resultados obtenidos frente a la relación entre el tipo de hogar y el sentimiento de soledad

En cuanto a la idea de que las personas mayores que tienen bajo nivel educativo poseen mayor sentimiento de soledad, más allá de continuar en actividad y poseer haberes jubilatorios y/o pensiones, no se pudo testear pues en nuestra muestra no se registraron casos en que las personas no estén en actividad y no cobraran alguna jubilación o pensión. Es decir, cobrar jubilaciones o pensiones se vuelve una constante en este segmento poblacional cuando no se continúa trabajando.

Otro supuesto es que el sexo y la condición de actividad afectan directamente sobre el sentimiento de soledad de las personas mayores, tal que los hombres que se encuentran sin actividad laboral y dentro del segmento más joven (65-74 años) tienen mayor sentimiento de soledad. En este caso podemos decir que la relación original establecida por la asociación entre sentimiento de soledad y continuidad laboral de estas personas se vuelve espuria a la hora de confrontarla con el sexo al cual pertenecen las personas mayores encuestadas. Observamos una mayor asociación entre la soledad auto-percibida y el sexo de las personas mayores siendo las mujeres quienes refirieron mayor soledad (71.3%).

229

Por otro lado, consideramos interesante ver cómo afectaba la tolerancia a sentirse solos al sentimiento de soledad y si la edad era un condicionante de ello. En este caso pudimos observar que dentro de la población encuestada hay una fuerte asociación entre ambas variables especificándose en el segmento de mayores de 75 años y más puntualmente en aquellos que poseen más de 80 años de edad, viendo que existen 3 veces más oportunidades de sentirse solo cuando no se tolera este sentimiento en edades avanzadas.

Por último, nos es menester remarcar que los resultados obtenidos nos indican que aquellas personas que discontinuaron sus actividades formales producto del aislamiento social preventivo y obligatorio, refieren un mayor sentimiento de soledad respecto de las que no las realizaban previamente demostrando ello la importancia que las dinámicas generadas en estos espacios tienen para las personas mayores.

6. Conclusión

Desde de la Dirección General de Promoción e Inclusión Social, de la Secretaría de Integración Social para las Personas Mayores, del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos, se considera de suma importancia conocer las variables que inciden en el sentimiento de soledad percibido por las personas mayores de la Ciudad, dado el gran impacto negativo que tiene en la calidad de vida y en la salud.

En cuanto a lo abordado con anterioridad y teniendo en cuenta las características de la población encuestada, podríamos concluir que el 37,6% percibió sentimientos de soledad en el último mes, en su mayoría de manera esporádica.

Haciendo alusión a las variables identificadas más relevantes que muestran más posibilidades de tener sentimientos de soledad son: ser mujer, pertenecer al segmento etario de 65 a 69 años, habitar en hogar nucleares incompletos (es decir, sin presencia de un cónyuge o pareja, pero con otro integrante) y poseer bajos recursos económicos. Estas variables son similares a las descritas en otras investigaciones y en la bibliografía sobre la temática, a excepción del rango etario y el tipo de hogar, donde en la mayoría de las investigaciones se menciona que las personas mayores de 74 años son las que perciben más sentimientos de soledad como así también aquellas que viven solas. Es por eso que aconsejamos indagar más profundamente qué sucede en materia de jubilación reciente dentro del rango etario de 65 a 69 años, ya que creemos que el hecho de haber dejado recientemente el rol laboral, puede aumentar la percepción de soledad. Del mismo modo, sería conveniente ahondar aún más sobre cómo afecta el residir en hogares nucleares incompletos en la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, creemos que es fundamental avanzar en el conocimiento de los factores que afectan a las personas e inciden directamente sobre su tristeza, pues como bien reflejan los datos relevados la percepción de tristeza incrementa en 1,29 veces la posibilidad de sentir soledad. Del presente estudio podemos concluir en este sentido que la posesión de mascotas influye más sobre la tristeza -

disminuyendo su cuantía en aquellos que las poseen- que sobre la soledad auto-percibida.

Considerando que padecer limitaciones en la salud funcional, especialmente en las personas mayores más jóvenes, aumenta las chances de tener sentimientos de soledad, se sugiere trabajar de manera integral y articulada con los efectores de salud y con dispositivos que propicien la prevención y promoción de salud, así como el autocuidado. Por otro lado, la soledad no deseada, estaría vinculada con el grado de minusvalía, así como también con el nivel de autosatisfacción y desarrollo humano adquirido por la persona en un medio social determinado. Para consolidar un cambio en este sentido y poder revertir el sentimiento de soledad no deseada, se sugiere dirigir una estrategia hacia un trabajo socio-sanitario y comunitario que fomente la integración social de las personas mediante la facilitación al acceso al entorno y, por otro lado, al diseño de programas de intervención ocupacional que persigan y fomenten el pleno desarrollo humano y la autorrealización personal.

En cuanto a la incidencia de las actividades socio-recreativas y comunitarias sobre el sentimiento de soledad podemos concluir que -en este escenario particular en donde la normativa vigente canceló todo tipo de actividad presencial- aquellas personas que las realizaban poseyeron mayor sentimiento de soledad respecto de las que no lo hacían. En este sentido, consideramos importante, a fin de evaluar la incidencia de las actividades grupales formales sobre la soledad no deseada, realizar un estudio en otro contexto, pero también tener presente las resultantes obtenidas en función de proveer políticas públicas que puedan acompañar de manera efectiva a este segmento poblacional ante futuras crisis.

Si bien el presente estudio se enmarca en la intención de obtener un primer acercamiento al estado de la cuestión en la Ciudad de Buenos Aires que nos permita contar con información valiosa y relevante para la planificación e implementación de políticas gerontológicas que atiendan este fenómeno, en base a las limitantes contextuales y sesgos propios de la población intencionalmente indagada, el equipo considera relevante propiciar los medios para un estudio de

carácter explicativo y probabilístico a fin de poder conocer fehacientemente la manera en que estas variables afectan a la población adulta mayor de CABA.

¿Cómo se cita este artículo?

CAMPO, M.V, HERRMANN, B.S., DI VIRGILIO, E., ANGELILLO, M.R. (2021). La soledad no deseada. Una aproximación cuantitativa sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en CABA, 2020. *Argumentos. Revista de crítica social*, 23, 205-239. [link]

7. 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.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047676/pdf/10433_2011_Article_175.pdf

Amadasi, E. (Coord.) (2015). Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? *Serie del Bicentenario 2010-2016*, (1). Observatorio de la Deuda Social Argentina. UCA.
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/condiciones-vida-integracion-personas-mayores.pdf>

Arias, C. y Iacub, R. (2013). Las emociones a través del curso vital y la Vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 16(4), 01-05.

Arias, C. y Scolni, M. (2005). Evaluación de la calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda (Ed.), *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional*, (pp. 55-68). Suárez.

Arias, C. y Soliverez, C. (2009). Bienestar psicológico y redes sociales. En R. Iacub (Comp). *Desafíos y Logros Frente al Bien-estar en el Envejecimiento*. Eudeba (en prensa).

Arias, C., y Giuliani, M. F. (2014). Explorando a inteligência emocional percebida em três faixas etárias. Um estudo realizado na Argentina. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 45(1), 115-130.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., y Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17(1), 17-97. https://www.researchgate.net/publication/315473060_Loneliness_in_the_general_population_Prevalence_determinants_and_relations_to_mental_health/link/5fc221e992851c933f6a9dbc/download

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>

De Jong Gierveld, J., Van Der Pas, S., y Keating, N. (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(3), 251-268. https://www.researchgate.net/publication/276850479_Loneliness_of_Older_Immigrant_Groups_in_Canada_Effects_of_Ethnic-Cultural_Background

Dirección General de Estadísticas y Censos (2019). *Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires*. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/09/anuario_estadistico_2019.pdf

Fassio A. (2009). *Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez. En VIII Jornadas de la Cátedra Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Desafíos y logros frente al bien-estar del envejecimiento* (pp. 41-51). Eudeba.

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós.

Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., y Rodríguez, R. (2018). Perfiles de soledad y aislamiento social en población

urbana [Profiles of loneliness and social isolation in urban population].
Atención primaria, 52(4), 224–232.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., y Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? [Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams?]. *Atención primaria*, 48(9), 604–609.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hawkley, LC y M. Kocherginsky. (2018). Transiciones en la soledad entre adultos mayores: 5 años seguimiento en el Proyecto Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento. *Investigación sobre el envejecimiento*, 40 (4), 365– 387.

HM Government. (2018). *A connected society: a strategy for tackling loneliness*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/936725/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update_V2.pdf

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227–237.
https://www.researchgate.net/publication/273910450_Loneliness_and_Social_Isolation_as_Risk_Factors_for_Mortality_A_Meta-Analytic_Review

Iacub, R. (2012). *El poder de la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento*. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Iacub, R; Arias, CH; Herrmann B; Kass, A; Val, Slipakof, L y Gil de Muro, M. (2020). Aspectos psicosociales de las personas mayores en cuarentena. *Revista Intersecciones Psi*, 28.
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=823:aspectos-psicosociales-de-las-personas-mayores-en-cuarentena&catid=9:perspectivas&Itemid=29

Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. (2020a). Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. Informes Técnicos, 4(83).
https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_20A36A_F16B31.pdf

Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. (2020b). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 2010-2040*.
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. (2020c). Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Informes técnicos, 4(130).
https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_07_205381_DE6C24.pdf

Lynch, G., y Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 129-150.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tlng=es

Losada-Baltar A., Marquez-González M., Jiménez-Gonzalo L., Pedroso-Chaparro MdS., Gallego-Alberto L., Fernandes-Pires J. (2020). Diferencias en función

- de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comorbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por el COVID-19, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>
- Luanaigh, C.Ó., y Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (23), 1213-1221. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2054>
- Luhmann, M., y Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental psychology*, 52(6), 943-959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Manemann, S. M., Chamberlain, A. M., Roger, V. L., Boyd, C., Cheville, A., Dunlay, S. M., Weston, S. A., Jiang, R., & Rutten, L. (2018). Multimorbidity and Functional Limitation in Individuals with Heart Failure: A Prospective Community Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1101-1107. <https://doi.org/10.1111/jgs.15336>
- 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. <https://doi.org/10.17226/25663>.
- Nicolaisen, M. y K. Thorsen. (2017) ¿Para qué son los amigos? Amistades y soledad sobre el vida útil: de 18 a 79 años. *Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano*, 84 (2), 126-158.
- Oddone, M.J. (2016). Cambio social y envejecimiento activo. Reflexiones en torno a la participación e integración de las personas de mayor edad en la sociedad. En Amadasi, E., Tinoboras, C., *El desafío de la diversidad en el envejecimiento: familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto. Serie del Bicentenario 2010-2016*, (2). Observatorio de la Deuda Social Argentina. UCA. 99-106. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/desafio-diversidad-envejecimiento-familia.pdf>

- Oddone, M. J. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores. En J. Piovani y A. Salvia (Coords.), *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*, 593-624. Siglo XXI.
<https://doi.org/10.2307/j.ctvtwx2b7.22>
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1078–1083.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
- Pinazo Hernandis, S., y Donio Belegrade Nunes, M. (2018). *La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares.
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Pochintesta, P. (2019). Vida cotidiana, Apoyo Social y experiencia de Soledad en Personas Mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Iluminuras*, Porto Alegre, 20 (49), 172-194.
https://www.researchgate.net/publication/333599116_Vida_Cotidiana_Apoyo_Social_Y_Experiencia_de_Soledad_en_Personas_Mayores_del_Area_Metropolitana_de_Buenos_Aires_Argentina
- Rosas, O. (2011). La estructura disposicional de los sentimientos. *Ideas y Valores*, 60(145), 5-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80918571001>
- Rubio Herrera R. y Aleixandre Rico. M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11 (1), 23-28.
- Rubio Herrera, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 11-27. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315001.pdf>

- Salvia, A. (Coord.) y Tinoboras C. (2018). *Estructura Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Evolución Reciente 2004-2010. Informe final*.
<http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones%202018/2018/2018-Observatorio-INFORME-ESTRUCTURA-SOCIAL-CABA.pdf>
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life—a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(1), 1–21.
<https://doi.org/10.1002/gps.3971>
- Shovestul B, Han J, Germine L, & Dodell-Feder D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLoS ONE*, 15(2), e0229087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>
- Sluzki, Carlos (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En E. Dabas y D. Najmanovich (Comps.), *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Paidós, 114-123.
- Soledad. (2016). *Gran Diccionario de la Lengua Española*.
<https://es.thefreedictionary.com/soledad>
- Umberson, D. y Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1 Suppl), S54–S66.
<https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Van Tilburg, T., Havens, B., y de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in The Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 169–180. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0026>
- Victor, C., Scambler, S., y Bond, J. (2009). The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life. *Maidenhead*. Open University Press.

- Waite, L. J., y Gallagher, M. (2000). *The Case for Marriage: Why Married People Are Happier, Healthier and Better off Financially*. Doubleday.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilson RS, Schneider JA, Arnold SE, Bienias JL, Bennett DA. (2007). Conscientiousness and the incidence of Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*. [doi:10.1001/archpsyc.64.10.1204](https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1204). PMID: [17909133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17909133/)
- World Health Organization e Instituto Nacional de Servicios Sociales (Spain). (1994). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad: publicada de acuerdo con la resolución WHA29.35 de la Vigésimonovena Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1976*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>
- Wu, Z. y Penning, M. (2015). Immigration and loneliness in later life. *Ageing & Society*, 35(1), 64-95. <http://DOI:10.1017/S0144686X13000470>
- Yanguas L. et al. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75. http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reto_soledad_vejez.pdf
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Döring, A., Grill, E., Huber, D., Peters, A., & Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(3), 245–252. <https://doi.org/10.1002/gps.3998>
- Zhong, B. L., Chen, S. L., Tu, X., y Conwell, Y. (2017). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The journals of gerontology. Series B*, 72(1), 120–128. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw037>