

INFORME FINAL DEL ESTUDIO

MUJER MAYOR Y SOLEDAD EN CANTABRIA EN LA ERA COVID

UNATE, LA UNIVERSIDAD PERMANENTE



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE UNIVERSIDADES,
IGUALDAD, CULTURA Y DEPORTE
Dirección General de Igualdad y Mujer

www.unate.es

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación general:

Francisco Gómez Nadal (UNATE)

Equipo técnico (ASONAUTAS)

Coordinación :

Javier Vázquez Salguero

Trabajo de campo:

Ana Letón Martín

Marga Solares Capellán

Javier Vázquez Salguero

Cantabria, enero de 2021

ÍNDICE

- I. Introducción
- II. Conceptos
- III. Metodología
- IV. Resultados estudio
 - I. Experiencia de soledad
 - II. Datos socioeconómicos
 - III. Salud
 - IV. Vivienda
 - V. Entorno comunitario
 - VI. Futuro
- V. Apuntes cualitativos
- VI. Bibliografía
- VII. Anexo I: Cuestionario

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la soledad que padecen las personas mayores aparece de forma habitual en titulares que relacionan esta realidad con ciertos tintes alarmistas. Sin embargo, a la hora de buscar datos concretos no encontramos tantos resultados que nos especifiquen qué tipo de soledad es la que predomina, cómo afecta de manera distinta a las mujeres o a los hombres, si los factores determinantes de ella son distintos en lo rural y en lo urbano, etcétera. Todavía más difícil nos resulta hallar estudios contrastados que analicen estas experiencias a lo largo del tiempo o la diferencias entre ámbitos geográficos determinados. Es decir, hay muchos imaginarios contruidos desde percepciones generalistas o que relacionan vivir solo/a con estar solo/a y que no profundizan en la realidad. Casi nada hay aplicado a ámbitos geográficos concretos como Cantabria y pocos estudios tienen un claro enfoque de género.

En la *Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid* para hombres y mujeres mayores de 65 años, el 11,5% de ellas manifestaban sentirse solas frente al 5,7% de los varones. En la distribución por edad, tan solo en la franja de 80-84 años se igualan ambos indicadores manteniéndose en el resto el doble de soledad en las mujeres (Montejo et al., 2017). Otro estudio que ampliaba la población a todas las personas mayores de edad, *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid*, acertaba la diferencia según el sexo al 10,3% y 8,1% respectivamente pero indicaba como a partir de los 65 años se duplicaba hasta el 14,2% global; en los demás grupos de edad se mantenía entre el 7,3% y el 8,2% (Hernan y Rodríguez, 2017). Según el estudio *Bakardadeak, Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa*, la prevalencia de soledad en las mujeres se sitúa en el 7,0% mientras que en los hombres lo hace en un 3,7% (Sancho et al., 2020).

Los citados configuran tres ejemplos recientes en los que se observa que la soledad duplica su prevalencia en las mujeres respecto a los hombres, de la misma manera que lo hace en ambos sexo cuando la población alcanza los 65 años. Estas diferencias tan abrumadoras nos demandan una indagación más profunda sobre los motivos propios de la soledad en las mujeres mayores. Con estas premisas en mente y bajo la tutela de UNATE, La Universidad Permanente, y de la Fundación Patronato Europeo de Mayores (PEM), entidades con una dilatada experiencia en el envejecimiento activo y la formación, se enmarca este estudio con el objetivo de iniciar una senda de obtención de datos que puedan dar luz a los factores que influyen en las soledades y en el aislamiento social de las mujeres mayores. Solamente con una información de calidad en la mano se podrán diseñar y ejecutar actuaciones para el pleno ejercicio de los derechos y la promoción del bienestar físico y emocional de este grupo poblacional.

Un elemento que se ha tenido presente en todo el proceso y en el que se quería incidir de manera concreta ha sido la valoración de la soledad y la posible diferencia entre soledad deseada y soledad no deseada. Creemos necesario despojar este fenómeno de atributos que nos puedan despistar para dimensionar la soledad correctamente en aquellos momentos o etapas en las que esté suponiendo y generando una verdadera problemática.

Acercándonos a la realidad de Cantabria, observamos que todavía estamos en el inicio de este camino con una mayoría de datos estadísticos que nos hablan mayoritariamente de recursos asistenciales (ICASS, 2019). En los últimos años sí se ha intentado abordar otros aspectos más subjetivos sobre la realidad percibida por las personas mayores (ciudades amigables) o sobre

alternativas a las prácticas más habituales sobre los modelos residencias en las personas mayores (Rodríguez Cabrero et al., 2019).

A la hora de plantear el estudio que aquí se presenta se ha querido combinar tanto a la población de mujeres mayores de Cantabria como a las alumnas que asisten a la formación y actividades de Unate para poder realizar también un análisis comparativo dentro de los objetivos planteados y poder determinar el impacto de las acciones concretas en el ámbito de la educación continua y de la prevención del aislamiento social. Metas que se pusieron a principios de 2020 cuando nadie era capaz de imaginar todos los cambios que iban a acontecer.

Pasado el confinamiento inicial por la COVID-19, se diseñó un proyecto de estudio que incluía grupos focales donde se conversara acerca de los asuntos sobre los que versa esta investigación. Conforme iba evolucionando la pandemia dichos grupos de discusión se fueron retrasando hasta que finalmente se decidió suspenderlos considerando que lo más responsable era exponer a la población al mínimo contacto posible. En vista de la dificultad para realizar ningún tipo de entrevista grupal que no supusiera mayor riesgo para sus participantes, el estudio ha quedado centrado en la encuesta realizada a 400 mujeres. Pero no queríamos perder del todo los matices que aporta cualquier información cualitativa por lo que en aquellas ocasiones en las que ha sido posible —alrededor de una de cada cuatro— se ha convertido la encuesta en una entrevista con algo más de desarrollo en la que se han formulado preguntas abiertas que indagan en los motivos, plantean propuestas y han mostrado correcciones en la formulación del propio estudio.

El coronavirus ha supuesto cambios insospechados en nuestra manera de vivir y en la misma incertidumbre nos moveremos en los próximos tiempos. Este componente hace que los resultados mostrados supongan una fotografía de un momento muy concreto y con determinadas limitaciones y sesgos. Pero a la vez, nos ha permitido conocer qué estaba ocurriendo en los hogares de las mujeres mayores de Cantabria en un momento sumamente importante y delicado, pudiendo conectar variables y preguntar sobre aspectos relacionados con la soledad, el aislamiento y la pandemia.

II. CONCEPTOS

La primera cuestión a abordar es qué entendemos por soledad y cómo podemos medirla. Numerosas autoras y autores han realizado definiciones precisas con la intención de delimitar aquello a lo que podemos denominar soledad. Es cierto que hablamos de un sentimiento con una enorme carga de subjetividad, aunque también necesitamos descifrar qué elementos lo componen para poder estudiarlo con mayor profundidad. Partimos de que se trata de un fenómeno complejo que “comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables intrapersonales y culturales, se ve influenciada por los comportamientos y mediatizada por factores externos” (Yanguas et al., 2018). En cuanto a la tipología de soledades podemos clasificarlas según diferentes prismas desde en social o emocional (Weiss, 1973); crónica, situacional o pasajera (Victor, C. et al., 2000); objetiva y subjetiva (Díez Nicolás y Morenos Páez, 2015); etc.

Existe así una dicotomía en función de si las causas se deben a motivos endógenos o exógenos que nos llevaría en ambos casos a una discrepancia cognitiva entre el contacto social deseado y el real (Pinazo Hernandis, S. y Bellegarde Nunes, M.D., 2018). Este intento de cercar el momento en el que una persona se siente sola debemos diferenciarlo con claridad del hecho de que no existan convivientes en la misma vivienda, una realidad que influye en la soledad y tiene una relación importante pero que no podemos equiparar con el aislamiento social. Por lo tanto, hablamos de soledad exclusivamente en los momentos en los que una persona experimenta ese sentimiento y de vida en solitario en aquellos casos de viviendas unipersonales. En tercer lugar, cuando nos referimos al aislamiento social estamos hablando de falta de relaciones de confianza y de baja calidad en las mismas.

Dentro de esas definiciones es necesario dotarnos de herramientas válidas y refutadas que nos permitan realizar mediciones que puedan ser asimilables a otras investigaciones. Se ha decidido utilizar tres métodos, dos para la soledad y otro para el aislamiento social. Queríamos saber la percepción que tiene cada mujer de su situación para lo que se ha preguntado *¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de soledad?* con cuatro posibles respuestas: *Nunca / Algunas veces / A menudo / Siempre*. De esta manera vamos a hablar de *soledad percibida* cuando la persona encuestada ha respondido *A menudo* o *Siempre* a esta pregunta. Se trata de la sensación que experimentamos conscientemente y que además manifestamos en una encuesta telefónica. Pero no siempre coincidimos en aquello que para cada persona significa este fenómeno, además del tabú existente en torno a él. Para este estudio han analizado y probado en muestras piloto varias escalas que miden el grado de soledad (Escala Este II y Escala de soledad de Ucla) optando finalmente por la Escala de Jong Gierveld consistente en once preguntas relacionadas con la soledad pero que no la mencionan directamente. De esta manera, obtenemos la *soledad detectada* que va a ser el índice de referencia a lo largo del resto de las variables del estudio. A la hora de medir el *aislamiento social* buscábamos conocer el grado de consistencia y cohesión en las redes de apoyo, tanto la familiar como la compuesta por las amistades. Para este cometido se ha elegido la Escala de Lubben LSNS-6 compuesta por tres ítems relacionados con el contacto entre las personas y la confianza aplicados a cada red de apoyo (Lubben et al., 2006).

III. METODOLOGÍA

Como se ha comentado, la metodología principal ha sido la encuesta telefónica. Con ella se ha pretendido obtener una fotografía lo más precisa posible del momento actual. La población del estudio han sido las mujeres de 65 o más años que alcanzan la cifra de 74.262 mujeres (ICANE, 2020). Aquí debe mencionarse que no se ha tenido en cuenta a quienes viven en alojamientos residenciales que en Cantabria suman 5.561 entre mujeres y hombres, suponiendo el 4,3% de esa población (Envejecimiento en Red, 2020). Consideramos que este grupo de población tiene unas características suficientemente particulares para que deban ser analizadas de manera independiente. Por otro lado, existe una preocupación muy marcada por parte de UNATE y de PEM en saber qué está ocurriendo dentro de los hogares de nuestra comunidad, un espacio que muchas veces tiende a dejarse a un lado por su condición algo más *impermeable*.

En cuanto a la ficha técnica, de ese universo de 74.262 mujeres de 65 o más años en el ámbito geográfico de Cantabria, se ha obtenido una muestra de 400 encuestas, siendo el intervalo de confianza del 95%, una heterogeneidad del 50% y el margen de error del $\pm 4,9\%$.

En el diseño de la muestra se ha respetado al máximo la estratificación según dos variables: edad y ruralidad. Respecto a la primera, se han utilizado grupos quinquenales hasta los 85 años cuya población en Cantabria se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 1

65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 o más años
25%	22%	16%	15%	22%

En esta parte de la estratificación nos hemos encontrado una primera dificultad en lo concerniente al acceso a la población con mayor edad para que participe en este tipo de estudios. No solamente hablamos de la cuestión de llegar a ellas, sino además de que una cantidad no despreciable —y especialmente en el tramo de 85 o más años— de impedimento a responder la encuesta por motivo de una situación de enfermedad, necesidad de cuidados o desconfianza. Así, se percibe un mínimo sesgo que podría hacer camuflar y disminuir la soledad en estos tramos de edad.

De la misma manera se ha procedido con las localidades en las que residían, en función de si era rural, semiurbana o urbana; respetando estos porcentajes existentes en nuestra región:

Tabla 2

Menos de 2000 hab.	De 2000 y 10 000 hab.	Más de 10 000 hab.
8%	27%	65%

Un último elemento importante a la hora de diseñar la muestra ha sido la distinción entre la muestra aleatoria y el alumnado de la asociación UNATE. De las 400 encuestas mencionadas que han compuesto la muestra, 153 se corresponden a encuestas obtenidas a través de los teléfonos fijos de

manera aleatoria, mientras que 247 han sido seleccionadas manteniendo las proporciones antes citadas de la base de datos de alumnas de UNATE.

El cuestionario¹ ha sido respondido mediante entrevista telefónica durante los meses de octubre y noviembre de 2020. Durante este tiempo se han realizado 2.572 llamadas telefónicas, de las cuales 2.000 se corresponden a números aleatorios de Cantabria y las restantes 572 procedentes de UNATE.

Tabla 3

	Muestra		Llamadas	
	%	N	%	N
Aleatoria	38%	153	78%	2000
UNATE	62%	247	22%	572
Total	100%	400	100%	2572

De los datos ofrecidos se refleja la recepción tan distinta que se ha obtenido dependiendo de si, al responder, la persona al otro lado del teléfono representaba a una entidad conocida y que otorga confianza o no. De esta manera se observa un índice de respuesta del 8% en la muestra aleatoria mientras en las alumnas de UNATE ha ascendido al 41%.

Como se ha comentado anteriormente, desde el principio se quiso incluir escalas de valoración para medir diferentes perspectivas relacionadas con la soledad. En un primer cuestionario se utilizaron varias, siendo las dos que mejores resultados ofrecían —teniendo en cuenta los sesgos mencionados— la Escala de Jong Gierveld para medir la soledad detectada y la Escala de Lubben para el aislamiento social. Tras la validación inicial al pasar ese primer cuestionario a un grupo piloto se obtuvo la versión definitiva en la que fueron suprimidas otras preguntas confeccionando una encuesta final más compacta y cohesionada. Así, la duración media de las llamadas ha sido de 13 minutos.

1 Anexo I.

IV. RESULTADOS ESTUDIO

I. EXPERIENCIA DE SOLEDAD

En primer lugar, se ha observado cuál es la vivencia que las mujeres mayores tienen de la soledad, cómo se interrelacionan con ella. En este primer bloque se muestran los principales resultados del estudio como la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en las mujeres mayores de Cantabria y cómo ha acompañado este fenómeno a sus procesos vitales.

1.1. Prevalencia soledad

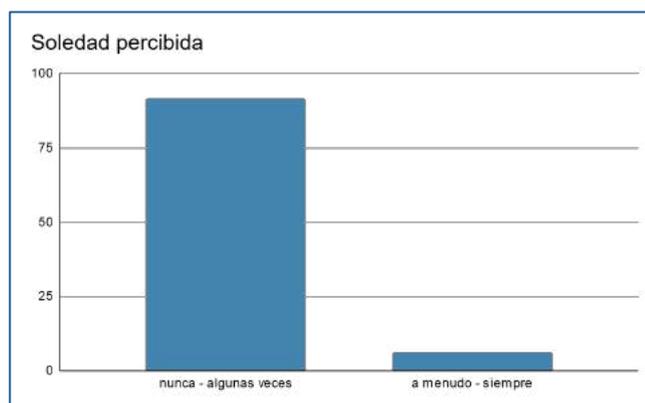
Lo primero que se quería conocer era la sensación de soledad que se siente, lo que hemos denominado **soledad percibida** y que se obtiene con las respuestas a la pregunta *¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de soledad?*

Tabla 4

Soledad percibida	%	N
Nunca	63,5%	254
Algunas veces	28,3%	113
A menudo	5,0%	20
Siempre	1,3%	5
Ns/Nc	2,0%	8

Agrupando, por una parte, las opciones en *Nunca* más *Algunas veces* y por otra *A menudo* más *Siempre* obtenemos el siguiente gráfico 1. Mientras que quienes manifiestan no sentir habitualmente sentimientos de soledad suman el 92%; sobrepasaría el 6% el valor de la soledad percibida. Esto supone en números absolutos que 4.600 mujeres mayores de 65 años afirman sentirse solas con frecuencia.

Gráfico 1

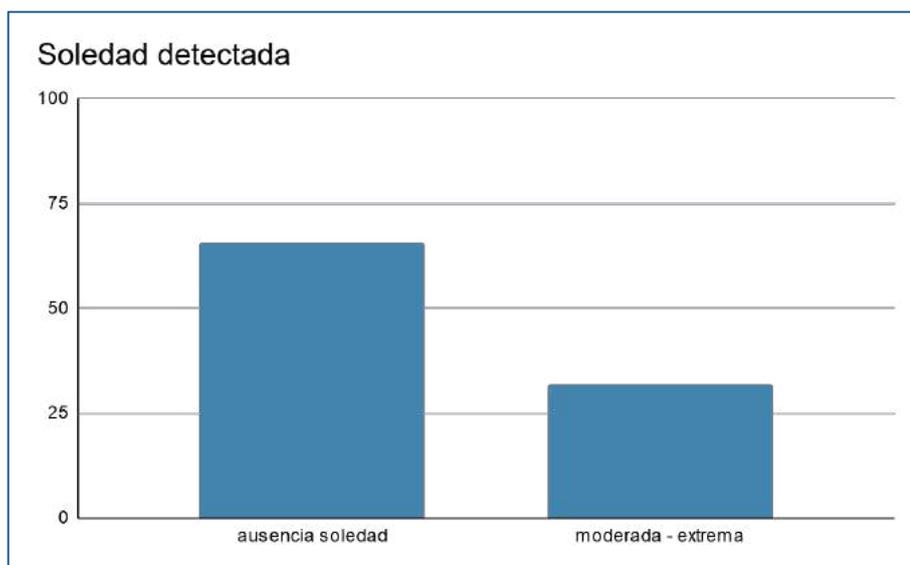


Hay ocasiones en las que no somos conscientes de aquellos momentos de soledad, o quizás por tabú no lo expresemos en una encuesta telefónica o, sencillamente, lo que para una persona es inequívocamente un momento de soledad, puede que otra no lo considere como tal. Por ello se ha querido disponer de una escala de valoración de soledad que nos permitiera equiparar las diferentes mediciones. Esta soledad que hemos denominado soledad detectada va gradualmente desde 0 a 11 puntos, de manera que de 0 a 2 se podría hablar de ausencia de soledad, de 3 a 8 puntos soledad moderada, los valores 9 y 10 corresponderían a una soledad alta y, por último, quienes puntuaran 11 se hallarían en soledad extrema (Hernan y Rodríguez, 2017). Si bien, tal y como se afirma desde su autoría, estas escalas se deben contextualizar en la cultura, el tiempo y el lugar del estudio. En nuestro caso se ha optado por considerar que se detecta soledad cuando se corresponde con los valores entre 3 y 11. En la tabla 5 y el gráfico 2 observamos cómo se distribuyen los valores de soledad detectada en la muestra.

Tabla 5

Soledad detectada	%	N
Ausencia de soledad (0-2)	66,8%	263
Soledad moderada (3-8)	26,0%	104
Soledad alta (9-10)	3,8%	15
Soledad extrema (11)	2,3%	9
Ns/Nc	2,3%	9

Gráfico 2



Comprobamos cómo varía notablemente el gráfico respecto a la soledad percibida. Aquí, los valores suman **un 32% de prevalencia de soledad en las mujeres mayores de Cantabria**, lo que nos lleva a contabilizar a prácticamente un tercio de ellas, es decir, a unas 24 mil. Esta cifra multiplica por cinco la anterior y nos ofrece una idea de hasta qué punto podemos decir que **la soledad es un fenómeno camuflado** y que está afectando un porcentaje muy significativo de las mujeres mayores en nuestra comunidad autónoma. Por otro lado, este índice del 32% va a ser el que se utilice como regla, es decir, será el parámetro base con la que comparar las demás variables del estudio.

1.2. Aislamiento social

En tercer lugar se ha querido valorar el grado de aislamiento social. Para esta cuestión se ha utilizado la Escala de Lubben en su versión LSNS-6 que mide tanto la integración/aislamiento a nivel familiar como en relación a las amistades. En las valoraciones parciales la puntuación oscila entre 0 hasta 15, considerándose aislada una persona que no alcanza los 7 puntos. De manera similar sumamos ambas puntuaciones para mostrar un aislamiento social si no se llega a los 13 puntos.

La tabla 6 muestra cómo la red de apoyo familiar es insuficiente en el 11% de los casos mientras que este valor asciende hasta el 30% en aquellas que no están integradas dentro de una red fuerte de amistades. Se puede afirmar que unas 8.400 mujeres mayores (una de cada nueve) carece de una red familiar sólida, mientras que más de 22.000 (un tercio) no dispone de una red de amistades a la que acudir en caso de necesidad. Al combinar ambas redes de apoyo y analizar el grado de integración en su conjunto, resulta que **un 19% (unas 14.000 mujeres mayores de 65 años en Cantabria) no dispone de una red en la que exponer sus preocupaciones o a quien solicitar ayuda.**

Tabla 6

Redes de apoyo	%	N
Aislamiento familiar (0-6)	11,3%	45
Integración familiar (7-15)	86,0%	344
Ns/Nc	2,8%	11
Aislamiento amistades (0-6)	30,0%	120
Integración amistades (7-15)	67,3%	269
Ns/Nc	2,8%	11
Aislamiento social (0-12)	18,5%	74
Integración social (13-30)	78,8%	315
Ns/Nc	2,8%	11

Gráfico 3

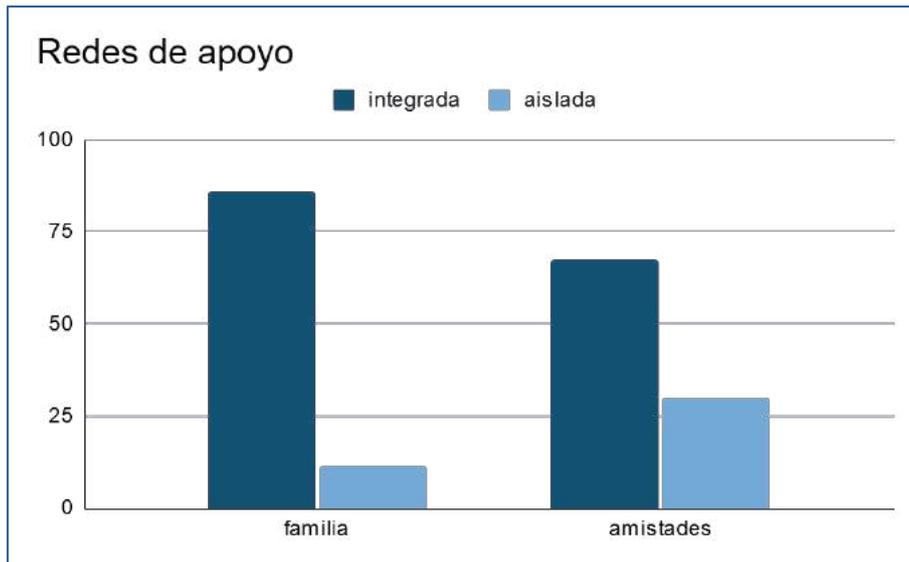
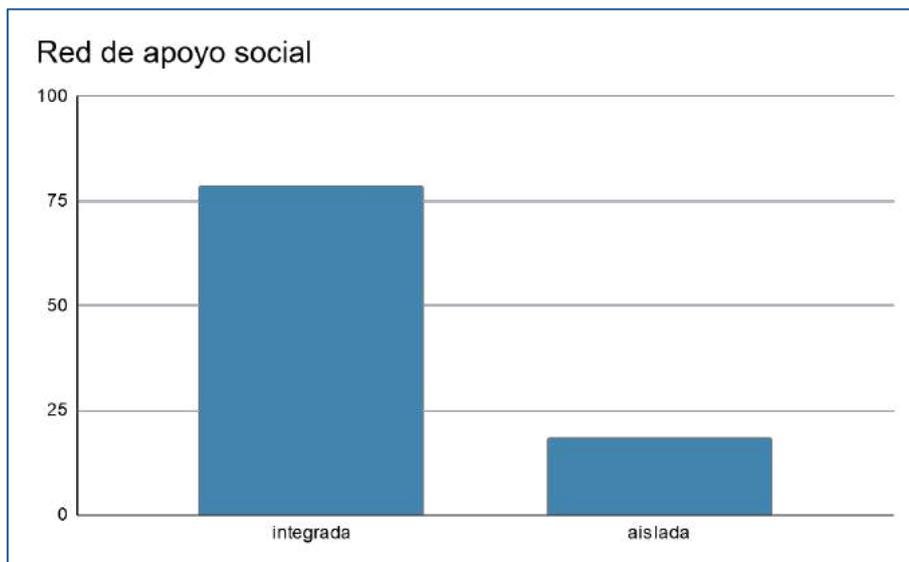


Gráfico 4



Para comprobar la importancia de las redes de apoyo se relacionan a continuación los resultados de los distintos aislamientos con la soledad percibida y detectada. En la tabla 7 se muestra aquellas personas que habían mostrado cuotas altas en la escala de aislamiento y podemos comprobar que duplican los niveles de los índices de soledad. **Las redes de apoyo familiares débiles se muestran especialmente importantes en la soledad percibida** (16% para los casos de aislamiento y 6% en global) mientras **la falta de redes entre las amistades están indicando mayores cuotas de soledad detectada** (66% frente al 32% de toda la muestra).

Tabla 7

Aislamiento y soledad	Soledad percibida	Soledad detectada
Aislamiento familiar	15,6%	62,2%
Aislamiento amistades	11,7%	65,8%
Aislamiento social	12,2%	78,4%

1.3. Cantabria y UNATE

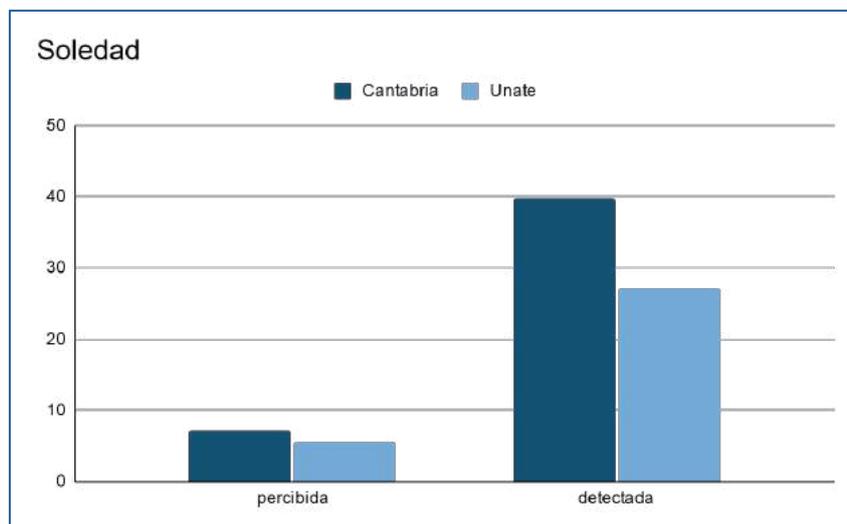
Hemos aprovechado que contábamos con dos muestras diferenciadas para aplicar los tres criterios anteriores en ellas y observar cuál era su comportamiento. En las siguientes tablas y gráficos se intentan resumir los resultados obtenidos en los que claramente se observa cómo las mujeres que acuden a la formación impartida en Unate muestran niveles notablemente inferiores de soledad y aislamiento. En los siguientes apartados del estudio intentaremos analizar qué variables inciden en mayor medida en lo expuesto.

En relación a la soledad, la muestra externa a UNATE llega al 7% de soledad percibida y la de la Universidad Permanente se mantiene por debajo del 6%, refiriendo un 27% más de soledad. Si hablamos de la soledad detectada, en las alumnas de Unate aparece un 27% mientras que en la muestra externa se eleva al 40%; doblando la diferencia hasta el 50 puntos más.

Tabla 8

Soledad	Percibida			Detectada		
	A menudo - siempre	Nunca - algunas veces	Ns/Nc	Moderada - extrema	Ausencia	Ns/Nc
Muestra Unate	5,7%	92,3%	2,0%	27,1%	69,2%	3,7%
Muestra aleatoria	7,2%	90,9%	1,9%	39,9%	58,8%	1,3%

Gráfico 5

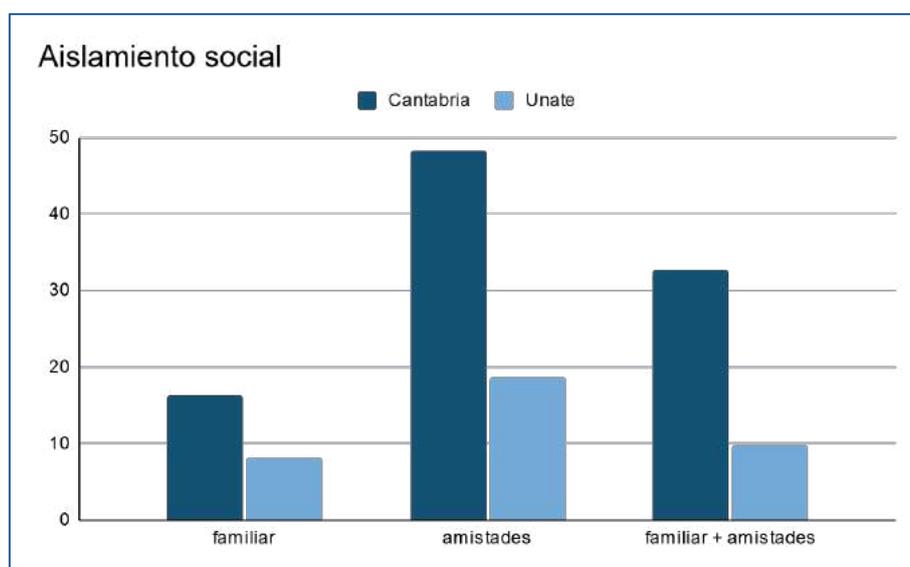


Por otro lado, tenemos de nuevo a las redes de apoyo tanto agrupadas como desagrupadas por familia, y amistades. Las mujeres que acuden a Unate indican la mitad de aislamiento familiar (8% frente a 16%) y se multiplica por 2,5 en la red de amistades (19% frente a 48%). En la posición combinada de aislamiento social global pasaríamos de cerca del 10% en Unate a casi un 33% fuera de la entidad, más del triple.

Tabla 9

Redes de apoyo	Familiar			Amistades			Social		
	Aislada	Integrada	Ns/Nc	Aislada	Integrada	Ns/Nc	Aislada	Integrada	Ns/Nc
Muestra Unate	8,1%	88,2%	3,7%	18,6%	77,7%	3,7%	9,7%	86,64%	3,7%
Muestra aleatoria	16,3%	82,4%	1,3%	48,4%	50,3%	1,3%	32,7%	66,0%	1,3%

Gráfico 6



1.4. Vivencia de la soledad

Se ha visto que la definición de soledad o los distintos tipos de soledad varían en función de cada persona. El hecho de que sea algo tan subjetivo nos dificulta enormemente su estudio y análisis. Para acercarnos a los conceptos de soledad deseada y soledad no deseada se han realizado diversas preguntas en la encuesta que pretenden arrojar luz sobre esa experiencia bajo los componentes de voluntariedad y de vida en solitario.

Se ha preguntado en primer lugar a toda la muestra que sentía soledad o viviera sola qué percepción tenía de la misma. Así tenemos que para la gran mayoría -un 64%- la soledad es algo negativo frente al 36% que afirma disfrutarla con mayor frecuencia de la que la padece. En la primera categoría incluiríamos las respuestas *Nunca* más *En ocasiones* y en la segunda *A menudo* y *Siempre o casi siempre*. De aquí podemos constatar que efectivamente la soledad en nuestra sociedad se ve como algo negativo, un fenómeno a evitar.

Tabla 10

Disfrute soledad entre quienes las experimentan	%	N
Nunca	39,1%	61
En ocasiones	25,0%	39
A menudo	16,7%	26
Siempre o casi siempre	19,2%	30

El siguiente aspecto clave es la convivencia. Aunque esta cualidad la analizaremos en profundidad más adelante, queremos detenernos en la relación entre quienes viven solas y su valoración de la soledad. Frecuentemente se asocia automáticamente que cualquier persona mayor que no conviva con nadie es una persona que sufre soledad, por lo que para conocer la incidencia de soledad solamente tendríamos que ir a las bases de datos objetivas. Pero si damos un paso más y les preguntamos, vemos que son más las mujeres que viven solas y hablan de la soledad como un estado satisfactorio (56%) que aquellas que lo consideran como algo indeseable (44%) (tabla 11).

Tabla 11

Disfrute soledad entre quienes viven solas	%	N
Nunca	31,2%	29
En ocasiones	12,9%	12
A menudo	31,2%	29
Siempre o casi siempre	24,7%	23

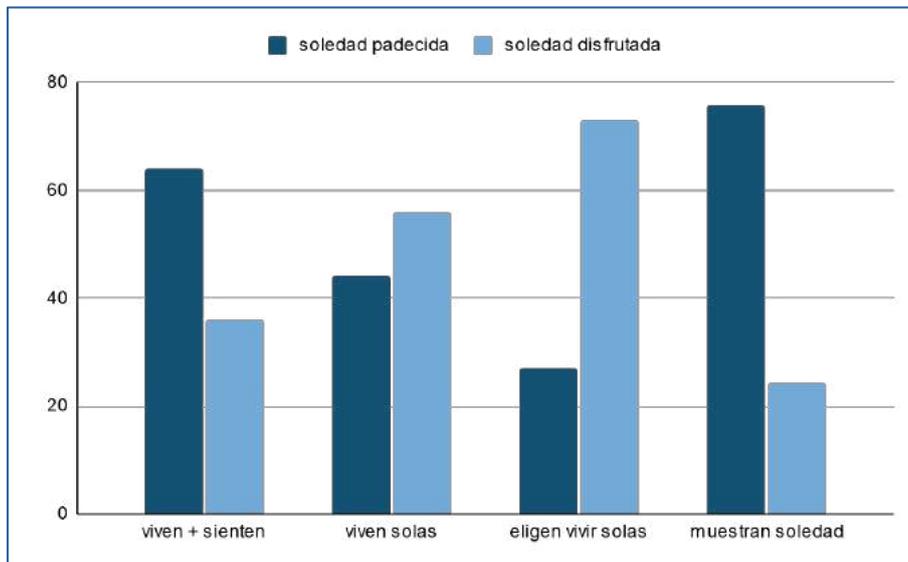
Aunque la tabla anterior no ofrece unos resultados especialmente significativos o que muestren una tendencia evidente, sí nos sirve para poner más que en duda la afirmación que equipara la vida en solitario con la sensación de soledad no deseada. Ahora bien, podemos incluso indagar más y preguntar qué motiva el hecho de vivir sin compañía, al menos si se trata de una decisión propia o impuesta por las circunstancias. Esas circunstancias pueden tener relación con la marcha de las hijas e hijos, el fallecimiento de la pareja, de la madre o del padre, etc. Y tras esta pregunta sí que observamos un cambio muy importante en los datos obtenidos: entre quienes afirman haber elegido vivir sola, el 73% dice disfrutar de esta condición (tabla 12). En esta ocasión, al ir descartando opciones, la muestra final resulta demasiado escasa para tomar el resultado como certeza absoluta pero sí nos proporciona indicadores para continuar esta línea de investigación.

Tabla 12

Disfrute soledad entre quienes viven solas	%	N
Nunca	8,1%	3
En ocasiones	18,9%	7
A menudo	35,1%	13
Siempre o casi siempre	37,8%	14

Con todo lo anterior expuesto, los datos obtenidos parecen indicar que si bien es cierto que la soledad es un fenómeno entendido como desagradable y no deseado en términos generales, no podemos asociarla libremente al hecho de vivir sola y que sobre todo, varía notablemente su percepción en cuanto la decisión de vivir sola ha sido tomada en lugar de impuesta, pasando a ser considerada como deseada en una amplia mayoría.

Gráfico 7



1.5. Biografía

Un último aspecto que queríamos tener en cuenta a la hora de abordar la propia experiencia de cada soledad son sus antecedentes. Se ha intentado ver qué relación existe entre quienes arrastran sensaciones de soledad desde la infancia, adolescencia u otras etapas de la vida, aunque existe la limitación de que las mujeres encuestadas representan un espectro de edad demasiado amplio para compararse con facilidad. Lógicamente la soledad que puede empezar a sentir una persona a los 65 años podría conllevar mayores cuotas de ese mismo sentimiento a los 80 o 90. Incluso asumiendo esos detalles los datos resultan bastante reveladores.

En primer lugar, las mujeres que reconocen haber sentido soledad en otros periodos de su vida suponen el 18% de la muestra. De ellas, un 4% la sintieron en la niñez, un 5% durante su juventud, un 9% en la madurez y un 10% en otras etapas de la vejez.

Tabla 13

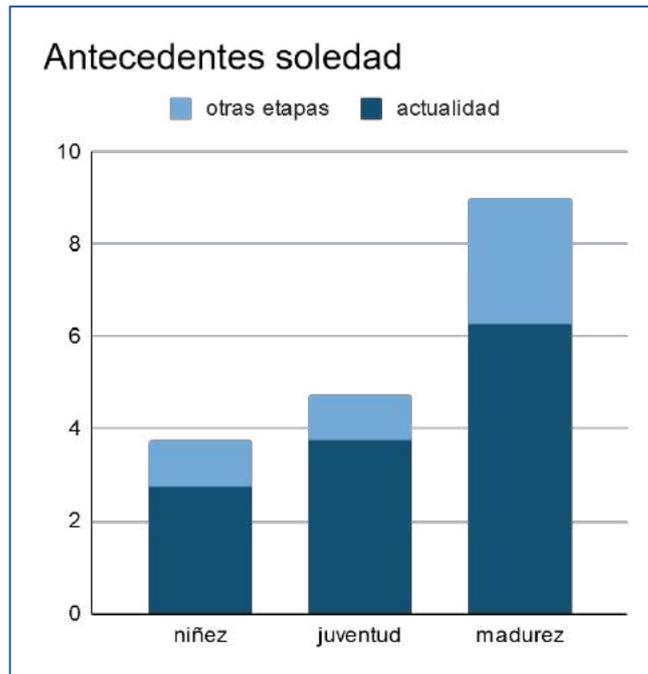
Soledad en otras etapas	%	N
Nunca	75,5%	302
Niñez	3,8%	15
Juventud	4,8%	19
Madurez	9,0%	36
Vejez	9,8%	39
Ns/Nc	6,5%	26

Lo siguiente que se ha hecho es relacionar a esas mujeres que manifestaban haber sentido soledad en otros momentos de su vida con la sentida y detectada en la actualidad. Al fijarnos en las respuestas sobre si habían sentido soledad en otras etapas y compararlas con su sensación actual obtenemos unos niveles especialmente elevados. La soledad percibida oscila entre 28% y 33% mientras que el intervalo de la detectada se mueve entre los 69% y 79%, con la única etapa significativa la madurez ocupando los valores más reducidos. Si lo comparamos con la prevalencia muestral, la soledad percibida se multiplica por 5 y la detectada por 2,3; así que entre quienes han experimentado otras etapas de soledad no solamente vemos mayor prevalencia sino además un aumento de la consciencia de la misma. La biografía pues, que quizás no sea una cuestión tan importante a nivel cuantitativo (alrededor del 13% del total han experimentado soledad en otras etapas y también ahora), sí conlleva una fuerte impronta por lo que la historia de vida nos marca profundamente y nos acompaña hasta el final.

Tabla 14

Soledad en otras etapas y también ahora	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nunca	2,3%	97,7%	24,5%	75,5%
Niñez	33,3%	66,7%	73,3%	26,7%
Juventud	31,6%	68,4%	79,0%	21,0%
Madurez	27,8%	72,2%	69,4%	30,6%
Vejez	33,3%	66,7%	71,8%	25,6%

Gráfico 8



II. DATOS SOCIOECONÓMICOS

Nuestras propias condiciones sociales también pueden marcar una diferencia significativa a la hora de sentir más o menos soledad. A continuación nos detenemos en las principales variables que influyen en la soledad de las mujeres mayores de Cantabria.

2.1. Edad

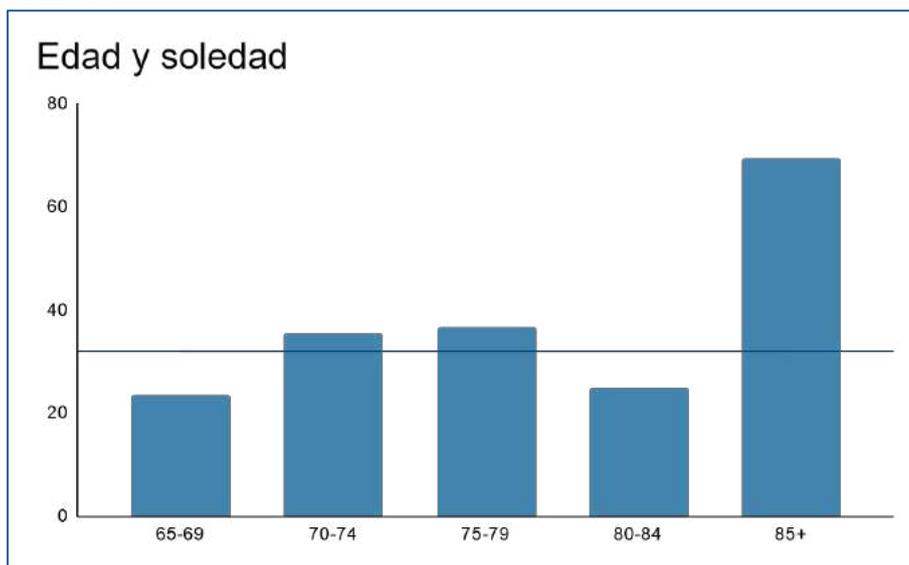
La primera que enlaza con el apartado anterior es la edad biológica de cada mujer. Una vez desglosados los resultados de soledad en función de los grupos de edad, la primera consideración es la de que se debería profundizar en cada tramo en particular para obtener más información sobre cuáles sus factores concretos puesto que pueden ser muy distintos al tratarse de un intervalo tan grande -se han entrevistado a mujeres con más de 30 años de diferencia de edad-. Por ejemplo, variables como el estado civil, la salud, las actividades diarias, etc. resultan muy heterogéneas y están influenciadas por cada grupo de edad.

Sin embargo, en lo que la tabla 15 y el gráfico 9 no dejan lugar a dudas es que a partir de los 85 años se dispara la prevalencia de soledad no deseada y sería muy conveniente prestar especial atención a dicho tramo de edad. A partir de ese momento se alcanza un 70% doblando los peores tramos anteriores.

Tabla 15

Edad y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
65-69 años	4,4%	93,2%	23,6%	73,3%
70-74 años	6,5%	92,5%	35,5%	62,4%
75-79 años	6,9%	90,8%	36,8%	59,8%
80-84 años	5,6%	91,7%	25,0%	72,2%
85 y más años	17,4%	82,6%	69,6%	30,4%

Gráfico 9



2.2. Estado civil

Buscando la determinación del estado civil en la tabla 16 observamos que las mujeres separadas o divorciadas muestran menos soledad (23%), seguidas de quienes están casadas (27%), solteras (31%) y viudas (43%). Sin lugar a dudas resulta un factor crucial como así lo han manifestado al enumerar los motivos principales de soledad. Este incremento significativo de la prevalencia de soledad en relación a la viudedad se observa especialmente en los años siguientes al fallecimiento del marido, donde además se denota una desigualdad de género que puede estar agravando la situación.

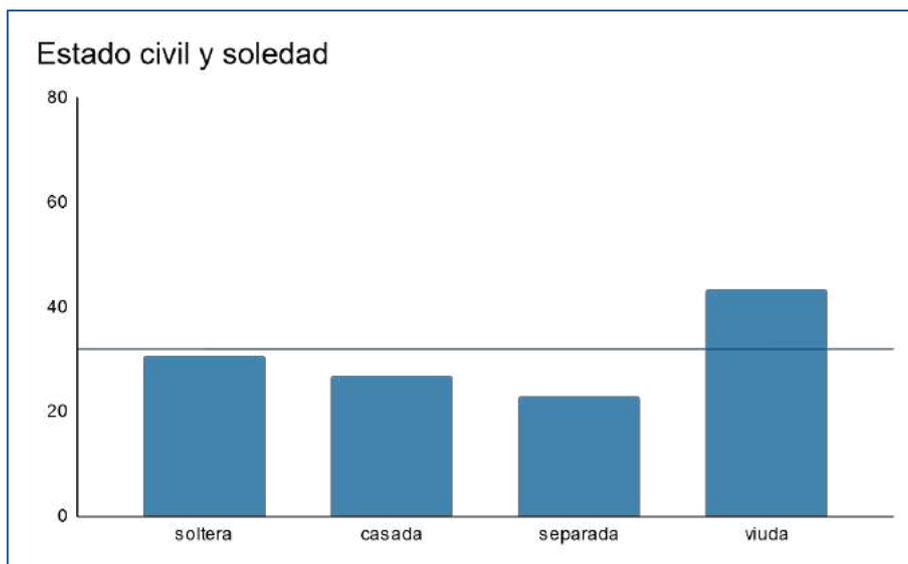
Tabla 16

Estado civil	%	N
Soltera	16,3%	65
Con pareja	44,5%	178
Separada	8,8%	35
Viuda	30,0%	120
Ns/Nc	0,5%	2

Tabla 17

Estado civil y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Soltera	7,7%	92,3%	30,8%	69,2%
Con pareja	1,7%	95,5%	27,0%	69,1%
Separada	11,4%	88,6%	22,9%	74,3%
Viuda	10,8%	86,7%	43,3%	55,0%

Gráfico 10



2.3. Municipio

Además de estratificar la muestra según el tamaño del municipio se han analizado las soledades según su ruralidad y el tiempo que llevaban viviendo en él con los siguientes resultados. La tabla 18 señala una prevalencia algo superior en las zonas semiurbanas e inferior en las urbanas sin llegar a ser especialmente significativo. En nuestra opinión, se hace necesario indagar en los elementos detrás de las soledades específicas de cada entorno.

Tabla 18

Tamaño municipio y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Rural (0-2.000 hab.)	7,0%	93,0%	36,8%	63,2%
Semiurbana (2.000-10.000 hab.)	7,8%	88,2%	39,2%	58,8%
Urbana (10.000 hab. o más)	5,8%	92,1%	29,8%	66,8%

En una comunidad como Cantabria donde los diez municipios urbanos concentran el 65% de la población mientras los cincuenta y cinco rurales apenas suponen el 8%, nos hemos detenido también en observar las diferencias entre sus distintas redes de apoyo para verificar si los niveles de aislamiento varían en función del tamaño del municipio. En la tabla 19 comprobamos que en el ámbito rural destaca un fuerte descenso del aislamiento familiar que desciende desde el 11% de toda la muestra al 5% para esta fracción, mientras en las redes de apoyo de amistades (41%) y la global -social- (28%) se muestran notablemente más débiles (30% y 19% respectivamente). Por otro lado, en las poblaciones urbanas vemos unas cuotas de aislamiento ligeramente más bajas.

Tabla 19

Ruralidad y aislamiento	Familiar	Amistad	Social
Rural (0-2.000 hab.)	5,3%	42,1%	28,1%
Semiurbana (2.000-10.000 hab.)	13,7%	41,2%	25,5%
Urbana (10.000 hab. o más)	12,0%	25,7%	15,4%

En las tablas 20, 21 y 22 se indica el tiempo que llevan viviendo en su domicilio las mujeres que respondieron la encuesta; su relación con la soledad percibida y detectada; y la combinación entre arraigo, ruralidad y soledad. Los datos más significativos inciden en una mayor cuota de soledad hacia quienes llevan muy poco tiempo viviendo en el municipio actual.

Tabla 20

Arraigo	%	N
Menos de 5 años	2,3%	9
Entre 5 y 20 años	10,8%	43
Entre 20 y 50 años	34,0%	136
Más de 50 años	52,3%	209
Ns/Nc	0,8%	3

Tabla 21

Arraigo y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Menos de 5 años	11,1%	88,9%	55,6%	33,3%
Entre 5 y 20 años	2,3%	97,7%	37,2%	62,8%
Entre 20 y 50 años	7,4%	89,0%	28,7%	65,4%
Más de 50 años	6,2%	92,3%	32,5%	66,5%

Tabla 22

Arraigo, ruralidad y soledad	Detectada	No detectada
Menos de 5 años + rural	100,0%	0,0%
Menos de 5 años + urbana	42,9%	42,9%
Entre 5 y 20 años + rural	37,5%	62,5%
Entre 5 y 20 años + urbana	33,3%	66,7%
Entre 20 y 50 años + rural	21,4%	78,6%
Entre 20 y 50 años + urbana	29,1%	64,1%
Más de 50 años + rural	41,2%	58,8%
Más de 50 años + urbana	29,7%	69,0%

2.4. Estudios

Preguntamos por los estudios para referirnos al nivel académico alcanzado pero también guarda relación con la dificultad o facilidad de acceso a la información, a solicitar determinadas ayudas y al autorreconocimiento que conlleva. Con los resultados observamos la importancia de continuar formándose en todas las etapas y mantener un estilo de vida activo a nivel cognitivo. Así, en las mujeres mayores sin estudios o con estudios primarios se detecta hasta un 50% más de soledad que en las categorías de estudios secundarios y superiores.

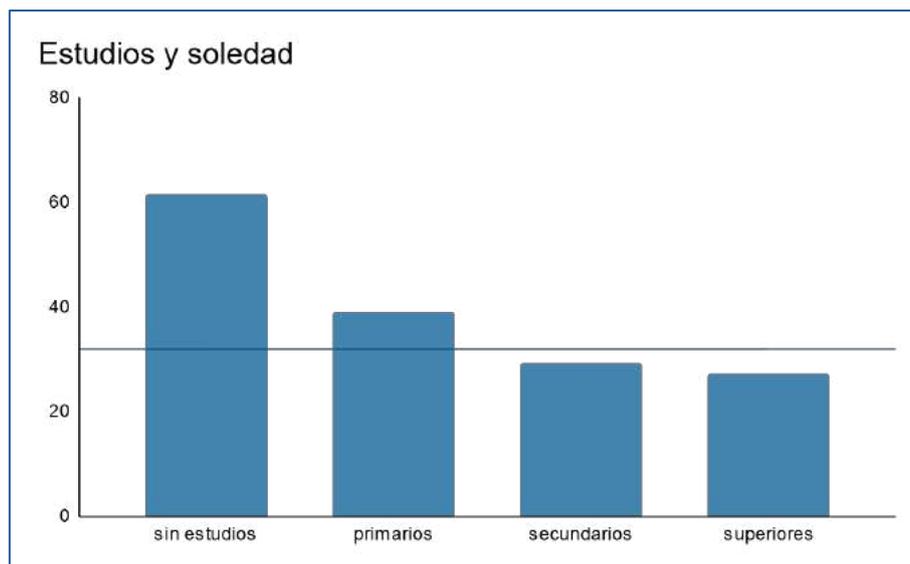
Tabla 23

Estudios	%	N
Sin estudios	3,3%	13
Primarios	26,3%	105
Secundarios	24,8%	99
Superiores	45,8%	183
Ns/Nc	0,0%	0

Tabla 24

Estudios y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Sin estudios	30,8%	61,5%	61,54%	30,8%
Primarios	6,7%	91,4%	39,1%	58,1%
Secundarios	4,0%	93,9%	29,3%	67,7%
Superiores	5,5%	92,9%	27,3%	70,5%

Gráfico 11



2.5. Economía

Como observamos en la tabla 26 y en el gráfico 12, la curva de sobre la soledad detectada en función de su economía es muy semejante a la anterior. Aquí los ingresos apuntan a una determinación en la soledad de las mujeres mayores que no deja lugar a dudas: con unos niveles bajos y medio-bajos (39%) se obtiene un 44% más de soledad detectada que cuando los ingresos son medios-altos o altos (27%). Si nos fijamos en la soledad percibida el aumento llega al 100%.

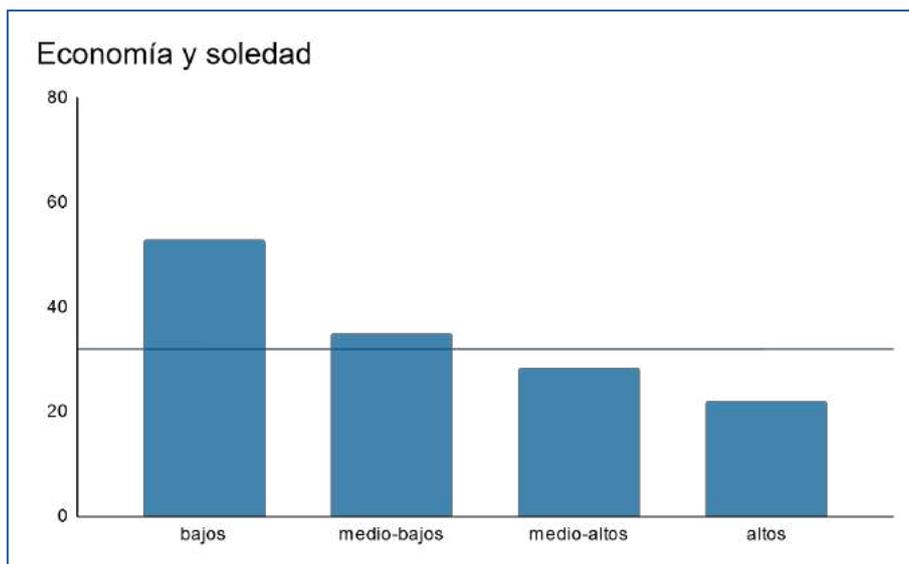
Tabla 25

Nivel económico	%	N
Bajos	8,5%	34
Medio-bajos	35,0%	140
Medio-altos	46,0%	184
Altos	10,3%	41
Ns/Nc	0,3%	1

Tabla 26

Economía y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Bajos	20,6%	79,4%	52,9%	47,1%
Medio-bajos	5,7%	92,3%	35,0%	63,6%
Medio-altos	4,9%	92,4%	28,3%	67,9%
Altos	2,4%	95,1%	22,0%	73,2%

Gráfico 12



La cantidad de ingresos en una unidad de convivencia afecta enormemente a cómo se puede reaccionar ante una adversidad como puede ser un accidente con lesiones físicas, a los servicios privados que pueden solicitarse, a la posibilidad de un cambio de residencia o de realizar obras en la vivienda. Al margen de los sesgos que siempre conllevan este tipo de preguntas, vemos que al igual que ocurría con los estudios, el mayor escalón se encuentra entre los niveles *Bajos* y *Medio-bajos*. Ese estrato social sale muy perjudicado en sus niveles de soledad tanto percibida como detectada y arrastra sus números a otras variables como ruralidad, ocio, movilidad, etc.

III. SALUD

Numerosos estudios mencionan que uno de los determinantes principales de la soledad es el estado de salud. Hablamos de salud para referirnos a bienestar en sentido amplio, tanto físico como emocional, mental, etcétera. Es importante recordar que precisamente muchas mujeres que se encontraban en un estado de salud deteriorado u hospitalizadas en el momento del desarrollo del trabajo de campo no pudieron participar en la encuesta por lo que aparece un sesgo importante que, en todo caso, daría unos resultados más acuciantes.

Además, 2020 será uno de los años en los que la población en general habrá estado más preocupada por la salud de los últimos tiempos pero, ¿hasta dónde afecta a la soledad? Y en unos meses marcados por la pandemia y los confinamientos, ¿cómo está influyendo en las soledades deseadas y no deseadas?

3.1. Percepción actual

Una vez tenido en cuenta lo anterior, la valoración propia que tienen las mujeres que han respondido a la encuesta sobre su salud es mayoritariamente positiva. Las categorías *Muy buena* más *Buena* agrupan el 76% de respuestas, que su salud es *Regular* lo opina un 20% y solamente el 3% se encasilla en un estado *Malo o muy malo* (tabla 27).

Tabla 27

Estado salud	%	N
Muy bueno	21,3%	85
Bueno	54,8%	219
Regular	20,3%	81
Malo o muy malo	3,0%	12
Ns/Nc	0,8%	3

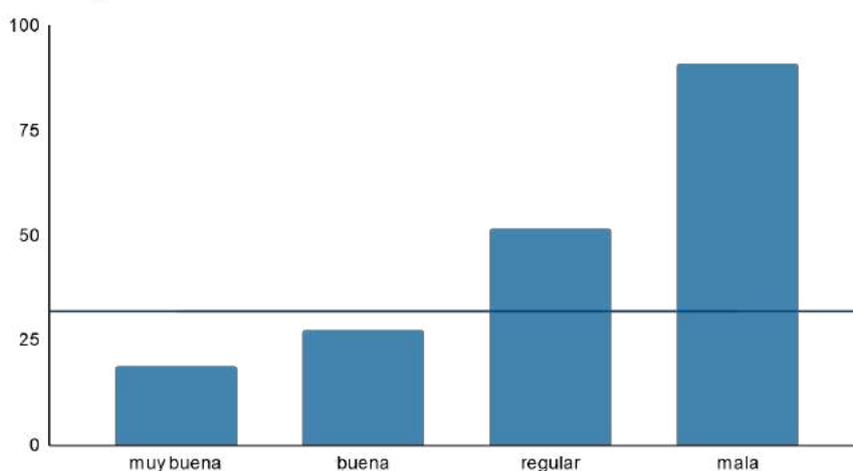
A la hora de comprobar la soledad percibida y detectada en cada estrato, se observa que la curva aumenta casi de manera exponencial como puede observarse en la gráfica 13. En los niveles de salud *Muy buena* la soledad detectada se quedaría en el 19%, pasando al 27% para *Buena* y al 52% en la categoría *Regular*, la cual ya superaría la barrera del 32% marcado como baremo estándar para la muestra global. El último escalón asciende al 91% lo que nos da una idea de lo muchísimo que está afectando la variable salud en soledad de las mujeres mayores.

Tabla 28

Salud y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Muy buena	3,5%	96,5%	18,8%	80,0%
Buena	5,5%	92,2%	27,4%	70,3%
Regular	8,6%	91,3%	51,9%	45,7%
Mala o muy mala	25,0%	75,0%	83,3%	16,7%

Gráfico 13

Salud y soledad



También se ha comprobado en qué medida afecta el estado de salud a las tareas cotidianas con el resultado de una tendencia muy similar tanto en la afectación (tabla 29) como en su relación con la soledad asociada a la misma (tabla 30). En los dos tipos de soledad comprobamos que cuando la mala salud nos está afectando en mayor medida a nuestra vida diaria percibimos la soledad en mayor grado, con una relación de 2,5 en lugar del 5,1 del promedio entre soledad percibida y detectada. Es decir, en estos casos la población es el doble de consciente de su situación de soledad.

Tabla 29

Afectación salud vida diaria	%	N
Nada	58,3%	233
Poco	26,3%	105
Bastante	10,8%	43
Mucho	4,0%	16
Ns/Nc	0,8%	3

Tabla 30

Afectación salud y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nada	4,3%	94,0%	23,6%	74,3%
Poco	4,8%	94,3%	36,2%	61,9%
Bastante	14,0%	86,1%	58,1%	41,9%
Mucho	25,0%	75,0%	62,5%	31,3%

3.2. Cuidados

Los apoyos que una persona tenga en determinados momentos puede conllevar un aumento o disminución de las sensaciones de soledad presentes. En ocasiones una auxiliar a domicilio puede llegar a ser la única confidente que se tenga o ser la persona con la que más se hable a lo largo de las semanas, al margen de la familia que se tenga. Se ha preguntado por este aspecto y a continuación se reflejan los resultados en categorías según si no cuentan con apoyo o si la ayuda a domicilio es esporádica, frecuente o habitual (tabla 31). Se han ignorado otros apoyos por no alcanzar un número considerable. En la tabla 32 vemos que en gran mayoría de las ocasiones estos cuidados son realizados por profesionales.

Tabla 31

Apoyos autonomía	%	N
Ninguno	61,5%	246
Cuidados esporádicos	5,3%	21
Cuidados frecuentes	22,8%	91
Cuidados habituales	9,5%	38

Tabla 32

Persona que cuida	%	N
Familiar	20,0%	30
Profesional	79,3%	119
Ns/Nc	0,7%	1

Respecto a las soledades relacionadas, nos llama la atención que en los casos en los que existe un cuidado habitual en el domicilio baja sensiblemente la percepción de soledad (tabla 33).

Tabla 33

Apoyos autonomía y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguno	5,3%	93,5%	30,1%	67,9%
Cuidados esporádicos	23,8%	76,2%	47,6%	52,4%
Cuidados frecuentes	6,6%	92,3%	28,6%	69,2%
Cuidados habituales	2,6%	97,4%	44,8%	52,6%

Tabla 34

Quién cuida + frecuencia y soledad	Detectada	No detectada
Familiar esporádico	66,67%	33,3%
Familiar frecuente	60,0%	40,0%
Familiar habitual	55,6%	38,9%
Profesional esporádico	47,1%	52,9%
Profesional frecuente	25,6%	72,0%
Profesional habitual	35,0%	65,0%

Una última pregunta realizada sobre los cuidados ha sido si ellas se encargaban de manera frecuente de los cuidados de otra persona con dos posibles opciones afirmativas, persona dependiente y/o cuidado infantil. Más de dos tercios han respondido que no y entre quienes sí cuidan como persona principal, aparecen los cuidados infantiles relacionados a un fuerte descenso de los niveles de soledad.

Tabla 35

Cuidados realizados	%	N
Ninguno	69,8%	279
Dependiente	8,8%	35
Infantil	12,8%	51
Ns/Nc	8,8%	35

Tabla 36

Cuidados realizados y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguno	6,5%	93,2%	35,8%	63,1%
Dependiente	2,9%	94,3%	31,4%	65,7%
Infantil	0,0%	100,0%	11,8%	84,3%

3.3. COVID

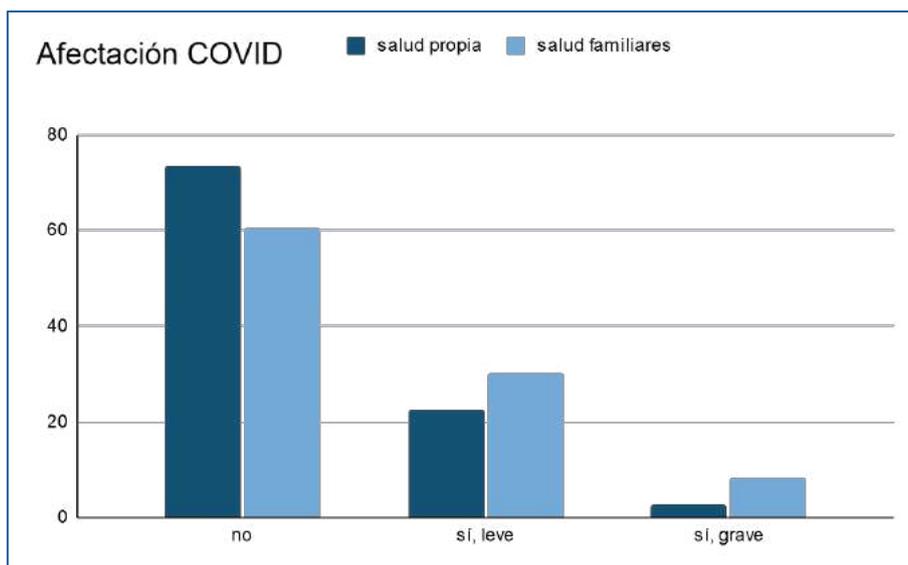
Hemos querido reflejar aquí el impacto del coronavirus en la población objeto del estudio y en su soledad. En las tablas 37 y 38 vemos su afectación más directa comparando el nivel individual con el de sus familiares. Nos referimos a una afectación grave cuando se ha requerido un ingreso hospitalario, riesgos importantes o fallecimiento, todo siempre desde la subjetividad de cada persona. La afectación leve sería el resto de implicaciones que ha podido suponer la pandemia desde el mero confinamiento, la falta de relaciones, una sintomatología leve, retrasos en pruebas médicas, el uso de la mascarilla o la tristeza por toda la situación; siendo este último motivo más mencionado.

De esta manera, en el 3% de la muestra ha referido que se ha visto afectada de manera grave mientras que sus familiares lo han hecho en un 8%. La afectación leve asciende hasta un 23% y un 30% y quienes consideran que no ha habido ningún impacto o modificación negativa por COVID alcanza un 74% en ellas y un 61% en sus familiares. Es destacable que esos efectos leves han afectado a una cuarta parte de la población, con sus correspondientes consecuencias.

Tabla 37

Afectación COVID	Nada	Leve	Grave	Ns/Nc
Salud propia	73,5%	22,5%	2,8%	1,2%
Familiares	60,5%	30,2%	8,3%	1,0%

Gráfico 14

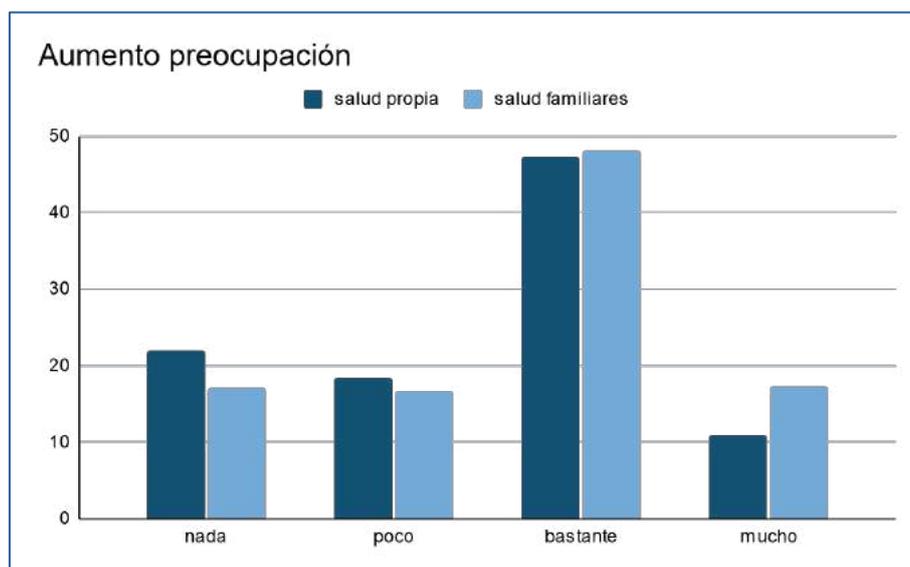


A continuación se proponía que echaran un vistazo atrás, exactamente hasta principios de año cuando todo el fenómeno del coronavirus era desconocido y que compararan su preocupación actual por la salud -tanto la propia como la de sus familiares- con la que tenían entonces. Un 58% (agrupando las filas de *Bastante* y *Mucho*) de ellas piensa más en su salud ahora que antes del coronavirus, aumentando siete puntos cuando se les pregunta por la preocupación respecto a la salud de sus familiares.

Tabla 38

Aumento preocupación	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Ns/Nc
Salud propia	22,3%	18,5%	47,3%	11,0%	1,0%
Familiares	17,0%	16,8%	48,0%	17,3%	1,0%

Gráfico 15



Para valorar cuánto y cómo se ha visto afecta el sentimiento de soledad tras la pandemia se han realizado dos preguntas: 1) si se habían sentido acompañadas y, 2) si se sentían más solas ahora que antes de la irrupción del virus. Antes de ver esos resultados nos fijamos en los niveles de soledades según la afectación de COVID. Dejando a un lado los casos graves por su baja significación, observamos que la soledad percibida es el triple en quienes sí consideran que el coronavirus les ha afectado y casi el doble en el caso de la soledad detectada.

Tabla 39

COVID y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Salud no afectada	4,4%	94,2%	26,9%	70,4%
Afectación leve	12,2%	87,8%	48,9%	51,1%

Respecto al arropo experimentado durante la pandemia, los datos muestran un acompañamiento positivo en el 77% de los casos aunque no podemos dejar de señalar ese otro 20%, más de 14 mil mujeres mayores en nuestra comunidad, que afirma haberse sentido nada o poco arropada (tabla 40). Este acompañamiento tiene una proyección clara en la sensación de soledad actual, con un 11% de soledad percibida y un 47% de detectada en quienes acusan un apoyo débil, frente al 5% y 29% en aquellas mujeres que dicen haberse sentido bastante o muy arropadas durante la pandemia (tabla 41).

Tabla 40

Acompañamiento pandemia	%	N
Nada	2,5%	10
Poco	17,3%	69
Bastante	55,5%	222
Mucho	21,5%	86
Ns/Nc	3,3%	13

Tabla 41

Acompañamiento y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
No + Un poco	11,4%	88,6%	46,8%	53,2%
Bastante + Mucho	4,9%	95,1%	28,9%	70,8%

La otra pregunta que se consideró clave es la referida a un posible aumento de la sensación de soledad tras los siete meses de virus, confinamiento, etcétera. En esta ocasión si nos fijamos exclusivamente en si la respuesta es afirmativa o negativa, tenemos un resultado del 53% de casos en los que ha crecido la sensación de soledad desde que se inició la pandemia y en un 19% este aumento fue en una cantidad importante. Podemos incluso fijarnos en aquellas personas que viven en solitario para comprobar cómo les ha afectado medidas especialmente duras como el confinamiento domiciliario y en estos caso el incremento de soledad alcanza al 66% (aumento de 13 puntos) y de manera notable al 34%, suponiendo un 79% más de incidencia respecto la muestra total (tabla 42).

Tabla 42

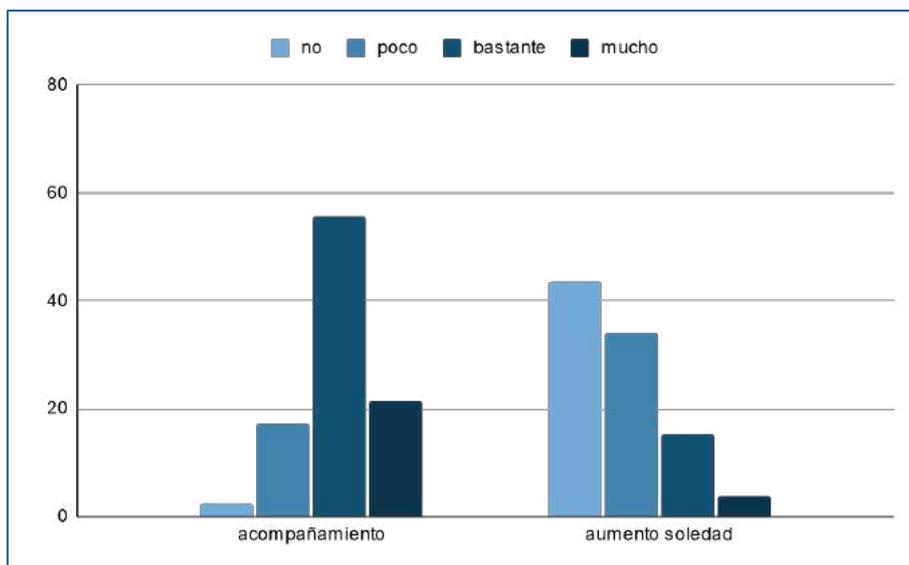
Aumento soledad por COVID	Toda la muestra		Viven en solitario	
	%	N	%	N
Nada	43,5%	174	32,6%	46
Poco	34,0%	136	31,9%	45
Bastante	15,3%	61	25,5%	36
Mucho	3,8%	15	8,5%	12
Ns/Nc	3,5%	14	1,4%	2

Por último, la prevalencia de la soledad percibida actual se multiplica por 2 e incluso por 6 para los dos tramos superiores de aumento respecto a la muestra global. Unos datos similares se observan en las columnas de soledad detectada (tabla 43).

Tabla 43

Aumento y soledad actual	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
No	3,5%	96,6%	19,5%	80,5%
Un poco	2,9%	97,1%	36,0%	63,2%
Bastante	14,8%	85,3%	50,8%	49,2%
Mucho	40,0%	60,0%	73,3%	26,7%

Gráfico 16



IV. VIVIENDA

Hemos visto que no vivir sola y sentirse sola no son dos variables que podamos correlacionar con tanta facilidad. Pasamos a ver cuándo ocurre y cuándo no, pero sobre todo a intentar interpretar y explicar los motivos que puede haber detrás.

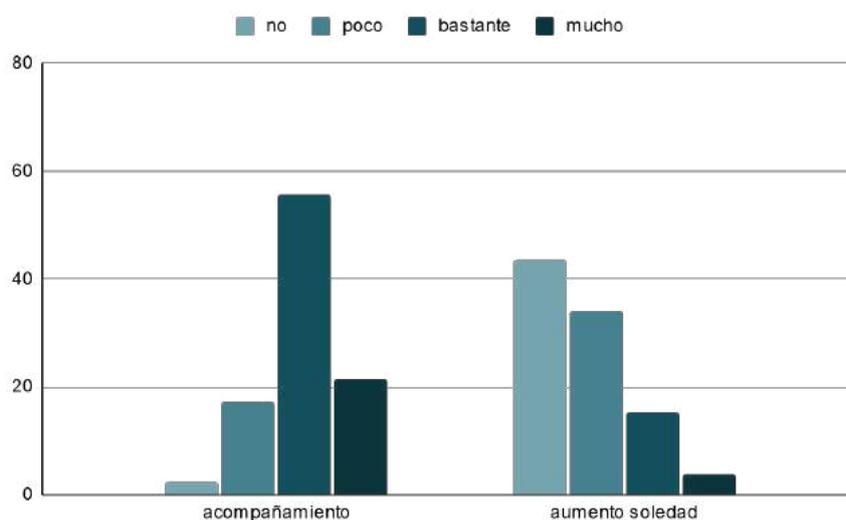
4.1. Unidades convivenciales

En 2019 había **18.500 mujeres de 65 o más años viviendo solas en Cantabria** (INE, 2019), lo cual supone un 26% de ellas, cifra solamente superada por las viviendas con dos convivientes. En tercer lugar irían las viviendas formadas por tres y más personas. Los datos de la tabla 44 muestran cómo la soledad detectada disminuye al aumentar el número de convivientes. Sin embargo, al comparar la relación entre soledad percibida y detectada ocurre un fenómeno que nos ha llamado la atención: recordamos que en la muestra total la soledad detectada multiplicaba por cinco los resultados de la percibida, ahora, en las viviendas unipersonales el factor de multiplicación no llegaría a 3 y en las que viven dos se sitúa en torno a 15. Contamos con que las personas encuestadas después de haber dicho en una conversación telefónica que vive con otra conviviente (marido o hija/o en el mayor de los casos) tengan cierta reticencia a reconocer sentirse sola por la connotación negativa que supone, pero además, quintuplicar ese factor de multiplicación entre soledades en las unidades convivenciales de dos personas nos indica que en estos casos el fenómeno de soledad se encuentra enmascarado en un grado muy superior. Este hecho podría hacer más difícil abordar.

Tabla 44

Convivencia y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ella sola	14,3%	85,7%	41,3%	57,9%
Dos personas	2,0%	95,4%	29,4%	67,0%
Tres o más personas	1,6%	95,2%	19,4%	77,4%

Gráfico 17



4.2. Vida en solitario

Detengámonos un poco más en quienes viven solas. Como decíamos antes, la percepción respecto a la soledad varía en función de si esta no convivencia ha sido resultado de una decisión tomada o de las circunstancias. Vemos que los datos sobre la prevalencia de la soledad son muy similares, aunque primero, ¿cuántas mujeres consideran haber elegido libremente vivir solas? Según las respuestas manifestadas en la tabla 45 sería el 41%. De ellas, el 83% afirman sentirse satisfechas de este modo de vida frente al 46% de quienes reconocen vivir solas por las circunstancias de su vida (tabla 46); una diferencia comprensible pero muy elevada.

Tabla 45

Motivo convivencia en solitario	%	N
Decisión propia	40,7%	57
Circunstancias	59,3%	83
Ns/Nc	0,0%	0

Tabla 46

Satisfacción vida en solitario	Baja	Media-baja	Media-alta	Alta	Ns/Nc
Decisión propia	3,5%	14,0%	33,3%	49,1%	0,0%
Circunstancias	16,9%	36,1%	22,9%	22,9%	1,2%

Al preguntar y observar la soledad en ellas, la percibida da un índice de 7% y la detectada del 28% en quienes han elegido este modo de vida; mientras que alcanzan el 19% y el 51% respectivamente para quienes consideran que no ha dependido de ellas. En estos supuestos, la soledad percibida se reduce a la mitad respecto a la muestra global en solitario (desde el 14% hasta el 7%) y un tercio en la detectada (del 41% al 28%). Como podemos ver, vivir en solitario es un factor de soledad no deseada importante pero solamente en aquellos casos en los que no se ha tomado la decisión. En los demás, los resultados son iguales e incluso inferiores a las viviendas con dos convivientes. Otro elemento por el que también se ha preguntado ha sido si había mascotas en el hogar, sin embargo al cruzarlo con las viviendas unipersonales no se han obtenido datos significativos por ser una muestra demasiado limitada. Tan solo podría señalarse la disminución prácticamente a la mitad en la soledad percibida (tabla 48).

Tabla 47

Vida en solitario y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Decisión propia	7,0%	93,0%	28,1%	71,9%
Circunstancias	19,3%	80,7%	50,6%	48,2%

Gráfico 18

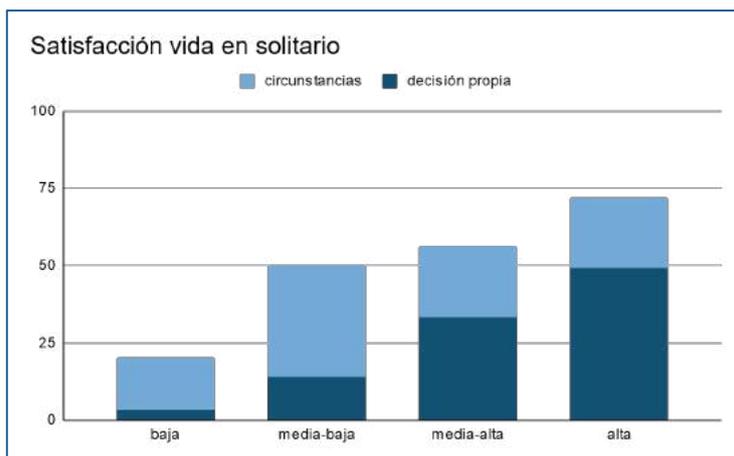


Gráfico 19



Tabla 48

Mascotas y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Vive sola sin mascota(s)	15,5%	84,5%	41,4%	57,8%
Vive sola con mascota(s)	8,0%	92,0%	40,0%	60,0%

4.3. Vivir en compañía

Como se ha visto, por regla general a medida que se aumenta el número de convivientes disminuyen los niveles de soledad. Los resultados que se han obtenido en función de con quién se produzca esta convivencia apenas resultan significativos salvo en un detalle: si bien disminuyen entre dos y cinco puntos cuando viven con su pareja a cuando lo hacen con sus hijas o hijos u otras personas, se produce un descenso sorprendente que prácticamente elimina los indicadores de soledad detectada en el caso de convivir tanto con la pareja como con sus hijas o hijos (tabla 50). De esta manera aparecen como factores que juegan un papel crucial en la soledad de las mujeres mayores la viudedad o la salida de casa de la última hija o hijo.

Tabla 49

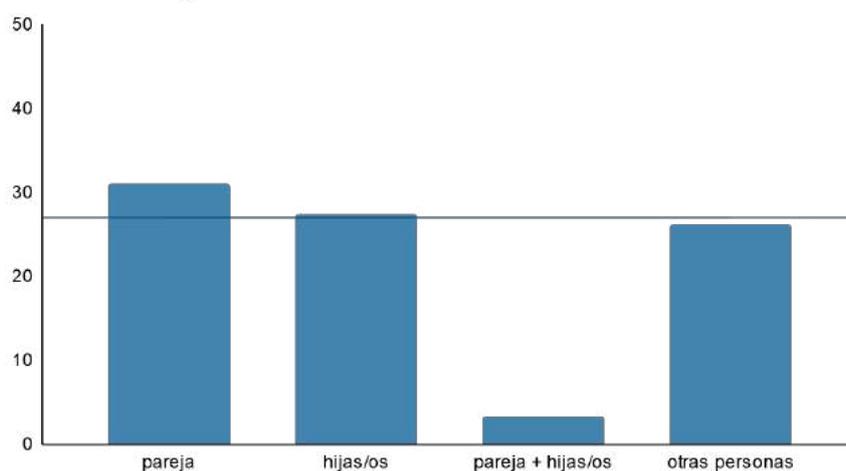
Convivientes	%	N
Pareja	56,0%	145
Hijas/os	15,4%	40
Pareja más hijas/os	11,6%	30
Otros convivientes	16,2%	42
Ns/Nc	0,8%	2

Tabla 50

Convivientes y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Pareja	2,1%	95,2%	31,0%	64,8%
Hijas/os	0,0%	95,0%	27,5%	65,0%
Pareja más hijas/os	0,0%	100,0%	3,3%	96,7%
Otros convivientes	4,8%	92,9%	26,2%	73,9%

Gráfico 20

Convivientes y soledad



4.4. Dificultades vivienda

A la hora de valorar la influencia que tiene el lugar en el que vivimos con la soledad no podemos dejar de recaer en las características de la propia vivienda. Para obtener información sobre ella se ha preguntado por el tipo de inmueble y por su accesibilidad, tanto dentro de la misma como para acceder y moverse por la calle.

Sobre la clase de inmueble, dos de cada tres mujeres encuestadas habitan en un piso y en ellos aparece casi la misma soledad percibida aunque algo menos detectada (tablas 51 y 52). La significación de esta variable no parece demasiado alta aunque puede indicar hacia el apoyo vecinal como elemento a tener en cuenta, pero probablemente haya que profundizar más en este ámbito ya que puede verse afectado por terceras variables como ruralidad, posición económica, etcétera.

Tabla 51

Tipo de inmueble	%	N
Piso	68,3%	273
Casa	30,8%	123
Ns/Nc	1,0%	4

Tabla 52

Inmueble y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Piso	6,6%	91,9%	29,7%	67,8%
Casa	5,7%	92,7%	38,2%	60,2%
Pareja más hijas/os	0,0%	100,0%	3,3%	96,7%
Otros convivientes	4,8%	92,9%	26,2%	73,9%

Por otro lado, las dificultades de la vivienda tampoco parecen ser un factor clave salvo en aquellos casos en los que se considera que existe un alto número de impedimentos para la movilidad dentro del hogar o para acceder a calle. Cuando esos obstáculos son tan graves se produce un aumento que duplica la prevalencia de soledad respecto al resto de escenarios (tabla 54). Por lo tanto, en esas ocasiones en las que por falta de ascensor, pasillos estrechos, movilidad reducida... se cuenta con enormes dificultades para realizar las actividades necesarias o deseadas, nos encontramos con una gran mayoría de sentimientos de soledad.

Tabla 53

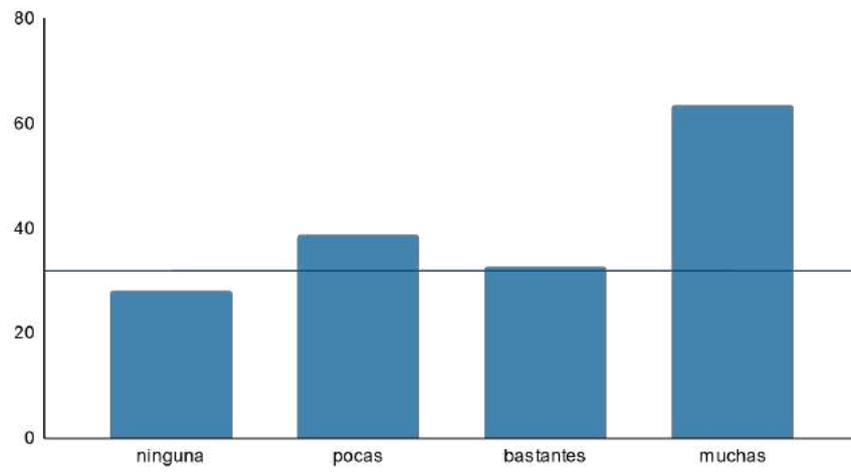
Dificultades vivienda	%	N
Ninguna	63,3%	253
Pocas	22,5%	90
Bastantes	10,8%	43
Muchas	2,8%	11
Ns/Nc	0,8%	3

Tabla 54

Dificultades vivienda y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Ninguna	3,6%	94,9%	28,1%	69,2%
Pocas	10,0%	88,9%	38,9%	58,9%
Bastantes	9,3%	90,7%	32,6%	67,4%
Muchas	27,3%	72,7%	63,6%	36,4%

Gráfico 21

Dificultades vivienda y soledad



V. ENTORNO COMUNITARIO

En nuestro quehacer cotidiano se suelen tomar decisiones que configuran nuestra relación con el entorno. En este apartado hemos querido preguntar por dichas interacciones sociales para comprobar hasta qué punto inciden en la prevalencia de soledad. En este bloque se han modificado las opciones de respuesta en función de los resultados de la fase piloto de la encuesta.

5.1. Movilidad

Teniendo en cuenta que hablamos de una muestra predominantemente urbana no es de extrañar que el medio de transporte más recurrente sea a pie. Además de esa, se han planteado las opciones de moverse en coche propio, que sea acompañada en el vehículo de otra persona o en transporte público. Después se han combinado las respuestas *Nada* junto a *Poco* y *Bastante* con *Mucho* para observar los niveles de soledad detectada en cada una de las formas de movilidad (tabla 56).

En el análisis de los datos comprobamos que quienes hacen un uso habitual del coche disminuyen a la mitad el índice de soledad del 39% al 20%, poniendo sobre la mesa el relieve de la independencia que genera disponer de un vehículo propio. Probablemente este hecho tenga mayor efecto en las zonas rurales que en las urbanas. Por otro lado, la falta de desplazamiento a pie muestra la mayor oscilación de la tabla, pasando del 44% al 28%; es decir, no disminuye demasiado el moverse a pie a menudo pero sí asciende el índice de soledad notablemente en aquellos casos en los que no se realizan estos desplazamientos.

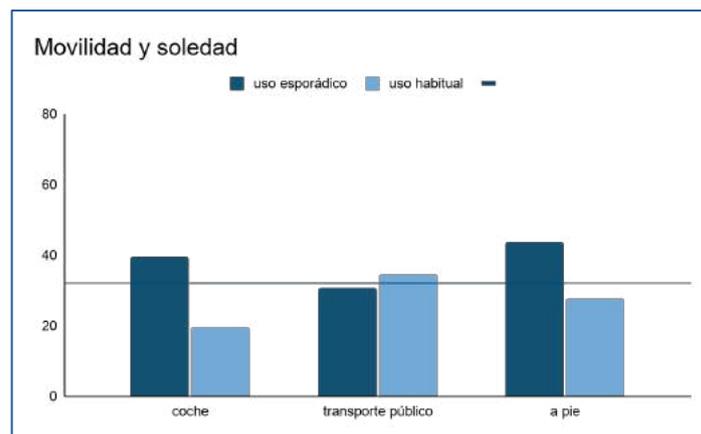
Tabla 55

Movilidad	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Ns/Nc
Coche propio	49,0%	12,0%	28,5%	8,5%	2,0%
Coche ajeno	87,0%	5,5%	5,5%	0,3%	1,8%
Transporte público	59,0%	9,8%	17,8%	11,3%	2,3%
A pie	17,5%	7,0%	36,5%	36,8%	2,3%

Tabla 56

Movilidad y soledad	Detectada	No detectada
Coche propio + nada-poco	39,3%	59,8%
Coche propio + bastante-mucho	19,6%	77,7%
Coche ajeno + nada-poco	32,2%	66,2%
Coche ajeno + bastante-mucho	30,4%	69,6%
Transporte público + nada-poco	30,6%	68,0%
Transporte público + bastante-mucho	34,5%	63,8%
A pie + nada-poco	43,9%	54,1%
A pie + bastante-mucho	27,7%	71,0%

Gráfico 22



5.2. Actividades

En cuanto al ocio se ha pasado una batería de opciones preguntando qué uso realizaban de ellas. En la tabla 57 se agrupan los dos primeros valores en una utilización esporádica y los dos siguientes en habitual. Las actividades a las que más mujeres dedican mayor tiempo son la radio o televisión, lectura o escritura, paseos en compañía, formación y el móvil. En el otro extremo tendríamos ir de compras, participación social, ordenador y el ocio organizado (cine, teatro, conciertos).

Tabla 57

Actividades	Nada-poco	Bastante-mucho	Ns/Nc
Móvil	37,8%	60,5%	1,8%
Ordenador	63,8%	34,3%	2,0%
Internet	49,5%	48,5%	2,0%
Paseos en compañía	32,3%	66,0%	1,8%
Paseos en solitario	41,8%	56,3%	2,0%
Ir a bares o restaurantes	42,0%	55,8%	2,3%
Ir de compras por ocio	73,8%	24,5%	1,8%
Participación social	67,8%	30,0%	2,3%
Ocio organizado	63,8%	34,0%	2,3%
Formación	34,3%	63,8%	2,0%
Leer o escribir	13,5%	84,3%	2,3%
Radio o televisión	6,5%	91,8%	1,8%
Actividades físicas	42,8%	55,0%	2,3%
Viajes organizados	47,3%	50,8%	2,0%
Oficios religiosos	58,5%	38,3%	3,3%

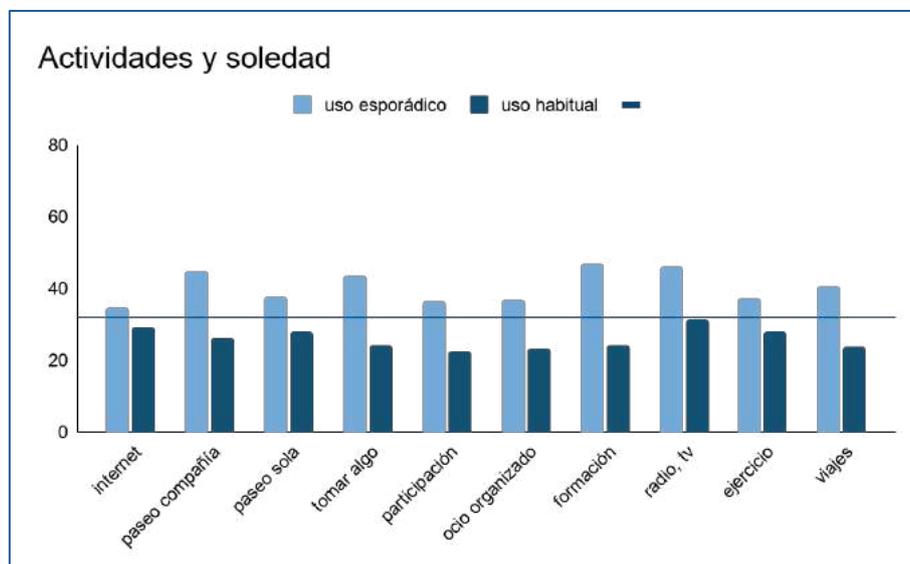
De todas las opciones de ocio destacamos las más determinantes en relación a la soledad detectada. Esas actividades más importantes a la hora de disminuir la soledad no deseada son, en general, todas aquellas que suponen relación con las demás personas y estimulación cultural. Así, los paseos en compañía se muestran como grandes agentes de socialización, especialmente en los territorios rurales. Algo parecido podríamos indicar cuando hablamos de salir a tomar algo, siendo una actividad más habitual en las ciudades y que implica, al igual que los paseos en compañía, salir de casa, contar las preocupaciones, sentirse escuchada, estar pendiente de las demás, etc. En quienes no participan en asociaciones, ya sea de mujeres, de mayores, en grupos parroquiales ni acuden a ocio organizado se obtiene un 60% más de soledad que en quienes sí lo realizan frecuentemente. Las mujeres que no acuden a actividades de formación -como Unate- suman los mayores niveles de soledad (47%) y las mayores diferencias respecto a quienes sí acuden, consiguiendo reducir a la mitad su soledad. Radio y televisión, por último, no parecen ayudar a disminuir la soledad pero en quienes no las utilizan sí se ven niveles muy altos (46%).

Tabla 58

Actividades y soledad	Detectada	No detectada
Móvil + nada-poco	33,8%	65,6%
Móvil + bastante-mucho	31,4%	66,9%
Ordenador + nada-poco	36,5%	62,0%
Ordenador + bastante-mucho	24,1%	75,2%
Internet + nada-poco	34,9%	63,1%
Internet + bastante-mucho	29,4%	70,1%
Paseos en compañía + nada-poco	45,0%	55,0%
Paseos en compañía + bastante-mucho	26,1%	72,0%
Paseos en solitario + nada-poco	37,7%	61,7%
Paseos en solitario + bastante-mucho	28,0%	70,2%
Ir a bares o restaurantes + nada-poco	43,5%	55,4%
Ir a bares o restaurantes + bastante-mucho	24,2%	74,4%
Ir de compras por ocio + nada-poco	31,2%	67,1%
Ir de compras por ocio + bastante-mucho	35,7%	64,3%
Participación social + nada-poco	36,5%	62,4%
Participación social + bastante-mucho	22,5%	75,8%
Ocio organizado + nada-poco	36,9%	62,4%
Ocio organizado + bastante-mucho	23,5%	74,3%
Formación + nada-poco	46,7%	52,6%

Formación + bastante-mucho	24,3%	74,1%
Leer o escribir + nada-poco	63,0%	37,0%
Leer o escribir + bastante-mucho	27,3%	71,2%
Radio o televisión + nada-poco	46,2%	50,0%
Radio o televisión + bastante-mucho	31,3%	67,6%
Actividades físicas + nada-poco	37,4%	60,8%
Actividades físicas + bastante-mucho	28,2%	70,9%
Viajes organizados + nada-poco	40,7%	58,2%
Viajes organizados + bastante-mucho	23,7%	74,4%
Oficios religiosos + nada-poco	34,6%	63,3%
Oficios religiosos + bastante-mucho	28,8%	71,2%

Gráfico 22



5.3. Reconocimiento

Además, hemos querido preguntar por cuán útiles se sentían para su entorno cercano. El resultado es el de que 18 mil mujeres mayores en Cantabria (8%) no se sienten nunca o casi nunca útiles. Este segmento de la población ha dado una prevalencia del 77% de soledad detectada convirtiéndose en un factor de soledad crucial. El resto muestran resultados estables e incluso quienes se sienten siempre útiles repuntan suavemente en su soledad detectada pudiéndose comprobar un efecto contrario y excesivo por no ser impuesta y por impedir la realización de otras actividades.

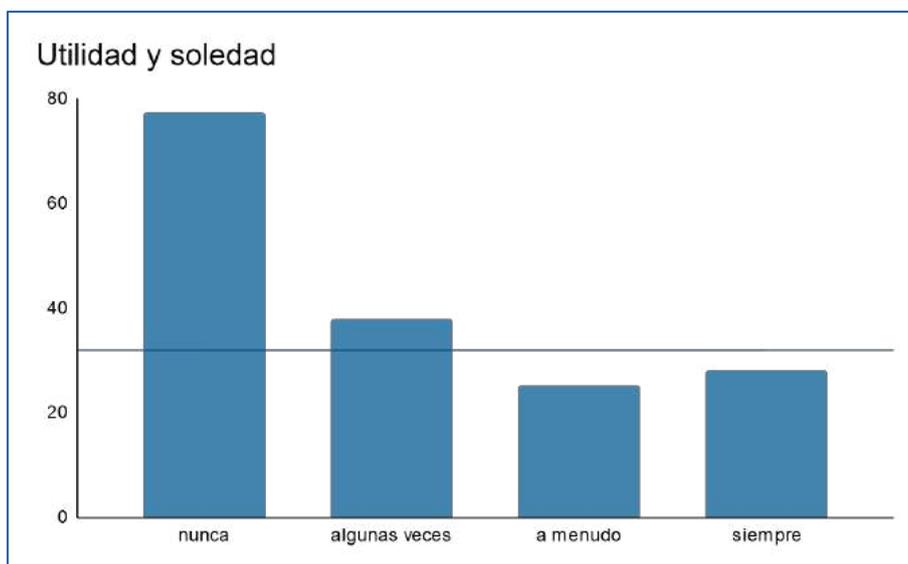
Tabla 59

Utilidad para las demás	%	N
Nunca o casi nunca	7,8%	31
Algunas veces	16,5%	66
A menudo	35,8%	143
Siempre o casi siempre	37,3%	149
Ns/Nc	2,8%	11

Tabla 60

Utilidad y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Nunca o casi nunca	22,6%	77,4%	77,4%	22,4%
Algunas veces	6,1%	93,9%	37,9%	62,1%
A menudo	4,9%	95,1%	25,2%	74,8%
Siempre o casi siempre	4,7%	95,3%	28,2%	71,1%

Gráfico 23



VI. FUTURO

¿Tienen alguna relación las perspectivas de futuro con la soledad que sienten las mujeres mayores? Escuchar sus propuestas puede darnos una idea de en qué se puede mejorar o hacia dónde podríamos dirigir nuestra mirada. En este último bloque se han planteado un par de preguntas más abiertas para que nos puedan dar algunas pautas.

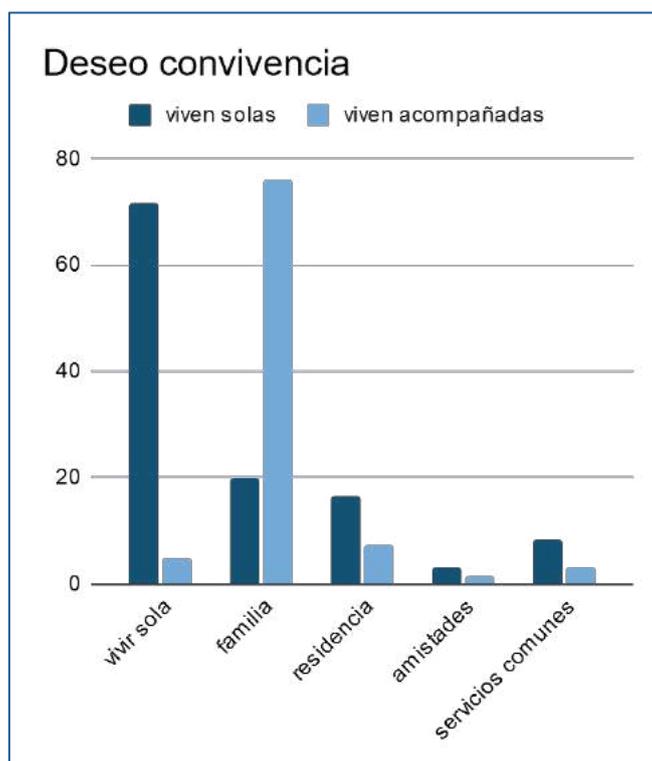
6.1. Cambio en la convivencia

Al margen del motivo que haya llevado a vivir de la manera establecida, nos interesaba saber cuál es su preferencia de convivencia. La gran mayoría, un 70%, eligen permanecer de la manera en la que viven ahora, siendo quienes viven solas las más proclives a un cambio, especialmente a irse a vivir con su familia o a una residencia. Ha sorprendido que un 11% indicaba su preferencia por vivir en un modelo mixto que proporcionara independencia a la vez que espacios y servicios comunes en un estilo cohousing o de viviendas tuteladas.

Tabla 61

Deseo convivencia	Vida en solitario	Con familia	Con amistades	Residencia	Espacios comunes
Vive sola	71,7%	20,0%	3,3%	16,7%	8,3%
Vive acompañada	5,0%	76,0%	1,5%	7,3%	3,1%

Gráfico 24



6.2. Apoyos necesarios

La otra pregunta versaba sobre qué recursos querrían disponer en su domicilio en caso de necesitarlos por cuestión de dependencia, con respuesta múltiple (tabla 62). El apoyo más solicitado es la ayuda a domicilio para tareas domésticas (72%) y para cuidados personales (62%). Los otros dos —demandados en mucha menor medida— son acompañamiento (19%) y comida a domicilio (16%).

Tabla 62

Apoyos elegidos	%	N
Tareas domésticas	71,5%	286
Cuidados personales	61,5%	246
Acompañamiento	18,8%	75
Comida a domicilio	16,3%	65
Ns/Nc	19,5%	78

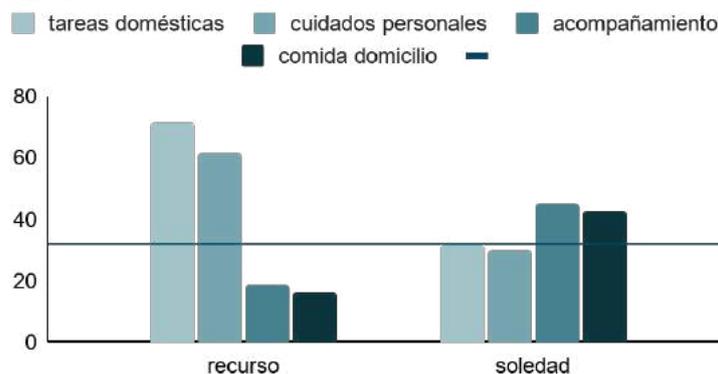
Sin embargo, al fijarnos cuánta soledad muestra quienes solicitan cada apoyo, el acompañamiento seguido por la comida a domicilio son los recursos que ofrecen resultados más altos (45% y 43%) bastante alejados de los otros dos más habituales. Esta diferencia nos puede estar indicando que probablemente no se está facilitando los apoyos adecuados para afrontar la problemática de la soledad no deseada.

Tabla 63

Apoyos y soledad	Percibida	No percibida	Detectada	No detectada
Tareas domésticas	5,6%	94,4%	31,8%	67,8%
Cuidados personales	5,3%	94,7%	29,7%	69,9%
Acompañamiento	9,3%	90,7%	45,3%	53,3%
Comida a domicilio	6,2%	93,9%	43,1%	56,9%

Gráfico 25

Apoyos en el futuro



V. APUNTES CUALITATIVOS

Los valores cuantitativos permiten medir y comparar los resultados en un estudio con enorme facilidad al convertir las variables en magnitudes numéricas. En esta generalización resulta inevitable la pérdida de muchísima información en detalles y matices que empobrecen los datos finales. Por ejemplo, podemos medir un aumento de soledad percibida a partir de los 85 años pero la actuación a realizar no tendrá el mismo impacto si sabemos los motivos de ese incremento. Incluso aun estableciendo diferentes categorías y determinando los casos en los que la mujeres con más de 85 años experimentan mayor soledad por motivos asociados a la diversidad funcional, necesitaríamos correlacionar las dificultades de accesibilidad dentro y fuera del domicilio con las diferentes discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas para poder dimensionar un óptimo plan de intervención. Como se ha comentado, la idea inicial del estudio era haber llevado a cabo grupos focales que además sirvieran para darle mayor sentido a la encuesta y orientar sus preguntas. El proyecto es poder hacer esta labor de forma intensiva en, al menos, 10 municipios de Cantabria, en 2021 (*Proyecto cofinanciado parcialmente por el ICASS*).

En otro sentido, a mayor escala se hace más difícil captar lo cualitativo, sin embargo, cualquier pincelada nos va coloreando el mapa abstracto que se obtiene gracias a los cuadros y gráficos. Con esta intención se han realizado determinadas cuestiones abiertas en las entrevistas realizadas. La pregunta principal que se ha querido recoger era acerca de los motivos que cada mujer creía que estaban detrás de su sentimiento de soledad. El bloque de comentarios más repetido ha sido el relacionado con la pareja, en especial la viudedad y, en menor medida, la falta de comunicación con el marido o su cuidado y enfermedad.

En segundo lugar, abundan respuestas relacionadas con la COVID, se menciona especialmente una sensación puntual de soledad por el momento actual, lo cual podría dar a entender que hace un año los resultados habrían sido distintos. También dentro del mismo ámbito, se habla del confinamiento como factor clave para el aumento de soledad y la situación de pandemia global.

Un tercer bloque con relación en parte con el coronavirus es el de la salud. Muchas mujeres encuestadas asignan tanto a su estado físico como al anímico una gran razón para sentirse solas. Se habla de bajones anímicos relacionados con el virus, siendo *tristeza* la palabra que más asiduamente ha aparecido en las conversaciones. En torno a las enfermedades físicas las respuestas se dirigen hacia aquellos factores que suponen una limitación de la movilidad como pueden serlo aquellas que conllevan además situaciones de dependencia y discapacidad.

En cuarto lugar, abundan las menciones hacia la partida de las hijas e hijos o una mala relación, hacia o entre ellos. También la dificultad para verse con ellos, especialmente acuciante en los últimos meses y extrapolable al resto de familiares cercanos. Otras menciones que pueden ser significativas por su reiteración son aquellas relacionadas con la pobre red de amistades y motivada por el fallecimiento de ellas. También la ausencia de arraigo en el lugar en el que vive, la falta de expectativas hacia su futuro y la propia edad se repiten entre las respuestas obtenidas.

En otro orden debemos destacar de las entrevistas los cambios ocurridos a raíz de la pandemia. En relación a los cuidados hubo numerosos casos en los que desapareció la ayuda a domicilio e incluso el personal interno. Se ha comparado en numerosas ocasiones los distintos tipos de medidas

adoptadas, en la primera etapa allá por marzo, abril y mayo, se recordaba lo severas que fueron las restricciones y se ha señalado que provocaba altas dosis de soledad al tratarse un confinamiento domiciliario. Muchas participantes manifestaban agradecer que el confinamiento actual —en el momento de la encuesta se trataba de uno municipal y regional— les permitiera salir a comprar, a pasear incluso saludar a sus vecinas y amistades. Todo ello se hacía con importantes restricciones pero al menos no tenían que permanecer encerradas en casa. De hecho, en muchos casos, han comentado que su piso/casa pasó de ser un refugio de paz a una jaula para quienes vivían solas y realizaban su ocio y sus tareas cotidianas habitualmente fuera de casa.

Conviene recordar que el teletrabajo, el ocio digital o las compras y envíos a domicilio no han ofrecido soluciones eficaces para esta población en tiempos de debilitamiento de las redes de apoyo. Para lo que sí se menciona que ha ayudado enormemente internet y los dispositivos móviles, ha sido para mantener el contacto con sus seres queridos a través de las videollamadas. No obstante, el deseo de volver a tener las relaciones de antes de marzo es unánime, al igual que otras actividades de ocio que todavía no se habían podido retomar como podrían ser los viajes.

A grandes rasgos los principales deseos a medio plazo que han referido guardan relación con un aumento de las actividades disponibles tanto físicas como cognitivas, participación en asociaciones y mayores cuidados personales. Respecto a estos, aunque hay muchas opiniones acerca de no querer molestar a sus hijas e hijos y optar por las residencias o que directamente no piensan en su futuro, la mayoría preferiría vivir con la familia en cuanto no pudiera valerse por sí misma o en la vivienda actual. También han sido reiterativos los comentarios acerca de replantearse un alojamiento residencial después de cómo les ha incidido el coronavirus.

VI. CONCLUSIONES

La principal conclusión que deja el presente estudio es **la diversidad que existe en la soledad**. Encontramos aspectos que versan sobre un sentimiento cuya dimensión de subjetividad es enorme pese a nuestros intentos de establecer magnitudes cuantitativas. Se hace difícil establecer una definición común que trasladar a cada mujer que responde la encuesta, pues para cada una tiene matices muy distintos según haya sido su experiencia.

En estas múltiples soledades con sus valores e implicaciones diferentes **es necesario continuar estudiando los factores que están detrás de ellas**. Durante este estudio se ha intentado avanzar en las características de la soledad que afecta a las mujeres mayores, abordando sus cualidades por razón de género. Y tras realizarlo han aparecido dos áreas especialmente importantes en las que se observan muchas divergencias y requieren de medidas muy específicas en su abordaje. Nos estamos refiriendo a **las variables ruralidad y edad**. Los estilos de vida son muy distintos según el momento del proceso vital en el que se encuentran las mujeres y los motivos por los que pueden sentir soledad variarán de la mano de estos, por lo que no parecería lo más óptimo que las soluciones para evitar la soledad no deseada no fueran ajustándose a cada etapa. De la misma manera, las iniciativas que surjan desde la visión urbana difícilmente estarán adaptadas a la realidad rural. Repetidamente han hablado de talleres concebidos con la mejor intención que no tienen éxito porque o bien no se ajustaban a los contenidos esperados, o en cuestión de forma ignoraban las costumbres de lugares con patrones bien marcados. Por todo ello, se reconoce como imprescindible acercarse a los hogares y preguntar sin miedo a equivocarnos, para que así pueda haber una conversación real entre necesidades y recursos disponibles.

Otra dificultad que ha modificado sin duda los resultados del estudio ha sido la irrupción del coronavirus y sus consecuencias en forma de confinamiento, limitación de movimientos, cierre de actividades, prohibición de encuentros y visitas, etcétera. La mayoría eran actividades que ayudaban enormemente a disminuir los sentimientos de soledad. Este hecho enfatiza todavía más que **este estudio sea solamente una fotografía de un momento puntual** que no tiene por qué parecerse al que había en el pasado o al que nos deparará el futuro en un escenario que no somos capaces de diseñar. Pero de lo que sí hay convencimiento es de que los próximos meses y años llevarán un signo inequívoco de que hubo una pandemia y las relaciones humanas se verán modificadas por ella. Continuar estudiando los efectos de todo este fenómeno en la soledad de las mujeres mayores de nuestra comunidad se hace imprescindible si se quiere mantener una flexibilidad que permita intervenir allá donde sea necesario en cada momento.

A lo largo del informe se han intentado identificar los principales factores analizados que tienen relación con mayores niveles de soledad. Pasamos a enumerarlos sin llegar a generar un perfil único, sino describiendo que en caso de hallarse en cada uno de los siguientes estratos se aumenta notablemente las posibilidades de soledad. Y, como consecuencia, en cuantos más se sitúe, más vulnerabilidad encontraremos a la soledad no deseada.

Podríamos clasificarlos en **dos grandes grupos**. En el primero tendríamos **aquellos relacionados con la biografía de cada mujer**. En ella destacan el nivel económico y sus estudios como gran indicador de la prevalencia de soledad con un resultado inversamente proporcional, a medida que aumentaban sus ingresos y estudios, disminuían el porcentaje de soledad. Los últimos años de vida,

el tramo a partir de los 85 años en la encuesta, y las graves dificultades de salud se convierten en determinantes cruciales que no parecen estar acompañados de las medidas de apoyo adecuadas. Otro cambio en la biografía que carece del apoyo necesario y que se muestra como un punto de inflexión fundamental para el aumento de soledad es la viudedad.

El segundo grupo de factores los encontraríamos en el entorno. Incluimos en este bloque aquellos que nos indican qué hacemos con lo que somos y cómo nos relacionamos con ello. Principalmente vemos que **las redes de apoyo son la máxima garantía para alejar la soledad no deseada.** Tanto las redes familiares como la de iguales —aquellas que se componen por nuestras amistades y vecindad— y son precisamente estas últimas las que más se resienten en los últimos años pues no suele haber un relevo generacional. Otro aspecto clave son las actividades realizadas que permiten mantener una vida activa. De ellas, la formación, las que implican relaciones sociales, la cultura, el ejercicio físico y los viajes configuran la mejor medicina para el día a día. Por último, mencionar la enorme importancia de sentirse útil para las demás personas.

Todo lo anterior requiere además que sea decidido por cada mujer, se debe poder elegir cómo vivir, con quién, dónde, con qué apoyos, etcétera. Respetar esas decisiones ayudará a todos los demás factores.

Se percibe que, por norma general, cuando se habla de soledad se hace de manera negativa. Entonces, ¿existía la soledad deseada? Si nos ceñimos a las respuestas ofrecidas en la encuesta, aunque se mantiene la connotación peyorativa, habría dos supuestos en los que claramente se muestra una valoración positiva de la soledad. El primero sería en aquellos supuestos en los que se ha decidido vivir en solitario y esta se experimenta como un hecho satisfactorio. En segundo lugar, se menciona de manera repetida la necesidad de tener momentos o actividades que se realizan en soledad al margen de la convivencia que se tenga. Podemos afirmar, en consecuencia, que sí existe una soledad deseada que resulta saludable y conveniente para aquellas mujeres que así lo eligen.

En definitiva, para cuidar más y mejor a las mujeres mayores disminuyendo las soledades no deseadas debemos continuar aprendiendo, escuchando e interviniendo desde la empatía y el respeto en una responsabilidad compartida por la administración pública y el entorno comunitario.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Aceituno, P., Castillo, A.B. y Ramiro, D. (2020). *Estimación de la ocupación en residencias de personas mayores, por comunidad autónoma, 2020*. Envejecimiento en Red, Departamento de Población, CSIC. <http://envejecimientoenred.es/estimacion-de-la-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayores-por-comunidad-autonoma-2020/>
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red.
- Abellán, A., del Barrio, E., Castejón, P., Esparza, C., Fernández-Mayoralas, G., Pérez, L., Puga, M.D., Rojo, F. y Sancho, M. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Observatorio de personas mayores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Aguilar Hendrickson, M. (2019). Informe sobre la situación de la Atención Primaria de Servicios Sociales en Cantabria. Dirección General de Política Social. Gobierno de Cantabria, Santander
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João Forjaz, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F. (2011). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España*. Elsevier. Gac Sanit. 2012;26(4):317-324.
- Bellegarde Nunes, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). El apoyo social y la soledad de las mujeres mayores usuarias de teleasistencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*. 1. 179. 10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.551.
- Cagigas Arriazu, A. (2005). *Breve descripción de las condiciones de vida de las personas de 65 o más años de Cantabria*. Dirección General de Políticas Sociales.
- De Jong Gierveld, J. y Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289–299.
- De Jong Gierveld, J. y T. Van Tilburg & P. A. Dykstra (2006). *Loneliness and social isolation*. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds), *Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- Díez Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE, Fundación AXA.
- Dirección General de Políticas Sociales (2008). *Las personas mayores en Cantabria*. Gobierno de Cantabria
- El Justicia de Aragón (2019). *Informe Especial Mesa del Justicia sobre Mayores en Soledad no elegida*.
- Equipo técnico de la Fundación PEM y de Unate (2020). *Envejecer siendo mujer o el valor determinante de la biografía. Memoria de las I Jornadas de Mujer y Envejecimiento en Cantabria*. Santander: Fundación Patronato Europeo del Mayor y la Solidaridad Intergeneracional (PEM) y UNATE, La Universidad Permanente.
- Foundation Esmée Fairbairn (2011). *Campaign to End Loneliness*.

Grupo Cooperativo Tangente (2018). *Estamos construyendo un barrio sensible y comprometido con la soledad no deseada. Informe anual: 2018*. Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. Organismo Autónomo Madrid Salud.

Hernán Motalbán, M.J. y Rodríguez Moreno, S.I. (2017). *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid*. Madrid Salud.

ICANE (2020). *Población por sexo y grandes grupos de edad*. <https://bit.ly/3cCIHCg>

INE (2019). *Encuesta Continua de Hogares (ECH)*.

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/l0/&file=02014.px#!tabs-tabla>

Instituto Cántabro de Servicios Sociales (2019). *Servicios Sociales de Atención Primaria. Memoria 2018*. Gobierno de Cantabria.

López Caballero, A. (2018). *La Soledad de las Personas Mayores en las Unidades de Hospitalización. Estudio de Casos*. 10.13140/RG.2.2.27478.19521.

López Doblas, J. y Díaz Conde, M.P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

López, N. y Cagigas, A.D. *Informe nº 5. Las personas mayores en Cantabria: un enfoque sociológico*. Dirección General de Acción Social.

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Ilife, S., Von Kruse, W.R., Beck, J.C. y Stuck, A.E. (2006). *Gerontologist*, 46, 503-513.

Martínez, L. (2019). *Efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas durante el envejecimiento e intervenciones por parte del equipo sanitario. Trabajo de fin de grado en enfermería 2015-2019*. Universidad de Cantabria

Martínez, Raquel & Sitges, E. (2018). *¿Cómo influyen el significado y las atribuciones causales de la soledad en la experiencia de este sentimiento en mujeres mayores que viven solas?* 60º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Montejo Carrasco, P., Prada Crespo, D. y Montenegro Peña, M. (2017). *Sentimiento de soledad en las personas mayores de la ciudad de Madrid*. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Dabbagh Rollán, V.O., Vilà i Mancebo, A., Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Dirección General de Política Social. Gobierno de Cantabria.

Rodríguez Pérez, M., Díaz-Olalla, J.M., Pedrero-Pérez, E.J. y Sanz Cuesta, M. (2020). *Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid. Informe monográfico*. 10.13140/RG.2.2.26893.97769.

Pinazo Hernandis, S. y Bellegarde Nunes, M.D. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal.

- Pinel, M., Rubio, L. y Rubio, R. *Un instrumento de medición de soledad social: Escala Este II*. Universidad de Granada.
- Ramilo Araujo, M. (2020). *Mapeo de soledades en el medio rural de Álava. Con especial atención a las mujeres en soledad no deseada*. Red de Mujeres de Medio Rural de Álava
- Rios Zapata, P.C. y Londoño Arredondo, N. H. (2012). *Percepción de soledad en la mujer*. Revista El Agora USB, 12(1), 143-164. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-428041>
- Roig, S. y Hernández, S. (2020). *Manual del programa "Siempre acompañados"*. Fundación La Caixa.
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Dabbagh Rollán, V.O., Vilà i Mancebo, A., Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pílares.
- Rubio Herrera, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid, Portal Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Sancho, M., del Barrio, E., Díaz, P., Marsillas, S. y Prieto, D. (2020). *Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa*. Fundación Matia Instituto Gerontológico.
- Velarde, C., Fragua, S. y García, J.M. (2016). *Validación de la escala de soledad UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola*. Elsevier. Semergen. 2016;42(3):177-183.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*. Reviews in Clinical Gerontology, 10, 407-417
- Vidal, M.J., Labeaga, J.M., Casado, P., Madrigal, A., López, J., Montero, A. y Meil, G. (2017). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Weiss, RS (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Yanguas, J. (2019). *Encuesta 2018 Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Obra Social "la Caixa".
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. Zerbitzuan 66.
- Yanguas, J., Pérez-Salanova, M., Puga, M.D., Tarazona, F., Losada, A., Márquez, M., Pedroso, M.D.S., y Pinazo, S. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación Bancaria "la Caixa".
- Yáñez Yaben, Sagrario (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1),103-116.[fecha de Consulta 22 de Enero de 2021]. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56080109>
- Zunzunegui, M.V. (2019). *La mujer mayor y la soledad no deseada*. Jornadas "La lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores en España". IMSERSO-UIMP.

ANEXO I: CUESTIONARIO

P1. En primer lugar querría preguntarle su edad...

- 65-69 años
- 70-74 años
- 75-79 años
- 80-84 años
- 85 o más años

P2. Para empezar, ¿cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada o con pareja
- Separada o divorciada
- Viuda
- (Ns/Nc)

P3. Indíqueme, por favor, su municipio de residencia...

P4. Y cuánto tiempo lleva viviendo en este municipio...

- Menos de 5 años
- Entre 5 y 20 años
- Entre 20 y 50 años
- Más de 50 años
- (Ns/Nc)

P5. ¿Podría decirme cuáles fueron sus últimos estudios finalizados?

- Sin estudios
- Primarios (equivalente a EGB, primaria, etc.)
- Secundarios
- Superiores (universidad)
- (Ns/Nc)

P6. En su opinión, su nivel económico o los ingresos de su hogar son...

- Altos
- Medio-altos
- Medio-bajos
- Bajos
- (Ns/Nc)

P7. ¿Y cómo diría que llega a final de mes...?

- Con facilidad
- Con dificultad
- (Ns/Nc)

P8. Dígame, por favor, cuántas personas conviven en su hogar, incluido el servicio doméstico si tuviera y durmiera en casa.

- Solamente ella
- 2 personas
- 3 personas
- 4 o más personas
- (Ns/Nc)

P9. ¿Y cuál es su relación con ellas?

- Pareja
- Hijas/os
- Otros familiares
- Otras personas
- (Ns/Nc)

P10. Vive usted sola...

- Por decisión propia
- Por las circunstancias
- (Ns/Nc)

P11. Y respecto a este modo de vida, ¿qué nivel de satisfacción tiene?

- Alto
- Medio-alto
- Medio-bajo
- Bajo
- (Ns/Nc)

P12. ¿Tiene usted mascota en su vivienda?

- Sí, perro(s)
- Sí, gato(s)
- Sí, otro(s)
- No
- (Ns/Nc)

P13. ¿Y qué tipo de vivienda es?

- Un piso en un edificio

- Una casa familiar, adosada, chalet con vecinos cerca (con vecindad alrededor, fincas colindantes, se ven vecinos/as)
- Casa sin vecinas/os alrededor
- (Ns/Nc)

P14. Y una última pregunta sobre la vivienda, ¿cuántas dificultades u obstáculos diría que tiene para salir de casa?

- Muchas
- Bastantes
- Pocas
- Ninguna
- (Ns/Nc)

P15. En su opinión, ¿cuál es su estado de salud?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo
- (Ns/Nc)

P16. ¿Y cuánto diría que le afecta su estado de salud en las tareas y actividades del día a día?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada
- (Ns/Nc)

P17. Dígame, por favor, si su salud se ha visto afectada por el coronavirus o en algún aspecto relacionado con él.

- Sí, de manera grave
- Sí, de manera leve
- No
- (Ns/Nc)

P18. Y desde que apareció todo el fenómeno del coronavirus, ¿ha aumentado su preocupación por su salud?

- Sí, mucho
- Sí, bastante
- Sí, poco
- No, nada

- (Ns/Nc)

P19. En relación con sus familiares y amistades, dígame, por favor, si se han visto afectados por el coronavirus.

- Sí, de manera grave
- Sí, de manera leve
- No
- (Ns/Nc)

P20. Y su preocupación por el estado de salud de sus familiares y amistades desde la pandemia, diría que ha aumentado...

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada
- (Ns/Nc)

P21. En relación a su autonomía personal, ¿dispone de ayuda o apoyos?

- Sí, alguien le ayuda en los cuidados personales y/o tareas domésticas todos los días
- Sí, alguien le ayuda en los cuidados personales y/o tareas domésticas algunos días a la semana
- Sí, alguien le ayuda en los cuidados personales y/o tareas domésticas de vez en cuando (menos de 1 vez a la semana)
- Sí, dispone de teleasistencia
- Sí, comida a domicilio
- No
- (Ns/Nc)
- Otro: _____

P22. ¿Quién acude a realizar esas tareas (cuidado personal o tareas domésticas)?

- Servicio contratado de manera privada o concertada y recibe remuneración
- Algún familiar o amistad sin remuneración
- (Ns/Nc)

P23. ¿Cuida usted de otras personas habitualmente?

- Sí, de alguien dependiente de su hogar
- Sí, cuidados infantiles
- No
- (Ns/Nc)
- Otro: _____

P24. A la hora de realizar sus desplazamientos, ¿con qué frecuencia utiliza los siguientes medios de transporte...? [Nada / Poco / Bastante / Mucho / (Ns/Nc)]

- Coche de la propia vivienda
- Familiares o amistades la llevan en su coche
- Transporte público
- A pie

P25. ¿Y con qué frecuencia realiza las siguientes actividades...? [Nada / Poco / Bastante / Mucho / (Ns/Nc)]

- Utiliza el teléfono móvil
- Maneja un ordenador
- Navega por internet (en móvil, pc...)
- Pasea en compañía de otras personas
- Pasea usted sola
- Se toma algo en un bar o restaurante
- Ir de compras
- Participa en asociaciones, centros de mayores, de mujeres, grupos parroquiales, etc.
- Actividades de ocio organizadas por los ayuntamientos o barrios de la zona
- Actividades formativas (cognitivas, culturales, idiomas; estilo UNATE)
- Leer, escribir, tocar instrumentos
- Escuchar la radio o ver la televisión
- Actividades físicas
- Viajes colectivos (con amistades de fuera del hogar, organizados o no)

P26. (*continuación*) [Nunca / Algunas veces / Semanalmente / Más de una vez a la semana / (Ns/Nc)]

- Acudir a oficios religiosos (misa o similar)

P27. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de soledad?

- Nunca o casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre o casi siempre
- (Ns/Nc)

P28. En su opinión, ¿a qué motivos diría que se debe?

P29. Desde que empezó la pandemia por la COVID, ¿se ha sentido acompañada por su entorno?

- No, nada
- Sí, poco

- Sí, bastante
- Sí, mucho
- (Ns/Nc)

P30. Y, desde que ocurrió todo el fenómeno del coronavirus, ¿cuánto diría que ha aumentado su sentimiento de soledad?

- Nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho
- (Ns/Nc)

P31. De manera habitual, ¿se siente usted una mujer útil para las personas que le rodean?

- No, nunca o casi nunca
- Sí, algunas veces
- Sí, a menudo
- Sí, siempre o casi siempre
- (Ns/Nc)

P32. ¿Se siente una persona importante para su entorno cercano?

- No, nunca o casi nunca
- Sí, algunas veces
- Sí, a menudo
- Sí, siempre o casi siempre
- (Ns/Nc)

P33. ¿Se ha sentido sola en otros momentos de su vida?

- No, nunca
- Sí, en la niñez
- Sí, en la juventud
- Sí, durante la madurez
- Sí, en la vejez
- (Ns/Nc)

P34. A lo largo de su vida, ¿ha disfrutado de su experiencia en soledad?

- No, nunca
- Sí, en ocasiones
- Sí, a menudo
- Sí, siempre o casi siempre
- (Ns/Nc)

P35. Respóndame, por favor, si está de acuerdo, más o menos o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones. [No / Más o menos / Sí]

- Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios
- Echa de menos tener un buen amigo de verdad
- Siente una sensación de vacío a su alrededor
- Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad
- Echa de menos la compañía de otras personas
- Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado
- Tiene mucha gente en la que confiar completamente
- Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha
- Echa de menos tener gente a su alrededor
- Se siente abandonado a menudo
- Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita

P36. En relación a sus familiares... [Ninguno / Uno / Dos / Tres o cuatro / De cinco a ocho / Nueve o más]

- ¿Cuántos familiares ha visto o ha hablado con ellos en el último mes?
- ¿Con cuántos familiares siente que puede hablar sobre asuntos privados?
- ¿Con cuántos familiares tiene una relación estrecha como para pedir ayuda?

P37. En relación a sus amistades... [Ninguno / Uno / Dos / Tres o cuatro / De cinco a ocho / Nueve o más]

- ¿Cuántas amistades ha visto o ha hablado con ellos en el último mes?
- ¿Con cuántas amistades siente que puede hablar sobre asuntos privados?
- ¿Con cuántas amistades tiene una relación estrecha como para pedir ayuda?

P38. ¿En compañía de quién querría envejecer?

- Usted sola
- Vivienda compartida con familiares
- Vivienda compartida con amistades
- Vivienda privada con espacios compartidos o viviendas tuteladas
- Residencia de mayores
- No tiene importancia
- (Ns/Nc)

P39. En caso de necesitarlos, ¿qué servicios de ayuda querrá tener en su domicilio?

- Ayuda para tareas domésticas
- Ayuda para cuidados personales
- Acompañamiento
- Comida a domicilio
- (Ns/Nc)

Otro: _____

P40. ¿Qué actividades le gustaría practicar con mayor frecuencia?

- Ocio
- Formación: idiomas, informática...
- Gimnasia o ejercicio físico
- Talleres de memoria
- Talleres de salud o alimentación
- Actividades culturales, lecturas, actualidad, etc.
- Viajes organizados
- (Ns/Nc)
- Otro: _____

P41. Y, por último, ¿qué cambios querría que ocurrieran en su vida?

- Cuidar usted a otra gente
- Recibir mayores cuidados personales
- Mayor relación con personas más jóvenes
- Disponer de más actividades organizadas
- Formar parte de asociaciones, voluntariado u otras organizaciones
- Recibir más visitas en su domicilio
- Mejora del transporte público
- (Ns/Nc)
- Otro: _____

INFORME FINAL
DEL ESTUDIO

MUJER MAYOR Y SOLEDAD EN CANTABRIA EN LA ERA COVID

Un proyecto de



En colaboración con



www.unate.es